

Je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui m'ont fait l'honneur d'encadrer ce diplôme...

Un grand merci également à tous les amis qui par leurs conseils, leurs coups de mains, leurs remarques percutantes, m'ont fait partager leurs talents et leurs énergies.

Del corback, Le Deufr, Prunette, Dinou, Riton, Jibé, Coco, pour ne citer qu'eux.

A la petite vieille du palier d'en face qui a su quotidiennement me rappeler que la première dépendance des personnes âgées, c'est le manque d'affection...

A mon père, pour m'avoir élevé, supporté et soutenu sans relâche.

A tous ceux que j'oublie, et la planète terre sans laquelle je serai en orbite autour de moi-même...

Ce travail est dédié à tous ceux qui prendront le temps de le lire...

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT DE PREMIER RECHERCHER

Préambule		
	Présentation du jury	P. 04
	Présentation résumée du sujet	P. 05
I- Analyse du sujet:		P. 07
I - a	Données socioculturelles	P. 08
	2010: Le papy-boom	P. 08
	Le lien filial: une rupture récente	P. 09
	Dépendance et perte d'autonomie	P. 10
	Des besoins affirmés des activités nécessaires	P. 11
	Le potentiel des personnes âgées	P. 13
	La législation concernant l'habitat des personnes âgées	P. 14
I - b	Le point sur l'existant	P. 15
	Rester chez soi jusqu'au bout?	P. 15
	Historique de la place de l'habitat du 3ème âge	P. 15
	Les typologies existantes: des résultats inégaux	P. 16
	Et à l'étranger?	P. 19
I - c	Problématiques	P. 20
	Pour qui ?	P. 20
	Pourquoi ?	P. 20
	Comment ?	P. 21
I - d	Choix du type de site	P. 21
	A la campagne...	P. 21
	En périphérie	P. 22
	En ville...	P. 22
	Les souhaits des personnes âgées	P. 23
I - e	Etude de cas	P. 24
	Résidence pour personnes âgées en Finlande	P. 24
	Emerald, un Wozoco à Delft, Pays-Bas	P. 26
	Résidence Kei Ai, Nishinomiya, Japon	P. 28
	Résidence Gurwin Jewish Fay J. Lindner, Commack, Etats unis	P. 30
	Mapad, Tremblay-en-France	P. 32
	Logements-foyer, Langon	P. 34
	Unité de soins de longue durée, Nantes	P. 36
	Maison de retraite, La Chapelle-Saint-Mesmin	P. 38
I - f	Éléments de programmation	P. 40

II- Approche du projet:	P.43
II - a Choix du site	P. 44
Présentation générale (plan et photo aérienne)	P. 45
II - b Analyse de site	P. 46
Insertion dans la ville	P. 46
Insertion dans le quartier	P. 48
Analyse de site	P. 53
II - c Programmation générale	P. 56
III- Elément de projet:	P. 59
III - a Organigramme fonctionnel	P. 60
III - b Choix du parti architectural	P. 64
Parti d'implantation sur site	P. 64
Parti de composition architecturale	P. 66
III - c Type de structure	P. 67
IV- Projet (esquisse)	P. 69
IV - a Plans, coupes, élévations, perspectives	P. 70
V- Annexes	P. XX
V - a Campagne photographique	P. XX
V - b Plan et extrait cadastral	P. xx
V - c Documents divers	P. xx
V - d Bibliographie	P. xx
V - e Index des noms et des sigles	P. xx

Composition du jury:

- Directeur d'études :
M. Jean-Baptiste HEMERY, Architecte et enseignant à l'EAML
- Second enseignant:
M. Erwan QUEFFELEC, Ingénieur DE et enseignant à l'EAML
- Troisième enseignant:
M. Michel MONTARDY, Architecte et enseignant à l'EAML
- Enseignant extérieur:
M. Jean-Louis ROUX, Architecte et enseignant à l'école d'architecture Languedoc Roussillon
- Personnalité compétente:
M. Jean-Alain MARGARIT, Directeur de maison de retraite, à Marseille

ECOLE NATIONALE SUPÉRIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

Un ensemble d'habitats en collectivité pour tous les retraités, permettant de regrouper aussi bien les autonomes que les invalides?

L'habitat pour les retraités, en France, se limite à deux archétypes : l'habitat individuel, souvent inadapté aux besoins spécifiques des personnes âgées et propices à l'isolation, et la maison de retraite qui reste un lieu médicalisé aux prestations et à l'accessibilité variable.

Pour palier à un tel manque architectural, la recherche d'une typologie intermédiaire semble nécessaire, répondant à des besoins tant sociaux que démographiques.

L'inadéquation de l'offre et de la demande présente et future nécessite donc une réponse sociale et architecturale qui soit pertinente et polyvalente.

Un centre de vie pour retraités, s'inspirant des quelques expériences déjà menées en la matière dans d'autres pays, doit répondre à des besoins médicaux, fonctionnel, sociaux ou psychologiques, pour plusieurs types de populations, plusieurs classes d'âges, ayant chacune des exigences spécifiques et des attentes de plus en plus précises.

Ce projet a pour vocation d'améliorer des programmes types qui semblent devenus obsolètes ou incomplets, de répondre à un contexte social nouveau, à des exigences et des problématiques plus ou moins latentes. La recherche et l'établissement d'un programme définissant une typologie répondant aux différents besoins cernés par l'analyse se fera sur la base de programmations équivalentes et existantes, ainsi que sur les rencontres avec les personnes compétentes.

On définit fréquemment une classe sociale en fonction de son pouvoir d'achat et de son handicap, et on se limite à des solutions incomplètes et à fortiori inadéquates d'un point de vue social et humaniste. Les besoins essentiels des inactifs sont réduits à leur plus simple expression dans

nos sociétés : manger, dormir, consommer. Quid de la communication, du rapport humain, du besoin de se sentir utile, du sport, de l'engagement politique, de la religion, de l'insertion, des activités culturelles, humanitaires ?

Habiter un lieu ne se limite pas à y résider, ne plus travailler n'implique pas une inactivité totale. Depuis quelques décennies seulement, l'espérance de vie et les modèles de vies communautaires et familiales ont considérablement changé, et changent encore. L'interrogation ne se porte plus seulement sur des strictes nécessités et sur des catégories définies par leurs handicaps, mais sur des données bien plus intimistes : non plus seulement comment gérer une collectivité d'individus, mais comment gérer l'individu dans le collectif, comment l'accompagner dans ses changements physiques et ses rapports sociaux.

Un « centre de vie », le terme est volontairement positif. La démarche voulue pour un établissement de ce type est de mettre en contact les populations retraitées de tous bords. La solidarité, ce maître mot d'un contrat social malheureusement en déchéance, à défaut d'être entre les générations des jeunes actifs et des personnes âgées, peut être présente aussi bien entre les différentes générations qui composent les retraités. La part de l'architecte consiste à donner un cadre tangible et sensible à ce nouveau contrat social.

C'est donc toute la thématique de la place du 3ème âge au sein de la société qu'il convient d'aborder, pour circonscrire le problème socialement avant de lui apporter sa parabole architecturale...

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

I - Analyse du sujet

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

I - A : Données socioculturelles

2010: Le papy-boom

Le vieillissement de la population est un bouleversement démographique majeur qui se profile pour tous les pays occidentaux, et la France ne fait pas exception. L'extraordinaire augmentation des naissances après-guerre, le «baby-boom», se traduit aujourd'hui par une explosion démographique du nombre de personnes âgées.

D'autres causes toutes aussi importantes sont aussi en jeu: la baisse du taux de natalité depuis bientôt 30 ans (actuellement 1.8), et le maintien de ce taux en dessous du seuil de renouvellement des populations (2,1 enfant par femme).

Enfin, la durée de vie moyenne a considérablement augmenté, grâce aux prodigieuses avancées de la médecine, notamment en matière de maladies cardio-vasculaires, mais aussi sur les soins, l'hygiène, l'alimentation, etc... Autant de facteurs qui sont à l'origine d'un net recul du «vieillesse biologique».

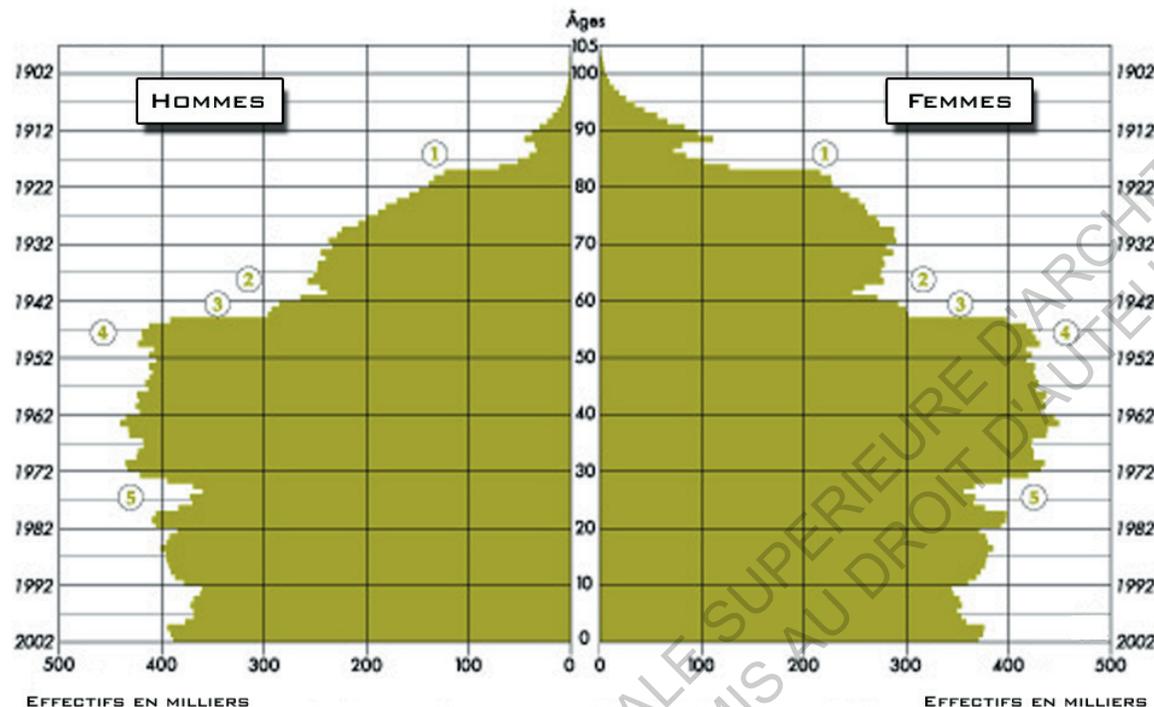
Moins de jeunes, une vie plus longue, et une classe d'âge excessivement nombreuse arrivant à l'âge de la retraite, telles sont les données de ce qui est désormais qualifié de «papy-boom».

Concernant la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, elle fait partie des endroits les plus touchés, tant par le vieillissement de sa population propre que par la migration des nouveaux retraités en quête du climat méditerranéen. (Voir aussi: en annexe, Chapitre V - c, la carte de France de l'évolution des plus de 75 ans, de 1990 à 1999, ainsi que la carte de France des plus de 75 ans, recensement de 1999. © source [B]).

Un rapide coup d'œil sur la pyramide des âges présentée ci-joint permet de mieux cerner l'ampleur du phénomène qui se profile, et l'importance du surplus démographique correspondant la période des trente glorieuses.

POPULATION DE LA FRANCE

EVALUATION PROVISOIRE AU 1ER JANVIER 2003



- 1 / DEFICIT DES NAISSANCES DÙ À LA GUERRE DE 1914-1918 (CLASSES CREUSES)
 2 / PASSAGE DES CLASSES CREUSES À L'ÂGE DE FÉCONDITÉ
 3 / DEFICIT DES NAISSANCES DÙ À LA GUERRE DE 39-45
 4 / BABY-BOOM
 5 / FIN DU BABY-BOOM

© [<http://www.ined.fr/population-en-chiffres/france>]

A l'inverse de beaucoup d'autres outils de statistiques, les prévisions de populations sont globalement assez fiables, en raison du phénomène d'inertie attendant à la démographie, mais grâce aussi à la stabilité des facteurs qui interfèrent sur l'évolution des populations. Les statistiques démographiques, et leurs prévisions, sont donc des données très crédibles.

Les chiffres annoncés n'en sont que plus alarmants: à partir de 2010 environ, l'augmentation du pourcentage de personnes ayant passées l'âge de la retraite devrait s'accroître. Environ 16 % après la seconde guerre mondiale, actuellement à plus de 20%, on devrait dépasser les 25% en 2015, et atteindre les 35% à l'horizon 2050. Pour se faire une idée plus précise, le tableau ci-joint est la projection centrale des prévisions effectuées par l'INSEE, tel que communiquées par cet institut en janvier 2004.

Le papy-boom pour intéressant qu'il soit, désigne essentiellement les personnes ayant atteint l'âge de la retraite: la réforme des retraites, le financement des indemnités, le recul possible de l'âge de cessation des activités professionnelles, sont autant de sujets qui bousculent l'actualité politique et sociale de notre pays.

Pourtant, si les quelques données précitées concernant l'horizon 2010 ont déjà trouvé un écho assez large dans les milieux intéressés, il est une autre partie plus discrète de ces statistiques qu'il semble important de ne pas négliger: la part des personnes âgées qui dépasseront le seuil des 75 ans d'ici une quinzaine d'années, quand la population du baby-boom ne sera plus un papy-boom, mais un «géronto-boom».

En effet, le problème du logement des personnes âgées ne se pose pas dès 60 ans avec les solutions d'hébergement actuelles, mais plutôt sur une tranche d'âge plus élevés, vers 75/80 ans, quand les premiers problèmes de dépendances se font ressentir à une échelle plus étendue. A la suite des problèmes actuels sur la gestion des retraités, on peut donc prédire sans risque un deuxième choc social avec le géronto-boom: l'aggravation des problèmes de logements adaptés au 4ème âge.

Année Horizon	Population au 1er janvier dont		Moins de 20 ans	20-59 ans	60 ans ou plus	% plus de 60 ans	60-64 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus	85 ans ou plus
	Ensemble	femmes								
2000	58 744	30 215	15 013	31 612	12 119	20,6 %	2 705	9 413	4 245	1 272
2005	59 983	30 839	14 801	32 598	12 583	21,0 %	2 651	9 932	4 877	1 082
2010	61 061	31 398	14 524	32 432	14 105	23,1 %	3 742	10 362	5 476	1 549
2015	61 975	31 877	14 348	31 941	15 685	25,3 %	3 935	11 750	5 823	1 890
2020	62 734	32 270	14 120	31 484	17 130	27,3 %	3 942	13 188	6 050	2 149
2025	63 377	32 608	13 828	30 963	18 586	29,1 %	4 045	14 541	7 169	2 278
2030	63 927	32 916	13 620	30 402	19 905	31,1 %	3 998	15 908	8 377	2 417
2035	64 326	33 162	13 440	29 792	21 094	32,8 %	4 014	17 079	9 455	3 201
2040	64 469	33 266	13 257	29 595	21 617	33,5 %	3 584	18 034	10 397	3 899
2045	64 337	33 190	13 074	29 146	22 116	34,4 %	3 796	18 321	11 052	4 385
2050	64 032	32 991	12 880	28 711	22 441	35,0 %	3 766	18 674	11 573	4 810

Source : INSEE, «Projection démographique pour la France, ses régions et ses départements.»
Projection centrale : Mortalité tendancielle - Fécondité 1,8 - Migrations nettes + 50 000 par an
Insee résultats 2003, Chantal Brutel, Laure Omalek.

Le lien filial: une rupture récente

L'une des principales caractéristiques des personnes de plus de 60 ans est leur situation matrimoniale. Le fait le plus remarquable sur ces dernières décennies est la constante régression du veuvage, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie chez les hommes qui rattrape doucement la longévité des femmes. Du fait, on estime qu'environ 60% des personnes âgées de plus de 60 ans vivent actuellement en couple, contre 26.5% qui vivent isolées (à ces âges, vivre seul est dans près des trois quart des cas la conséquence du veuvage).

Cependant, l'isolement est lui aussi en augmentation, il n'était que de 21% en 1962, contre les 26.5% actuels. La cause majoritaire étant la rupture du lien filial qui a longtemps prédominé: la cohabitation intergénérationnelle représentait 22.2% des cas en 1962, et n'est plus que de 10.5% aujourd'hui.

Les caractéristiques sociales qui président à ce changement de fond dans les attitudes familiales sont semble t-il assez

...un deuxième choc social est prévisible avec le géronto-boom: l'aggravation des problèmes de logements adaptés au 4ème âge...





simple: un fort désir d'indépendance tant chez les jeunes que chez les anciens, amélioration des conditions de vie chez tout un chacun, disparition des habitat familiaux et éclatement progressif des familles dans un tissu urbain ségrégationniste et limitatif. On pourra, de façon consensuelle, préciser que l'ensemble de nos sociétés occidentales se sont largement tournés vers un individualisme forcé, au mépris de la solidarité intergénérationnelle et familiale qui, culturellement, a toujours prévalu dans les sociétés patriarcales.

On notera également que cette propension à se détourner des liens familiaux se répand aujourd'hui aussi dans les communautés ethniques qui semblaient jusqu'ici protégées de ce phénomène par leurs cultures patriarcales, tels que les communautés juives ou maghrébines. On constate d'ailleurs une augmentation du nombre de foyers de personnes âgées à destination communautariste ou religieuse. D'autres pays comme le Japon, où le placement en institution des personnes âgées est pourtant perçu comme un reniement grave de la personne de la part de sa famille, voit un accroissement considérable d'ouverture de maisons de retraite.

Cette tendance à la prédominance de l'isolement devrait encore s'amplifier selon toute logique: plus de femmes ont eu une activité professionnelle et plus de personnes sont diplômées, et ont donc des ressources pour les vieux jours, alors que les mariages se font de plus en plus rares, que les divorces augmentent, de même que l'union libre. Au final, une capacité à être autonome de plus en plus fréquente, et une dislocation des situations matrimoniales devraient amener une part grandissante de la population à une situation d'isolement dans les années à venir.

(Voir aussi: en annexe, Chapitre 5-C, - Vieillesse et démographie «Regards démographiques sur le vieillissement». Source: «actualité et dossier en santé publique» n°21, décembre 1997).

...70% des personnes de plus de 80 ans ont besoin d'aides, alors que 27% seulement sont physiquement dépendantes...

Dépendance et perte d'autonomie

En France, deux notions distinctes sont utilisées pour caractériser le handicap des personnes âgées:

- La perte d'autonomie désigne l'incapacité d'une personne à faire les choix qui règlent sa conduite et ses actes et donc à évaluer les risques d'une situation. Dans ce cas, c'est donc la liberté de décider pour soi qui n'existe plus.
- La dépendance est une notion plus compliquée, qui concerne plusieurs degrés de besoins d'assistance. Du point de vue législatif, «sont dépendantes les personnes pour qui est nécessaire l'aide effective d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence ou une surveillance constante en raison d'une grave altération de leurs facultés intellectuelles ou mentales.» Ces actes sont aussi bien le fait de s'habiller, de faire sa lessive, comme de signer un chèque ou gérer son budget par exemple.

L'Insee distingue la dépendance domestique et la dépendance physique.

- La dépendance domestique correspond au degré d'aide nécessaire à la réalisation de tâches domestiques, comme préparer un repas, faire ses courses ou bien nettoyer sa maison.
- La dépendance physique est beaucoup plus difficile à gérer. Il s'agit là d'aides concernant les gestes quotidiens, à savoir se lever, marcher, se laver, etc...

On peut cependant noter que la dépendance physique est moins répandue que la dépendance domestique: 70% des personnes de plus de 80 ans ont besoin d'aides, alors que 27% seulement sont physiquement dépendantes. (Source: « L'habitat des personnes âgées », Philippe Dehan, édition le moniteur, 1997)

L'importance d'un cadre bâti et d'un environnement mobilier favorable pouvant considérablement réduire le degré de dépendance d'une personne âgée, on comprend d'autant mieux l'importance de la définition d'un milieu adapté, tant au niveau de la programmation que dans la conception d'une structure d'hébergement.

On distingue aussi un cas spécifique, dont la gestion est certainement la plus délicate, celui des personnes désorientées.

Sont considérés comme telles les personnes dont la perte d'autonomie est consécutive à leur sénilité. Qu'il s'agisse de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence d'origine vasculaire, ces affections cérébrales détériorent progressivement les fonctions intellectuelles et altèrent la personnalité. La démence se caractérise alors par des troubles de la mémoire, une désorientation dans le temps et dans l'espace, et bien d'autres symptômes qui vont en s'aggravant et dont l'issue est systématiquement fatale. Il faut alors pouvoir gérer des troubles du comportement très divers: cleptomanie, crise d'anxiété aiguë, dénudation, cris répétés, agressivité verbale et physique, déambulations aléatoires, etc...

Au-delà de la pure gestion médicale des problèmes rencontrés et de la sécurisation physique des personnes, se pose la question du milieu et de l'accompagnement psychologique des personnes désorientées. Un environnement favorable allié à une prise en charge adaptée permet de diminuer le stress et l'anxiété, et souvent l'agressivité, de ces personnes. En soi, il s'agit là de respecter leur dignité, ainsi que leurs vies psychiques et affectives tapies derrière la maladie.

Des besoins affirmés, des activités nécessaires

La programmation d'un lieu de vie pour les retraités ne doit pas se limiter à circonscrire des besoins et des fonctions uniquement en rapport avec des pathologies et des handicaps.

Le respect de la dignité des personnes âgées, dépendantes ou pas, passe aussi par la prise en compte de leurs besoins psychologiques, sociaux-affectifs, physiques.

Le but d'une structure d'accueil étant le bien-être de ses occupants, la première préoccupation doit donc être de les maintenir le plus autonome possible, et lutter contre leurs dépendances. En effet, plus une personne est prise en charge, plus celle-ci va perdre ses ardeurs. Pour lutter efficacement contre cette spirale de la dépendance, il s'agit d'aider la personne à surmonter ses problèmes au maximum par elle-même, et à la focaliser sur des notions positives.

Le maintien d'activités physiques et intellectuelles est le meilleur moyen de lutter contre l'abaissement de ses facultés, et permet de conserver son autonomie le plus longtemps possible. Il faut donc encourager et permettre le développement d'activités diverses qui responsabilise et dynamise la personne, pour garder ses sens en éveil mais aussi développer sa vie sociale.

- Rester responsable: la personne paie son loyer, ses charges, et gère son budget. Des aides personnalisées viennent soulager la personne uniquement des ses dépendances évidentes.

A contrario, une pension tout compris avec une trop grande prise en charge déresponsabilise la personne et la persuade de ses incapacités. On crée alors de nouvelles dépendances que la personne accepte par facilité.

Une autre façon très efficace de responsabiliser la personne est de l'impliquer dans la vie collective, que ce soit par l'organisation d'événements divers, l'entretien ou la gestion d'un local ou d'une activité commune, gérer une bibliothèque, une cuisine, etc...

S'occuper d'un animal domestique peut être une forme de responsabilisation, doublé d'un facteur affectif propre à rompre le sentiment d'isolement

- Rester utile: se sentir utile, c'est se donner une importance, retrouver une place pour ceux qui peuvent se sentir rejetés par une société glorifiant le travail. Même si la productivité effective reste réduite, beaucoup de personnes âgées peuvent se sentir mieux intégrées socialement à travers



...un environnement favorable allié à une prise en charge adaptée permet de diminuer le stress et l'anxiété des personnes désorientées...



l'acquisition d'un rôle dans la collectivité. Ce mieux-être social-affectif peut passer par des activités aussi diverses que du soutien scolaire, de la garde d'enfants, un poste «officiel» au jardinage, ou tout autre travail amenant une reconnaissance, gratitude sur laquelle il est impératif de mettre l'accent.

- Participer à la collectivité: pour se sentir intégré à la proche communauté, de sorte que la personne ne se sente pas ou plus isolée. Pour favoriser la collectivité, faciliter les échanges et la communication, il faut faciliter l'organisation de réunions, festives ou non, tels que soirée foot ou cinéma, apéritifs, célébrations festives ou religieuses, etc...

Il convient pour cela d'avoir des espaces favorisant de telles pratiques, que ce soit des salles polyvalentes pour les grandes occasions, mais aussi plusieurs espaces plus nombreux et plus réduits pour les réunions restreintes. De petits espaces de rencontres disséminés dans une structure sont autant de zones que peuvent s'approprier collectivement de petits groupes de personnes.

- Garder ses libertés et sa dignité. On n'habite pas dans un hôpital, sans quoi on ne peut pas s'approprier le lieu et le considérer comme sa «maison». En conséquences, une structure se doit de minimaliser au maximum l'impact visuel de l'aspect sanitaire du lieu: la médicalisation doit être la plus discrète possible.

La liberté de mouvement est également précieuse, et c'est là un des aspects les plus délicats: comment restreindre les sorties des personnes désorientés et favoriser celle des autres personnes autonomes? Dans tous les cas, il reste primordial que la circulation ne soit pas soumise à un contrôle trop visible, car cela peut être perçu comme dévaluant la capacité des personnes à se gérer, et ainsi porter atteinte à leur amour propre, leur dignité.

Pouvoir fumer doit être une liberté reconnue, à travers des espaces collectifs prévus à cet effet. Si les personnes ont fait le choix, compréhensible à cet âge, de

continuer de fumer, il importe qu'elles puissent se sentir aussi libres que n'importe qui d'effectuer ce geste simple. Malgré les campagnes anti-tabac et la politique de lutte actuelle, force est de reconnaître qu'arrêter de fumer est un acte extrêmement difficile, à plus forte raison pour un fumeur âgé, et que la peur morbide des conséquences de la cigarette est peu convaincante pour une personne en fin de vie.

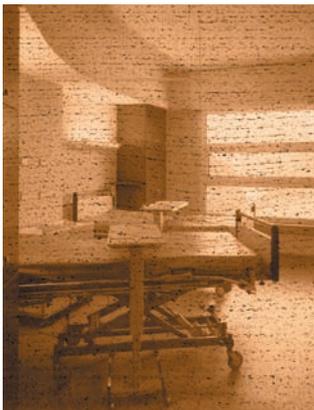
Pouvoir inviter et accueillir correctement les personnes de son choix, amis, proches ou famille, semble évident. Cependant, les conditions d'accueil doivent être décentes pour que les résidents se sentent à l'aise dans cette démarche, dont l'impact psychologique est certainement très positif. En conséquence, il importe de prévoir dans une structure des éléments favorisant la rencontre avec l'extérieur et les familles.

- Garder des activités physiques et intellectuelles. Dans la mesure du possible et en fonction des capacités des personnes, il faut encourager la pratique sportive, ou dans tous les cas d'une activité physique. Un kinésithérapeute peut aiguiller d'éventuelles rééducations ou exercices appropriés au grands âges. Par exemple, favoriser l'utilisation des escaliers plutôt que l'ascenseur est déjà un exercice en soi.

Stimuler les activités intellectuelles est également essentiel pour lutter contre l'ennui et garder ses facultés en éveil. Beaucoup d'établissements proposent des animations stimulants la mémoire, l'esprit et les sens (puzzle, jeux de sociétés complexe, etc...).

La cuisine thérapeutique fait également son chemin: cette activité permet de faire travailler aussi bien les sens que l'esprit, et responsabilise les personnes âgées sur l'obtention d'un résultat tangible. La dimension tactile, olfactive et gustative semble être d'autant plus populaire que cela tranche avec les ambiances propres aux collectivités âgées.

...la médicalisation doit être la plus discrète possible...



...stimuler les activités intellectuelles est essentiel pour lutter contre l'ennui et garder ses facultés en éveil...

Le potentiel des personnes âgées

Bien que considérés comme inactifs, les retraités n'en restent pas moins aptes à produire aussi bien des services que des produits. Attention, il ne s'agit pas d'exploiter financièrement le potentiel de personnes ayant déjà accompli leur part (la vente d'un panier en osier mauve n'est pas vraiment considéré comme de l'exploitation...), mais plutôt de permettre à certaines personnes de s'occuper de façon saine, voire de se sentir utile .

On constate en effet que nombres de personnes âgées perçoivent la retraite comme une mise à l'écart ou un rejet de la part de la société. Donner une valeur ouvrière à certaines personnes pourrait donc être psychologiquement bénéfique pour eux.

On peut stimuler une production, par exemple, en termes de créations, qu'elles soient littéraires, picturales, industrielles, florales, etc...

Un autre aspect, a contrario, est celui de la consommation. Le pouvoir d'achat des retraités a considérablement augmenté ces dernières années. Dans un but socio-économique, on ne peut qu'encourager la consommation plutôt que l'épargne.

A ce titre, l'organisation de sorties en centres commerciaux est autant profitable en terme sociaux-économiques qu'en termes de satisfactions des personnes âgées qui peuvent se faire plaisir, tant par leurs achats que par le fait qu'elles «voient du monde».

Le poids économique des «seniors» est largement sous-évalué en France, et ce de façon étonnante dans notre société occidentale où règne l'économie de marché:

- Le revenu moyen d'un ménage retraité est supérieur à 15 000 € par an.

- On compte plus de 8,5 millions de ménages retraités

Le pouvoir d'achat estimatif est de 130 milliards d'euros par an, ce qui en fait un des plus gros marchés potentiels, et

pourtant 90 % des plans de Marketing restent ciblés sur la tranche 15-50 ans...

Les causes de cette hypocrisie résultent de notre culture:

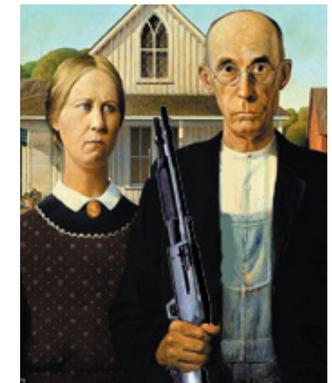
- Occultation de la mort en Occident
- Disparition du compagnonnage et de la reconnaissance de l'expérience, sans même parler des prérogatives des aînés
- La dictature esthétique du beau, similaire de jeune
- Fausse vision archétypale et apprise de la personne âgée
- La crainte narcissique de notre propre image vieillissante
- La « dictature » de cadres 28/35 ans dans le marketing/développement industriel.

Et pourtant, l'âge «cognitif» des seniors se situe de -10 à -20 ans de l'âge physiologique tant dans le désir que dans les faits:

- En l'absence d'incapacité, 30 % des seniors pratiquent une activité sportive ou physique
- 28 % des visites culturelles (musées, monuments, etc.) sont réalisées par les seniors
- On recense 25000 clubs du 3ème âge, sans compter la participation à la vie associative française, dont l'importance n'est plus à prouver.
- 80 % des seniors de moins de 80 ans n'ont pas d'incapacité majeure et limitante, et seulement 25 % des seniors sont réfractaire à la nouveauté dans leur consommation...



...de façon étonnante, le poids économique des «seniors» est largement sous-évalué en France...



La législation concernant l'habitat des personnes âgées

Pendant les dernières décennies a régné un flou juridique assez déconcertant ne résultant pas d'une volonté politique, mais plutôt d'une dilution des responsabilités entre les différents intervenants (le ministère de la santé, le ministère de l'équipement, et les caisses de retraite...). Entre les circulaires retirées mais non abrogées (circulaire du 1er décembre 1964), et les articles de loi faisant référence à des décrets non publiés (loi du 30 juin 1975), et les «normes mapa» qui sont en fait le résultat d'un concours (1980) et n'ont pas de valeurs juridiques, les constructions existantes se sont faites sur des normes assez mal définies.

Le programme Mapa, bien que dénué de valeur juridique, est cependant le texte de référence: son respect est l'une des conditions d'attributions financières par la Cnav...

La loi du 30 juin 1975 étant une des principales avancées en la matière, celle-ci a été enfin complétée par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999, ainsi que ses nombreux arrêtés, relatifs aux tarifications, financement, organisation (...) des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

La loi du 2 janvier 2002, «rénovant l'action sociale et médico-sociale», se pose comme un consensus qui unifie de façon claire l'ensemble des champs d'actions de ce secteur.

Avec cette loi, «on n'est plus dans l'assistance et la protection, mais dans une relation avec une personne citoyenne en difficulté. C'est la grande avancée qu'on espérait», constate Jean-Paul Péneau, directeur général de la fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS). Cette loi instaure des procédures plus efficaces de fermeture des établissements problématiques, et réforme le statut des personnels (obligation d'équipe pluridisciplinaire qualifiée).

On distingue également :

- Le fascicule n°65-38 bis, annexé à la circulaire du 1er décembre 1964
- Le règlement du concours Mapa de 1980
- La circulaire émanant du ministère de l'urbanisme, du logement, des transports et de l'environnement et du ministère de la santé du 13 février 1986, relative aux normes Mapad
- La circulaire n°86-14 du 7 mars 1986, relative aux actions alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées.
- De nombreuses circulaires de la Cnav, reprenant, modifiant et précisant des normes Mapa, Marpa, Mapad, Edilys et Cantou.
- Les décrets et arrêtés du 26 avril 1999 régissant l'existence des EHPAD
- Les décrets, arrêtés, et circulaires du 24 octobre 2003 relatifs à la gestion des EHPAD

Les dispositions constructives générales qui découlent de ce patchwork juridique sont relativement plus simples, quoique impossibles à synthétiser ici. On soulignera cependant la prépondérance des dispositions concernant la protection contre les risques d'incendie et l'accessibilité des handicapés.

Les réglementations diffèrent selon qu'on se place dans le cadre d'un logement-foyer, ou dans le cadre d'une maison de retraite. Celle-ci a le statut d'ERP, et il s'agit également d'un établissement de type U, ou d'ERP de cinquième catégorie pour les petits établissements.



I - B : Le point sur l'existant

Rester chez soi jusqu'au bout?

Le maintien à domicile est évidemment le souhait premier des personnes âgées, tous critères de dépendances confondus.

Cependant, de multiples problèmes se posent systématiquement. D'une part, la majorité des personnes âgées, dépendantes ou non, vivent dans un parc de logements qui se révèle inadapté, tant par l'aménagement intérieur que par son environnement immédiat (baignoire inaccessible, absence d'ascenseur, escalier raide, implantation urbaine ou rurale loin de tous commerces, etc...). D'autre part, même si des travaux sont possibles pour améliorer l'habitat en question, on se heurte à la réticence régulière des personnes âgées qui ne veulent pas voir changer leur environnement familial. Malgré l'inadaptation d'une grande partie du parc de logements, 96% des personnes âgées se déclarent contentes de vivre dans leur logement.

Néanmoins, le risque de l'inadaptation est considérable. Pour exemple, en 1991, on comptait entre 15000 et 16000 décès chez les personnes âgées de plus de 65 ans à la suite d'un accident de la vie quotidienne. Les chutes sont les accidents les plus courants, puisqu'il représente 60 % du total des accidents, et 81 % se produisent à l'intérieur du logement.

On constate fréquemment que l'hospitalisation qui suit une chute, comme la chute elle-même, est un facteur de crise qui accélère le processus de dépendance. Dans de nombreux cas, elle est rapidement suivie par le placement de la personne en institution.

Un autre aspect important du maintien à domicile est la dimension des services à fournir. Deux domaines se distinguent: les soins et l'aide à la vie quotidienne.

Concernant ce dernier, quelques acteurs se démarquent, comme les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), ou encore l'Union Nationale des Associations d'Aides Ménagères en Milieu Rural (UNADM), qui emploie 27000 salariés auquel se joignent 100 000 bénévoles, mais aussi l'Union Nationale des Associations de soins et de services à domicile, qui regroupe 50 000 salariés au sein d'un millier de structures locales

Concernant les soins à domicile, ils mobilisent du personnel soignant spécialisé, tels qu'infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes... En ville, ce système s'étend à l'hospitalisation à domicile qui raccourcit la durée voire supprime l'hospitalisation. Cependant, ce système ne s'applique qu'avec les centres hospitaliers équipés d'un certain nombre de lits externes, le malade restant placé sous la responsabilité du chef de service de l'hôpital.

Ce principe a l'avantage majeur de limiter l'impact psychologique de l'hospitalisation, et amoindrit le déclin généralement constaté dans la continuité de celle-ci.

Historique de la place de l'habitat du 3ème âge

Jusque dans les années cinquante, en France du moins, la prise en charge des personnes âgées par les pouvoirs publics se limitait aux hospices et asiles dont le modèle est resté inchangé durant des siècles. Ces lieux d'assistance publique, souvent résumés à de vastes salles communes, accueillaient indifféremment vieillards, handicapés, alcooliques et vagabonds, dans des conditions sanitaires forcément déplorables. Description lugubre de notre point de vue contemporain, c'est ce que les anciens appelaient les «mouroirs». Encore faut-il rajouter que jusqu'à cette époque, la prise en charge par les familles était considérablement plus répandue qu'aujourd'hui.

Les premiers signes d'une prise en charge plus humaine apparaissent avec la création des «foyers-logements» en 1954, puis des maisons de retraite publiques en 1958.

...les chutes à l'intérieur du logement représentent plus de 50% des accidents...

*«Jucundam Senectutem efficere»
(Rendre la vieillesse agréable)*

- Cicéron -

En 1962, le rapport Laroque fonde l'esprit des politiques de la vieillesse des décennies suivantes. Il sort des schémas d'assistance et propose un projet global d'insertion sociale:

«La vieillesse ne doit pas être exclusion, passivité, dépendance, mais elle devient active, intégrée, autonome.» Ce rapport met l'accent sur la prévention de la dépendance, et l'importance du maintien à domicile. Malgré le succès de ce rapport et l'adhésion qu'il emporte, il faudra attendre 1975 pour voir deux positions politiques se démarquer notablement, avec le développement du maintien à domicile et l'amélioration des conditions d'hébergement en institution, certes sous la pression d'un marché privé qui a tiré le niveau vers le haut grâce à la concurrence.

L'humanisation des hospices, commencée en 1975, peine à se finaliser. Sur 225 000 lits comptabilisés initialement, seul 70% était modernisés en 1988, et en 1996 il restait encore 8% des lits à transformer, soit près de 18 000 lits. C'est aussi depuis 1975 que la loi permet la création de services réservés aux personnes âgées au sein des services hospitaliers, ainsi que la médicalisation des établissements sociaux et des logements-foyers.

Cette double démarche aboutit à la situation actuelle, où deux filières distinctes (une sanitaire et une sociale) s'occupent d'un même public de personnes âgées dépendantes.



Les typologies existantes: des résultats inégaux

Les différentes et principales structures existantes, en France, sont :

- Maintien à domicile
- L'hébergement sanitaire (hospitalier)
- Logements-foyers
- Les maisons de retraites
- CANTOUS : Centre d'Animations Naturelle Tirées d'Occupation Utiles
- MAPA : Maison d'Accueil pour Personnes Agées
- MARPA : Maison d'Accueil Rurales pour Personnes Agées
- MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
- Résidences d'hébergement temporaire
- Les résidences services

• Le maintien à domicile, développé précédemment, est certainement le challenge le plus difficile, tant les situations diffèrent, que ce soit par l'état du parc immobilier que par les volontés des différents intervenants.

On retiendra que la volonté quasi immuable des retraités est de rester chez soi le plus longtemps possible, et que le déplacement d'une personne âgée est presque toujours traumatisant. Déplacement d'autant plus difficile, qu'il intervient généralement en période de crise, d'âge élevé, d'où un glissement thérapeutique fréquent.

• L'hébergement sanitaire regroupe des services de soins de suite qui s'adresse à des personnes en période de réadaptation après une hospitalisation aiguë, ainsi que des services de soins de longue durée. Ceux-ci sont souvent dotés de soins palliatifs, pour accompagner le départ de malades en fin de vie.

Si le pourcentage de chambres à deux lits a heureusement faibli, et s'établit autour de 15%, certains

hôpitaux optent pour la solution plus coûteuse mais plus polyvalente de chambres jumelables mais pouvant être séparées, qui partage la même salle d'eau.

- Les logements-foyers furent créés en 1954, et représentent aujourd'hui un quart des places disponibles. Ils se composent d'un ensemble de logements autonomes, entre vingt et quatre-vingts en général, proposant des studios, deux et parfois trois pièces. Ces logements sont regroupés autour d'équipements et de services collectifs, dont l'usage est facultatif. Il s'agit de véritables logements, puisque les personnes âgées sont locataires, paient leurs loyers, apportent leur mobilier, s'occupent de leurs propres tâches ménagères, bien qu'elles aient facilement accès à de l'aide.

Quelques problèmes de praticabilités se sont posés il y a quelques années, en faute d'une conception datant des années 70 visant une clientèle de gens valides. Outre les problèmes de repositionnement sur un marché de personnes âgées dépendantes, ce concept de logements se révèle assez souple et évolutif, car la vie collective y est moins prégnante que dans les maisons de retraite.

- Les maisons de retraites ont justement le désavantage d'être psychologiquement pesantes pour les personnes âgées dont l'intellect est resté en éveil. En effet, celles-ci sont toujours perçues de façon assez négative par un grand nombre de retraités, qui les voit comme une mise en quarantaine, un dernier jardin avant de se fâner. C'est donc souvent un sentiment d'échec personnel à vivre au sein de la société qui est ressenti par les nouveaux venus en maisons de retraite.

Cette fragilisation intellectuelle intervient alors même que la personne est en période de crise, maladies ou accidents étant à l'origine du placement en institution.

Les maisons de retraite forment à peu près 62% des places disponibles, secteur public et privé confondus. Lorsque l'institution est publique ou conventionnée, le prix de la journée est fixée par le conseil général, et celle-ci peut

alors accueillir des personnes ayant de faibles ressources, qui sont prises en charge par l'aide sociale.

Du point de vue de l'utilisation, les maisons de retraite fonctionnent sur un schéma de regroupement de chambres autour de services et d'espaces de vie communautaire. Les résidents paient une pension «tout compris», incluant les logements, les repas et les services. La personne est déresponsabilisée, déboussolée spatialement par la perte de ses repaires mobiliers habituels, et se retrouve dans une communauté assez prégnante où ses nouveaux voisins s'avèrent atteints de maladies ou de handicaps pénibles.

Ce n'est heureusement pas aussi difficile dans toute les maisons de retraite, dont le principe regroupe aussi d'autres établissements sous différentes dénominations, CANTOUS, MAPA, etc... Ces établissements sont détaillés ci-après.

- Les cantous: en occitan, ce terme signifie «coin du feu». Ce mode d'hébergement a vu le jour en 1977 sur une idée originale de Georges Causanel, directeur d'un foyer à Rueil-Malmaison. Le cantou est une petite structure de douze ou quinze chambres ouvertes sur un espace de vie collective. Cette structure familiale est animée par «une maîtresse de maison», et la vie des personnes âgées s'articule autour de tâches domestiques, comme la préparation des repas.

Cette idée aura un large succès, et verra de nombreuses reprises, et en 1986, les cantous seront officiellement consacrés par une circulaire encourageant leur créations.

- Les MAPA

En 1980 est lancé le concours MAPA, proposant des programmes types de 40, 60, ou 80 lits. Le concours précisait que ces nouveaux établissements ne devaient pas «être conçus à l'image des structures hospitalières», mais être à même, par leur taille et leur architecture, de «constituer des lieux de résidences accueillants, favorables au développement d'une vie communautaire et propices



à la mise en oeuvre d'activités sociales ou culturelles susceptibles de l'animer».

Les Mapa se sont multipliés depuis ce concours, leurs financements et leurs subventionnements étant très largement favorisés par la CNAV. Comme les maisons de retraite, les Mapa sont soumis à une réglementation pour les établissements de soins recevant du public (type U).

- Les MARPA furent créés en 1986 par la MSA (Mutualité Sociale Agricole), pour répondre à la spécificité des besoins des personnes âgées en milieu rural. Ce type d'établissement est plus proche du logement-foyer que de la maison de retraite, et les logements ne sont pas médicalisés. Les résidents paient un loyer, aménagent et entretiennent leurs logements, ceux-ci s'articulant autour d'une structure communautaire. Le personnel se limite à des aides ménagères, assistantes, et une «maîtresse de maison», présence rassurante qui organise les activités collectives facultatives (repas, activités diverses).

En cas d'aggravation de la dépendance, les personnes âgées sont obligées de déménager à nouveau dans des institutions plus lourdes, déplacement à l'origine de 80% de la mortalité selon les promoteurs des Marpa. On peut donc comprendre qu'il ne s'agit pas là d'une «dernière demeure», mais bien d'une typologie de logements adaptés.

Les Marpa sont un label déposé, accordé aux établissements qui respectent un cahier des charges précis, diffusé et contrôlé par la MSA. Le but de ces structures est atteint, dans le sens où 65% des résidents sont originaires de la commune ou du canton, ce qui évite le sentiment de déracinement et l'anonymat. Les différentes dépendances étant prises en charge par les familles et les spécialistes locaux, le traumatisme et la fragilisation intellectuelle sont donc nettement amoindris.

- Les MAPAD sont à mi-chemin entre les Mapa et les logements-foyer médicalisés. Initialement, il s'agissait de remplacer les logements-foyer de conception ancienne

et inadapté pour la dépendance, en se dirigeant vers les aspects qualitatifs et médicaux des Mapa. Les Mapad peuvent donc se doter d'une section de cure médicale allant de 25 à 75% du nombre de lits, contre 25% maximum pour les logements-foyers.

La capacité d'accueil est en principe de quatre-vingts lits, mais peut aller jusqu'à cent-dix personnes. Les types de logements sont variables, du studio standard à la simple chambre personnalisée avec salle d'eau. Les résidents paient un loyer, peuvent être soutenus par une APL, la prise en charge spécifique de la dépendance se faisant grâce au «forfait de soins courant», comme dans les établissements dotés d'une section de cure médicale.

Une des spécificités de ces établissements est l'intégration d'une unité spécifique pour l'accueil de huit à douze personnes désorientées. Les Mapad furent d'ailleurs instituées par la circulaire n°86-16 du 13 février 1986, afin de permettre le financement des logements-foyers spécifiquement conçus pour les personnes âgées dépendantes.

- Les résidences d'hébergement temporaire ne représentent que 1% de la capacité totale de l'hébergement collectif, mais sont pourtant très demandées. Elles s'adressent à un public aisé, et si le taux de remplissage n'est que de 50 % en hiver, elles sont quasiment remplies en période estivale.

Durant cette période, les propositions de services et les possibilités de soutiens s'amenuisent, et les conditions sont plus difficiles, d'où le succès de ces établissements qui sont alors de véritables refuges pour les personnes âgées fragilisées.

- Les résidences services ont deux visages: le logement social et le secteur privé. Ce dernier fut le créateur de ce concept, dans un but commercial, en proposant à une clientèle aisée des appartements groupés autour de services à la carte.



«La longue journée
Mes yeux se sont usés
A contempler la mer»
Taigi (Haïkus)

La plupart des résidences ainsi créées sont des copropriétés, mais il existe aussi des locations. Cependant, malgré des équipements domotiques ou immobiliers facilitants l'accessibilité des personnes âgées, ces résidences n'accueillent pas les personnes dépendantes, et d'une façon générale, ne gardent pas celles qui le deviennent.

A contrario, les résidences-services du logement social posent comme objectif principal le maintien dans les lieux de locataires devenus dépendants. La principale création de ce secteur en la matière sont les «résidences Edilys». Celles-ci intègrent la perte d'autonomie possible de ses occupants, notamment avec la création d'un canton permettant d'accueillir des personnes désorientées.

Comme les résidences services du secteur privé, les résidences Edilys sont implantées en ville, à proximité de services et en proposant des spécifiques, et des éléments domotiques tels qu'éclairage automatique, avec cependant des appartements aménagés pour le handicap et la dépendance. Les immeubles se composent essentiellement de studios et de deux pièces. En 1996, on dénombre une quinzaine de résidences ayant ouvert leurs portes, en moyenne de soixante-dix logements.

Pour note, dans l'ensemble des offres disponibles, la répartition entre le privé et le public est approximativement de:

- 319 000 lits, soit 58%, pour le secteur public;
- 158 000 lits, soit 29%, pour le secteur privé non lucratif;
- 70 000 lits, soit 13%, pour le secteur privé commercial.

Ce dernier connaît une bonne croissance (19% entre 1994 et 1996 pour exemple), comparativement au secteur public (<5% à la même période). Ce dynamisme s'explique par la hausse du niveau de vie des retraités, créant par la même un marché visant les classes aisées. Les grosses structures (27%) sont largement dominantes, puisque les établissements de plus de quatre-vingts lits fournissent 51% des lits.

Les établissements de taille moyenne, entre vingt et quatre-vingts lits, sont les plus répandus (60%), et offrent 47% des lits disponibles.

Les petits établissements de moins de vingt lits sont donc minoritaires (13%), et ne fournissent que 2% des lits disponibles.

Et à l'étranger?

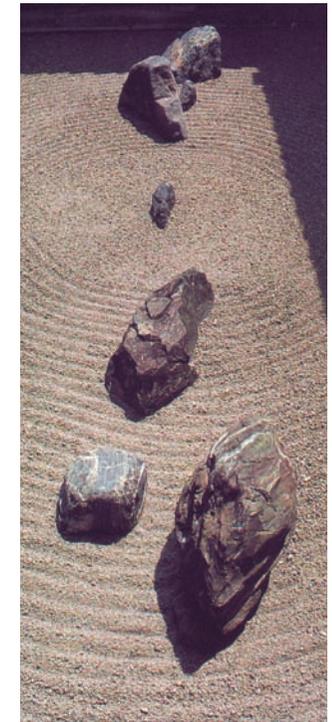
Le vieillissement de la population est un phénomène qui touche la grande majorité des pays riches occidentaux, et chacun y répond selon sa culture propre. L'histoire de chaque nation et ses différents schémas sociaux-culturels nous offre donc un large panel de modèles et de réponses différentes. Quelques exemples étrangers assez représentatifs sont analysés dans les pages suivantes (voir «étude de cas»).

Pour simplifier, on remarque que la plupart des pays nordiques et anglo-saxons tendent vers un aspect communautaire plus fort que les pays latins.

En Navarre, chaque quartier possède son centre de santé, ouvert au cœur des villes. A contrario, la plupart des exemples rencontrés en Grande-Bretagne, en Suède, Pays-Bas, etc, laisse plutôt l'idée d'un éloignement de la ville, avec des implantations plus rurales et plus refermées sur elles-mêmes.

Les Etats-Unis ont quant à eux pris le parti de véritables villes ultra-sécurisées dédiées et réservées au grand âge. Ces cités sont réservées aux populations aisées voire fortunées, et dans certaines, les enfants y sont tout simplement interdits de séjour pour plus de tranquillité.

Le Japon offre plus de schémas de réponse, mais semble avancer sur la pointe des pieds. En effet, le modèle patriarcal y est une référence: le respect des anciens est profondément inscrit dans la culture et dans le langage, aussi le placement en institution d'une personne âgée est perçu comme un acte gravissime. Toutefois, la situation démographique ne laissant plus le choix, un nombre croissant de structures a ouvert ses portes ces dernières années.



«Rien ne dit
Dans le chant de la cigale
Qu'elle est près de sa fin»
Bashô (Haïkus)

I - C : Problématiques



Pour qui ?

Les personnes âgées, du 3ème âge et plus, et éventuellement des personnes handicapées.

Ce projet s'adresse donc à toutes les populations retraitées, quels que soient leurs degrés d'autonomie et de dépendance. Ainsi, les habitants attendus sont aussi bien le couple de retraités indépendants et actifs, que la personne à mobilité réduite, ou nécessitant des soins à domicile. D'une façon plus générale, ce centre de vie s'adresse à tous ceux qui veulent sortir ou éviter l'isolement, et amoindrir les difficultés inhérentes à un état de santé devenu insuffisant pour gérer la vie courante.

Pourquoi ?

Pourquoi rechercher une typologie différente des standards existants?

L'augmentation importante du nombre de retraités se confronte au manque de places dans des habitats spécifiques, et ceux-ci souffrent de nombreuses carences, humaines et fonctionnelles.

Le lieu qu'est la maison de retraite, paradigme de l'habitat des personnes âgées, est intimement attaché dans l'imaginaire collectif à l'image négative d'une annexe d'hôpital, une chambre médicale en résidence de longue durée, qui s'avère souvent être la dernière demeure de ses occupants.

Dans tous les cas, les personnes âgées sont mises à l'écart de la vie sociale, et même si dans leur grande majorité ces personnes sont encore autonomes, elles n'ont pas d'alternatives entre l'isolement et une collectivité d'invalides. Pour autant, la question sociale de la place

des retraités dans nos cités ne semble pas encore être traitée autrement que quantitativement et non de façon qualitative!

Les populations du 3ème âge semblent se partager entre ceux qui sont en maison de retraite, héritières des hospices, et ceux qui n'iront dans cette dernière demeure médicalisée que contraint et forcé.

Alors que l'éclatement de la cellule familiale provoque une fragmentation globale des tissus sociaux, et que l'individualisation pousse les hommes dans l'isolement, l'architecture n'a pas pris le relais pour palier à ce changement de fond.

La solidarité entre générations, telles qu'elle était présente au fil des siècles au sein de la famille, s'est dissipée en même temps que la notion d'habitat familial au sens large. Mais pour autant, la solidarité présente dans chaque personne n'a pas disparu pour autant, et c'est à travers l'architecture qu'on peut inciter des personnes à recréer ce lien au sein de la collectivité.

Une autre raison de chercher une approche différente de ce type d'habitat est la constatation de l'insuffisance fonctionnelle des institutions existantes. Entre l'autonomie et l'invalidité nécessitant le placement en institution, il y a plusieurs stades d'évolution. En ignorant ou en négligeant ces différents paliers de la vieillesse, on aggrave sérieusement la crise psychologique d'une personne qui va se trouver confrontée simultanément au problème source (maladie ou accident), à un déménagement, et faire le constat d'une perte de validité.

On constate que le moment charnière qui s'impose alors est très souvent fatal.

Il faut donc un lieu adapté pour les retraités où ils puissent s'inscrire dans la durée, et répondant à leurs possibles évolutions psychologiques, physiques, sociales et affectives.

...il faut un lieu adapté pour les retraités pour qu'ils puissent s'inscrire dans la durée, et répondant à leurs possibles évolutions psychologiques, physiques, sociales et affectives...

Comment ?

La réponse architecturale doit évidemment répondre aux besoins exprimés et habituels, si ce n'est normatifs, mais doit également s'attacher à briser les différents tabous et non-dits sur ce sujet, pour répondre aussi aux besoins et autres problèmes moins évidents et souvent occultés.

D'un point de vue fonctionnaliste, le programme est celui d'un ensemble d'habitat collectif, favorisant la communauté et les liens sociaux. Ce lieu sera agrémenté de toutes les fonctions, caractères architecturaux et urbanistiques, permettant à l'habitant de vivre sa retraite sans craindre une diminution de ses facultés comme une condamnation.

La partie médicalisée, propre à une maison de retraite conventionnelle, se veut complémentaire et non centrale, par rapport à un habitat favorisant les échanges et le dynamisme.

I - D : Choix du type de site

Insérées en ville, en périphérie, ou protégées à la campagne ?

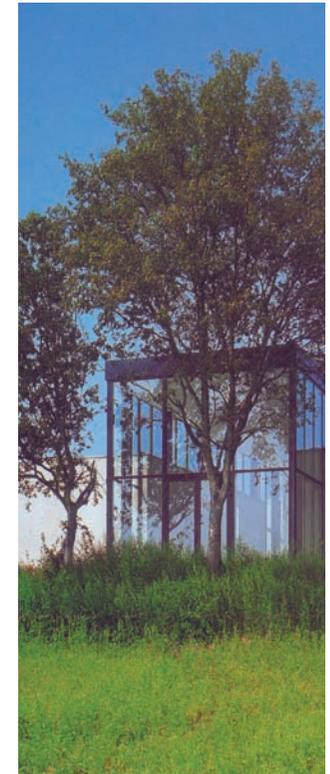
La place de la vieillesse au sein de la cité est en question: contre toute attente, regrouper les différentes personnes âgées en un seul et même centre, n'est-ce pas une façon de les isoler encore plus ? Les personnes âgées, marginalisées par leurs âges et par la rupture du lien social entre les générations, sont abandonnées et isolées au sein même de la collectivité, et ne trouvent plus leur place dans une société vouée au travail. En ce sens, regrouper toutes les typologies de personnes âgées pour les rendre complémentaires ne peut pas être un mal.

Pourtant, le communautarisme n'est-il pas (trop) une exclusion? Est-ce que le rassemblement des personnes âgées en un lieu protégé et/ou excentré ne crée pas une ségrégation, géographique cette fois, encore plus grave ?

A la campagne...

La campagne est habituellement le lieu de repos et de vacances, au calme sonore et visuel, ou la sécurité de la solitude s'apprécie selon les personnalités. C'est le lieu où on aime ne rien faire et méditer. Mais c'est aussi le lieu où il n'y a rien à faire, face à soi-même et à ses propres souvenirs. Sans oublier que les liens familiaux se distendent souvent proportionnellement à la distance séparant les adultes de leurs parents âgés. Cependant, dans notre culture, la retraite et le repos sont intimement liés à l'espace de vie, et aux espaces naturels, et la campagne est donc naturellement la première demande instinctive des personnes âgées.

Le choix d'un cadre plus naturel semble donc pertinent, mais marginalise encore plus une population déjà en situation de rupture. D'un point de vue fonctionnel, l'absence de liens directs et de proximité avec des entreprises, des services, ou des proches, cautionne et entretient un état de dépendance vis à vis de la collectivité.





En périphérie...

De plus en plus, la demande se focalise sur le confort, ainsi que sur la proximité de commerces et de lieux de vies, de loisirs, de rencontres, voire de sport. A l'exception de quelques rares villages dynamiques, les attentes de confort, de proximité et d'environnement naturel sont difficilement conciliables.

A noter que l'implantation d'infrastructures comprenant des structures médicalisées, comme les maisons de retraites publiques, répondent à une répartition par zone gérée par des organismes publics, en fonction, des prévisions de flux migratoires et de l'importance des populations en présence.

Au cas par cas, la périphérie d'une ville peut apporter le confort urbain ainsi que le cadre et le calme voulu par les retraités, mais il s'agit alors d'un choix subtil pour trouver un juste équilibre entre les qualités requises pour un site. La plupart du temps, le «confort urbain» est proportionnel avec la proximité du centre, et les quartiers résidentiels, sauf cas exceptionnel, ne favorise pas la sortie des personnes âgées de leurs cocons.

En ville...

Pour l'heure, la plupart des lieux accueillants des personnes âgées sont souvent excentrés, loin de la ville et des familles, avec ses différents avantages et inconvénients. La ville est le lieu des rencontres, des activités et des contacts familiaux, de l'entraide intergénérationnelle, mais aussi des difficultés et des dangers, de la délinquance et de la paranoïa, des regards et de l'indifférence.

Sans oublier que la grande majorité des retraités sont des citoyens, et que le principe d'habitat collectif, en milieu rural, reste d'une approche difficile.

Le choix d'un emplacement en ville permet de préserver un lien social tangible, des pratiques économiques bilatérales, mais se heurte à la rapidité et à l'agressivité du milieu urbain. On remarquera cependant une attitude récurrente chez les personnes âgées: elles cherchent désespérément de l'animation: ainsi, dans les maisons de retraite, il est étonnant de constater que les places les plus prisées sont celles donnant sur la route que celle donnant sur un jardin... La porte d'entrée d'une institution étant le haut lieu d'activité et de stationnement.

D'un point de vue législatif, l'«orientation architecturale» souhaitée par le gouvernement privilégie une implantation urbaine.

Ainsi, la circulaire du 07 avril 1982 «relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées» comporte-t-elle des dispositions concernant aussi bien le type d'implantation des maisons de retraite que le parti architectural, ainsi que des précisions de programmation.

S'agissant des recommandations en matière d'implantation, on peut lire (paragraphe 1.1 sur l'habitat):

«En premier lieu, il importe que les aménageurs veillent à la bonne intégration dans la vie quotidienne des fonctions liées aux retraités et aux personnes âgées. L'implantation des établissements d'hébergement doit permettre aux personnes accueillies d'avoir une vie sociale active. Les implantations en centre ville, bourg ou quartiers seront privilégiées.»

«Sans qu'il y ait lieu d'insister ici sur les modalités de conception et de constructions des logements-foyers, la nécessité d'une excellente intégration urbanistique au tissu urbain ou rural est rappelée.»

L'implantation en ville semble effectivement être le meilleur choix, et ce à tous les stades de la vieillesse, que ce soit pour des questions de confort de vie ou de rapports sociaux.

Les souhaits des P.A.

Sont présentées ci-dessous les souhaits récurrents des personnes âgées en matière de logement et d'urbanisme, d'après une enquête réalisée par l'Université du 3e âge (Toulouse).

- Type de logement, localisation, environnement
 - Logement indépendant des enfants, mais proche tout en étant à une certaine distance (!!!).
 - Même quartier plutôt que même immeuble
 - Si handicap : préférence pour MAD
 - Souhait très net (67 %) pour logement individuel avec services communs
 - Souhait très net pour rester dans son propre logement (70 %)
 - Mais 38 % souhaitent réduire la surface du logement et 50 % souhaitent mieux l'aménager
- Aménagement intérieur
 - Insonorisation
 - Vue étendue
 - Température à 20°
 - Revêtements de sols en plastique
 - Couleurs préférées : blanc > bleu > jaune > vert > rouge > rose > marron > violet
 - Téléphone et télé-vigilance (oui à 85 %, mais pas plus de 100 F/mois)
- Perception de la ville
 - proche d'une rue passante mais dans une rue tranquille (!!!)
 - davantage de rues piétonnes
 - davantage d'espaces verts
 - davantage de bancs, chaises, fauteuils dans les espaces verts, places publiques, centres commerciaux et rues piétonnes.
 - goût prononcé pour des repères familiers : cloches, carillons, marchands ambulants
 - souhait de retrouver le marché traditionnel ; souhait de

préservé l'existence des petits commerçants (sans pour cela s'opposer au supermarché)

- volonté de voir «enjolivé» l'espace public
- souhait de voir dans le quartier davantage d'enfants (pour 91 % des sondés) et des adolescents (pour 79 % des sondés)
- trottoirs moins dangereux ; suppression des aspects angulaires, des marches trop hautes et caniveaux
- développer les relations sociales (d'inter-génération, en particulier)
- définition et développement des solidarités naturelles par une vie associative
- améliorer le bien être physique, mental, social des personnes âgées résidentes
- favoriser l'intégration et limiter la solitude existentielle

- moyens souhaités:
 - Diversifier les lieux d'échange et de rencontre
 - place-forum : lieu sensible d'échanges + accès aux commerces
 - place-jardin : lieu de communication, d'accès aux services sociaux, aux associations, aux crèches, etc.
 - favoriser le mouvement et séparer les moyens de déplacement
 - souci de volumes à échelle familiale (éviter gigantisme comme miniaturisme)

Hiérarchisation des espaces

- espace privé et semi-privé
- espaces semi-publics : le retour à l'espace communal ou banal
- espaces publics : jonction avec les autres quartiers, avec l'extérieur

Gestion optimisée du soutien à domicile et de la relation bénévolat / professionnels, et souplesse accrue dans l'accès au logement.

«Tous moyens pour limiter la dépendance face à la perte d'autonomie...»

...proche, mais loin...

...davantage d'espaces...

...se rencontrer...

...des repères familiers...

...limiter la solitude...



I - E : Etudes de cas

Quelques analyses succinctes de bâtiments sont détaillées ci-après. Les quatre premières précisent des exemples à l'étranger, les quatre dernières illustrent les grandes typologies françaises.

- Résidence pour personnes âgées, Kiuruvesi, Finlande
- Emerald: un Wozoco, Delft, Pays-Bas
- Résidence Gurwin Jewish Fay J. Lindner, Commack, Etats-unis
- Résidence Kei Ai, Nishinomiya, Japon
- Logements-foyer, Langon
- Mapad, Tremblay-en-France
- Unité de soins de longue durée, Nantes
- Maison de retraite, La Chapelle-Saint-Mesmin

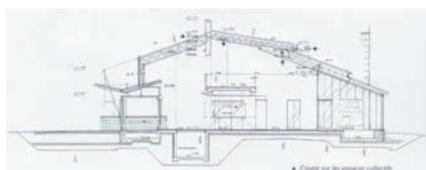
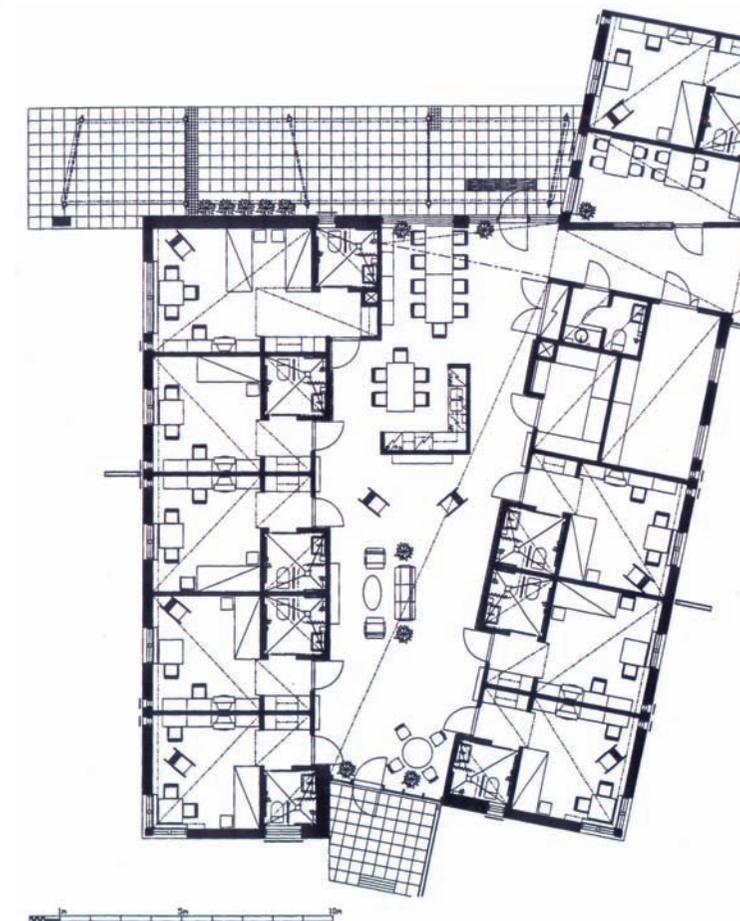
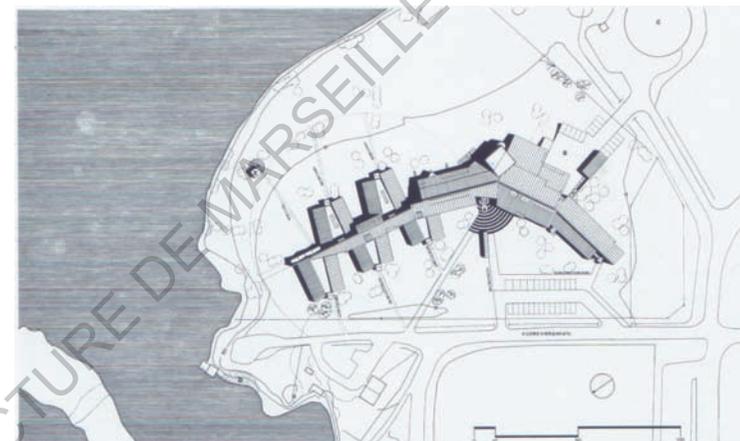
• Résidence pour personnes âgées, Kiuruvesi, Finlande

Fiche technique:

Programme: Résidence avec services pour personnes âgées de 46 chambres (50 lits)
 Surfaces: 4263 m² shon; 3045 m² utile hors circulations
 Maîtres d'œuvre: Arkkitehtitoimisto NVO Ky; Kari Niskasaari, Jorma Öhman, Jari Kuorelahti, Mikko Mannberg, Tiitu Marjamaa, Ari Järvinen
 Maître d'ouvrage: Commune de Kiuruvesi
 Adresse: Résidence Virranranta, kuorevirrankatu, 74700 Kiuruvesi, Finlande
 Livraison: Août 1992

Implantation: Ce bâtiment se situe à 500 mètres du village de Kiuruvesi, sur les berges du lac Kiurujärvi.

La résidence comprend dix logements adaptés de deux pièces et trente six chambres, (trente-deux individuelle et quatre doubles). Ces logements sont organisés en cinq appartements collectifs.

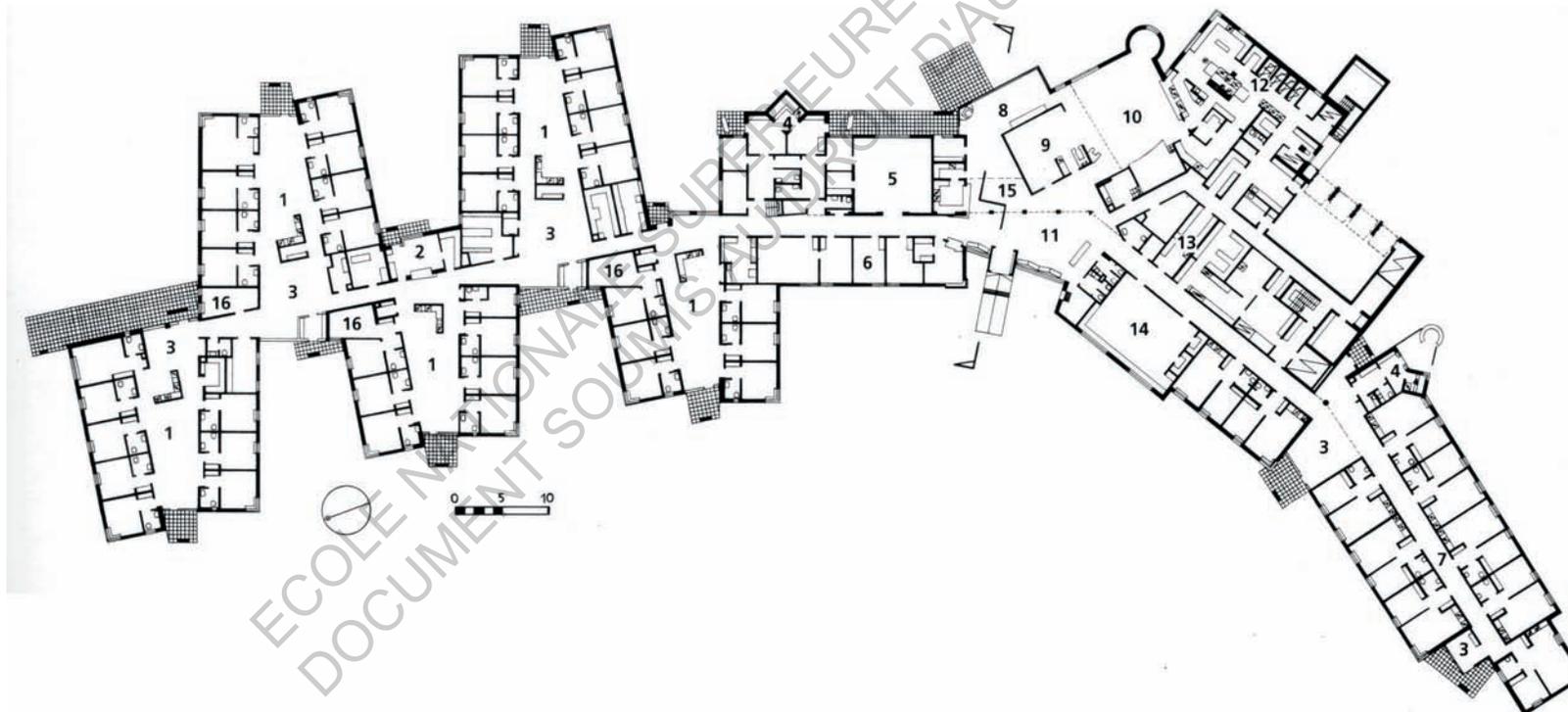


Ceux-ci s'articulent suivant un axe courbe défini par une rue intérieure, qui dessert les différents éléments du programme. Ce couloir principal, véritable colonne vertébrale du projet, est éclairé zénithalement par une verrière, qui apporte une lumière naturelle chère aux résidents.

On distingue dans le programme: bibliothèque, cafétéria, salle à manger commune, salle polyvalente, salle de rééducation, sauna, et autres espaces de services courants. La plupart des espaces collectifs sont de plus grande dimension que nécessaire, ce qui souligne l'aspect communautaire recherché.

Chaque unité d'habitation se caractérise par un traitement architectural spécifique en utilisant des matériaux et des textures diverses: bois, béton brut ou enduit, métal et verre. Cet éclectisme se retrouve au niveau des formes, avec des volumes décomposés propre à l'architecture moderne organique.

Le principe spatial des différentes maisonnées rappelle les Cantous, avec des appartements qui vont de sept à huit chambres. Chacune de ces unités est dotée d'une terrasse couverte par un auvent, s'ouvrant vers les paysages somptueux de la Finlande. Cette résidence semble donc se porter vers le communautarisme et la contemplation, en s'inscrivant dans un cadre rural mis en valeur.



Plan du rez-de-chaussée:

- 1 Salon communautaire
- 2 Bureau du personnel
- 3 Salle à manger de maisonnée
- 4 Sauna
- 5 Salle de rééducation
- 6 Administration
- 7 Appartements adaptés
- 8 Jardin d'hiver + cheminée
- 9 Bibliothèque
- 10 Grande salle à manger + cheminée
- 11 Hall
- 12 Cuisine
- 13 Zone de services
- 14 Salle polyvalente
- 15 Cafétéria
- 16 Salle d'activités

© source [01]

- **Emerald, un Wozoco, Delft, Pays-Bas**



Fiche technique:

Programme: Une galerie marchande et un complexe de 111 logements conçus pour les personnes de plus de 50 ans

Surfaces: 72m² par appartement type

Maître d'œuvre: KCAP, Kees Christiaanse, Eric Slotboom, Paul Van der Voort, Brigit Jürgen-hake, Théo Van de Beek, Dennis Wijsbroek, Steve Swiggers, Thomas Gebert.

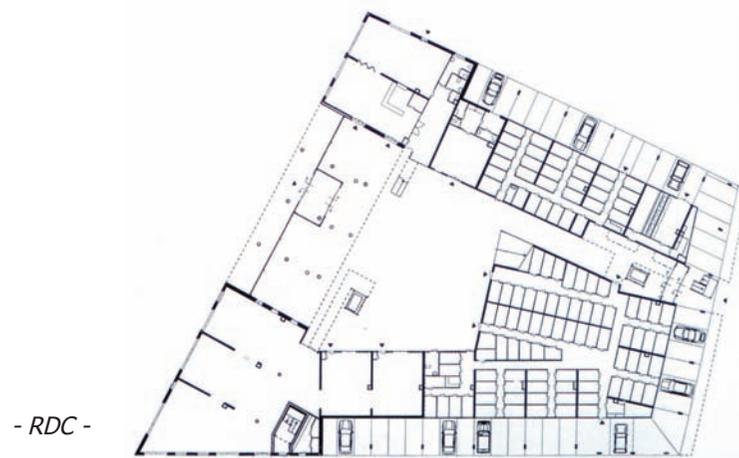
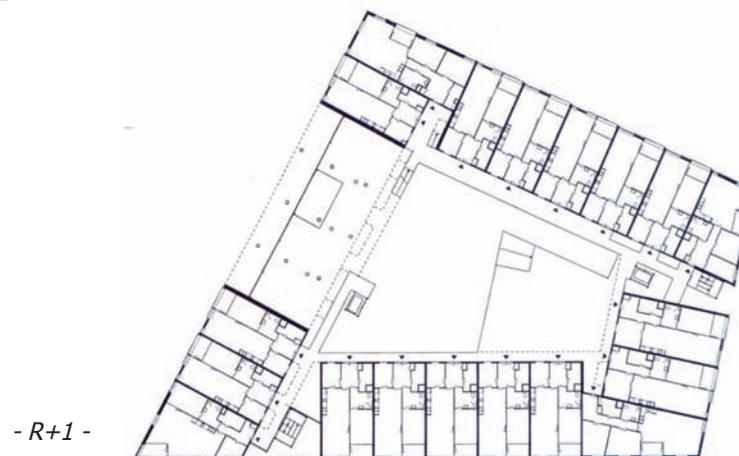
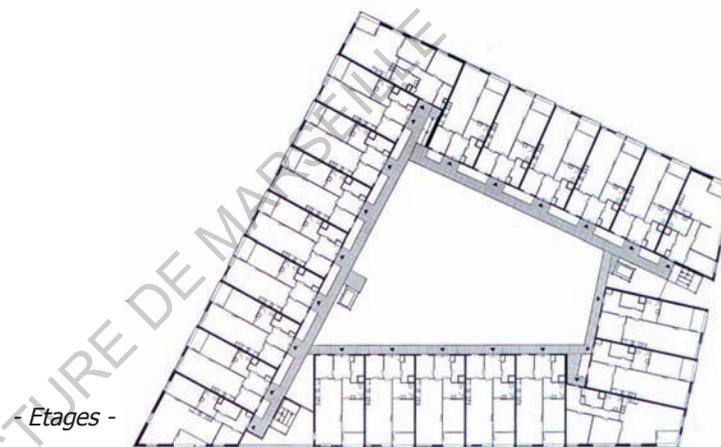
Maître d'ouvrage: Ceres Projecten, Rijswijk.

Livraison: Novembre 2000

Ce bâtiment se situe à l'intérieur d'un centre sub-urbain, près de Delft. Il se différencie de son environnement sub-urbain tant par sa taille que par sa densité.

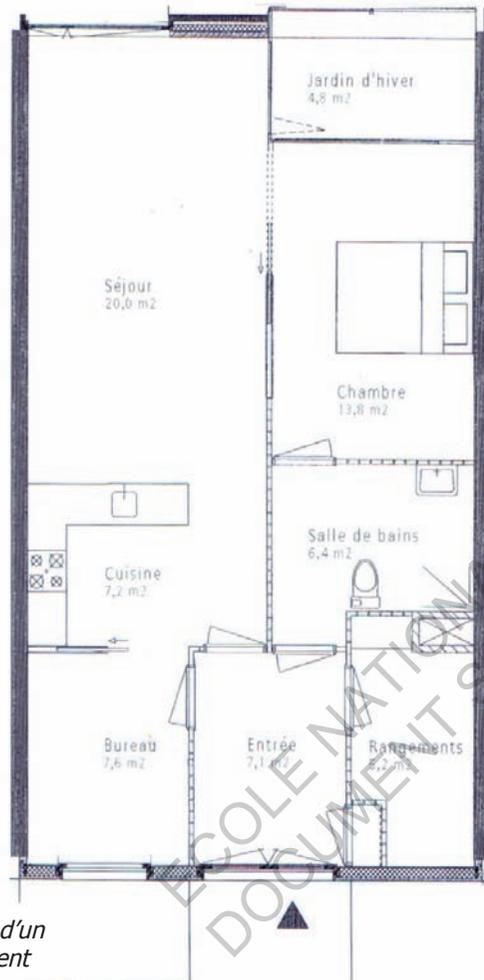
Par sa typologie, cet immeuble rappelle le familistère de Guise, ancêtre de l'habitat communautaire imaginée par le philanthrope André Gaudin. Ces deux bâtiments ont en commun l'aspect collectif du volume, vaste atrium cernés de coursives distribuants les appartements. Le but du familistère était de favoriser la surveillance collective autant que l'entraide et la sociabilité; si l'objectif de «surveillance» est discutable pour une résidence ouvrière comme le familistère, il est déjà plus pertinent dans le cadre du logements des personnes âgées de Delft.

Le grand vide central de l'atrium est un espace libre: rencontres, fêtes ou animations sont souhaitées. La galerie marchande, qui augmente encore la densité des personnes, se veut un prolongement de cette volonté de favoriser les échanges et les rencontres. Le grand atrium est ouvert au public, et les riverains du centre sub-urbain peuvent le traverser.

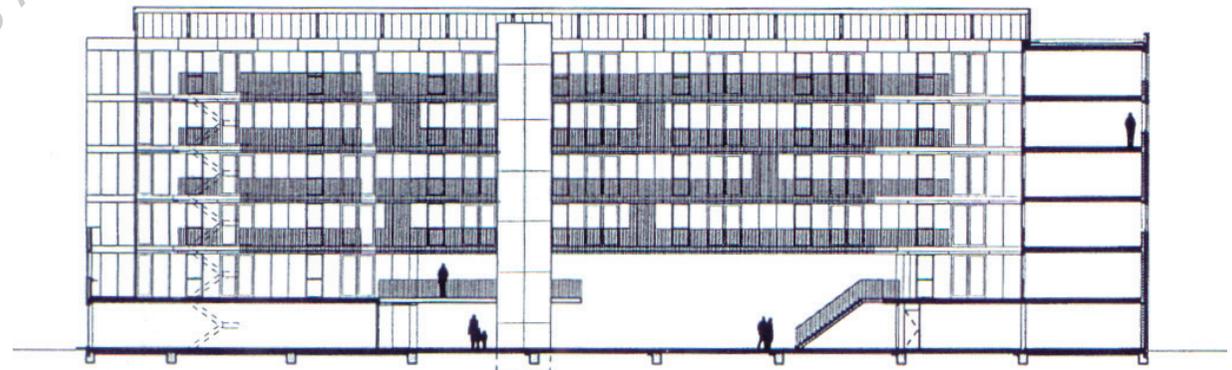


Le respect des besoins spatiaux des personnes âgées se ressent au niveau de la générosité des surfaces: conçu pour une personne ou pour un couple, les logements dépassent les 72m².

Les coursives se détachent du mur pour un meilleur éclairage des façades intérieures, ce qui permet également de diminuer les ponts thermiques. Le fait d'avoir les verrières en couverture pour l'atrium permet certainement d'avoir une zone tampon calorifique, mais l'absence de brise-soleil doit certainement poser des problèmes de régulation de la chaleur en été.



Plan type d'un appartement



Coupe sur rue intérieure

- **Résidence Gurwin Jewish Fay J. Lindner, Commack, Etats unis**

Programme:

Appartements et services de proximité «de luxe»

Maître d'œuvre:

Eric Cohen, L. Bradford Perkins, Douglas P. King, de l'agence Eastman Perkins.

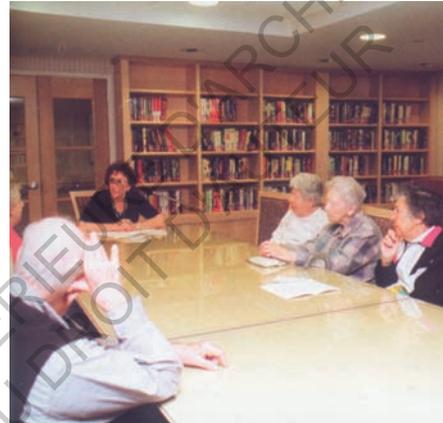
Maître d'ouvrage:

Un établissement israélite à but non lucratif

Implantation:

Situé à long Island, Cet établissement s'inscrit dans le cadre de la ruée vers le soleil que l'on constate dans tous les pays occidentaux. Long Island voit d'ailleurs fleurir des résidences de ce type à un rythme croissant.

Excentré, il n'est pas possible de rejoindre le centre-ville à pied, mais un complexe géré par l'association se trouve à moins d'un kilomètre, et comprend une piscine, une salle de sport, et un centre culturel juif. La bibliothèque municipale est également à moins d'un kilomètre.



Un centre de vie pour retraités: une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées

Caractères architecturaux:

Les appartements sont conçus spécifiquement pour les personnes âgées (rampes, système d'alarme, douche adéquate...).

Il existe des cafétérias et des espaces de restauration, mais les repas peuvent être livrés dans les chambres, comme dans un hôtel.

Les services optionnels sont, entre autres, une bibliothèque informatisée, une salle de télévision, un service de blanchisserie, diverses salles polyvalentes, des salles de sport et de rééducation, une cuisine collective que l'on peut assimiler à nos «cuisines thérapeutiques», et divers salons privés disséminés un peu partout pour favoriser l'esprit de voisinage.

Doté d'une synagogue, un rabbin vient sur place du vendredi au dimanche.

Cette résidence a la particularité d'intégrer un centre de gériatrie pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à ses premiers stades. Ce centre est une réplique en modèle réduit du reste de la résidence, et assure un suivi médical renforcé.

**Aspect social:**

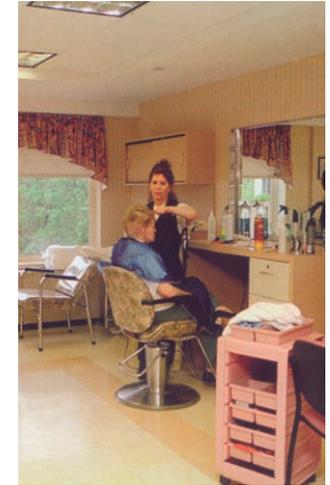
Le loyer de cette résidence est compris entre 3000 et 5500 US\$, selon la surface de l'appartement et les services optionnels demandés. Ce loyer est entièrement assumé par les locataires eux-mêmes.

La majorité des innovations et des nouvelles expériences concernent uniquement les classes sociales les plus nanties. Ce projet s'inscrit dans une logique qui se développe de façon croissante aux Etats-Unis: il s'agit de reproduire aux moyens de nouveaux sites des reproductions de petits villages de l'Amérique profonde, pour simuler leurs schémas sociaux «rassurants». Ces lieux sont conçus pour recréer un mode de vie luxueux et (sur)protégé, que d'aucun compare à l'univers des croisières.

A noter, l'existence d'associations telles que les «panthères grises» qui militent pour trouver des fonds de financements pour proposer des logements adaptés pour les personnes aux revenus modestes (bon courage!).

Pour l'heure, tous les projets de ce type en cours de construction ou d'ouverture sont majoritairement des résidences qui ne proposent ni suivi médical ni soins permanents, mais présentent une étiquette «résidence de luxe».

© source [03]



ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR



Dans le patio central se croisent les pensionnaires des différents établissements voisins



Quelques jardins Japonais apportent une ambiance sereine et dénote un soin du détail.



Les bains de plein airs sont très répandus au Japon, et malgré le faible coût de revient de cet équipement, cela reste perçu comme une part de luxe...



La végétation est utilisée pour écranter des contre-espaces et filtrer la vue sur la rue.



Des salles polyvalentes sont réservés aux résidents



Un espace est prévu spécifiquement pour la cérémonie du thé...

● Résidence Kei Ai, Nishinomiya, Japon

Très bien situé dans un quartier résidentiel de Nishinomiya (entre Osaka et Kobé), cet établissement fait figure d'exception au Japon où les maisons de retraite sont excentrées et encore très mal vues, pour ne pas dire honnies. En effet, la tradition veut que les enfants accueillent les parents sous leur toit, et ce modèle reste dominant. Le placement en institution est donc perçu comme une grave entorse à la notion de devoir filial.

La maison de soins Kei Ai (respect et amour) compte seulement quinze pensionnaires (24 m² par chambre type), mais partage ses locaux avec une maison de retraite classique et un centre de service de jour. Regroupement qui permet la mise en commun d'équipements divers, en services et en sécurité des personnes, et entre autres de pelouse et jardins japonais qui donnent une atmosphère plus détendue. Les logements sont autonomes, et les services sont optionnels et personnalisés. Le loyer (entre 772€ et 1492€) est versé à l'entreprise qui gère Kei Ai, et est proportionnel au revenu des résidents pour assumer un rôle social.

Ce type de logement en partenariat avec une maison de retraite classique permet d'assurer aussi bien la sécurité médicale des personnes que de les conforter dans une certaine autonomie en leur fournissant l'aide strictement nécessaire pour éviter un glissement thérapeutique.

Préserver leur santé et leur indépendance est d'autant plus essentiel pour les personnes âgées isolées que la plupart des bailleurs sont culturellement hostiles à leur hébergement.

© source [03]



● Logements-foyer, Langon

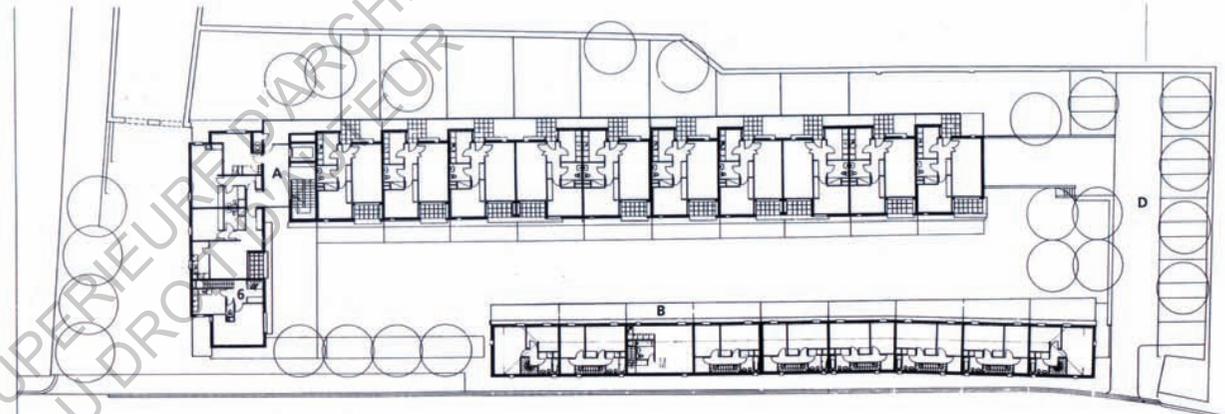
Fiche technique:

Programme: 44 logements, dont 19 familiaux (2 T1bis, 9 T2, 8T3), 24 pour personnes âgées (T2), et 1 pour gardien
 Surfaces: 3547 m² (shon)
 Maître d'œuvre: Bernard Althabégoity et Annick Bayle
 Maître d'ouvrage: Opac Gironde Habitat
 Adresse: Résidence du 14 juillet, cours du 14 juillet, 33210 Langon
 Livraison: Septembre 1993

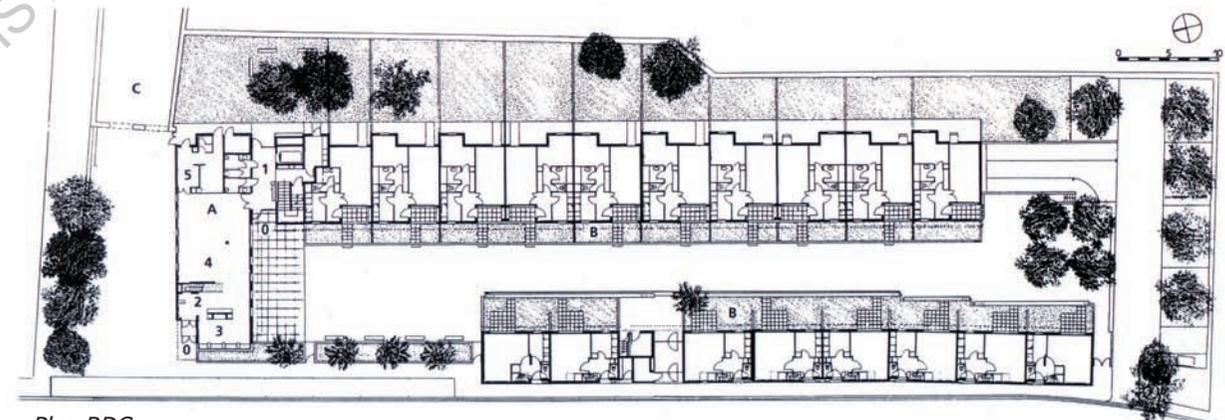
Implantation:

Située en bordure du centre urbain, cette résidence est à une cinquantaine de mètres de l'esplanade de la mairie et non loin des rues piétonnes du centre ville ancien. Ce site est donc très bien desservi par des commerces de proximité et permet un accès facilité à tous les services nécessaires (loisirs, médico-social...)

Le terrain est le site d'un ancien hôpital, dont seul une chapelle a été conservée, en étant transformée en centre culturel.



Plan R+1



Plan RDC

Caractères architecturaux:

L'ensemble se compose de deux bâtiments distincts. Le premier qui longe le cours du 14 juillet, est linéaire et en R+1, et le second adapte une forme en L et affiche trois niveaux.

Entre les deux bâtiments se trouve un jardin collectif longiligne, encadré par les jardinets privatifs des logements familiaux à rez-de-chaussée.

Le bâtiment linéaire abrite des logements familiaux classiques, ainsi que le rez-de-chaussée du bâtiment principal. Le logement-foyer se compose donc uniquement des deux autres niveaux.

Tous les équipements de cette résidence sont concentrés sur l'aile Nord, sur les deux niveaux supérieurs: l'accueil, salle commune, salon avec cheminée, un local de kinésithérapie, et le logement du gardien.

Les logements adaptés sont distribués par une coursive, où chaque logement est marqué par un pas de porte constitué par un renforcement, ce qui permet d'accueillir quelques chaises et ou des pots de fleurs... Ces contre-espaces sont autant de lieux intermédiaires de convivialité et de rencontres.

Les logements sont organisés selon une structure assez simple, mais néanmoins efficace, puisque les résidents semblent l'apprécier, en citant notamment les grands rangements intégrés dans la chambre et le couloir, et les grands linéaires de murs où ils peuvent adosser leurs meubles.

Aspect social:

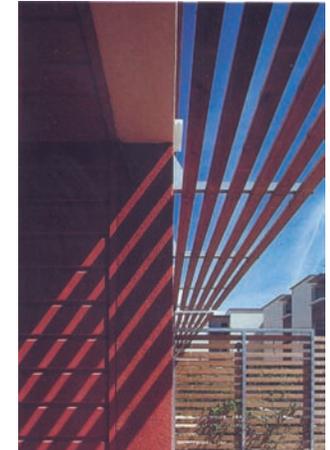
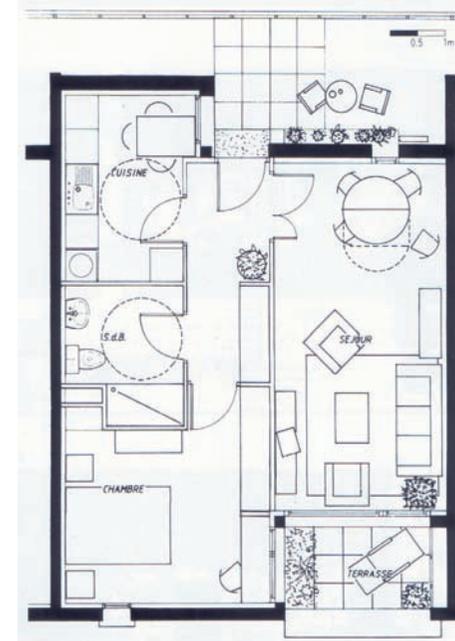
Cette opération s'est déroulée suite à un travail collectif réunissant la maîtrise d'œuvre, la maîtrise d'ouvrage, ainsi que les futurs locataires, mais aussi des élus, des techniciens, et des gérontologues. Leur premier travail fût de déterminer le site d'implantation, sur les hypothèses avancées par les architectes.

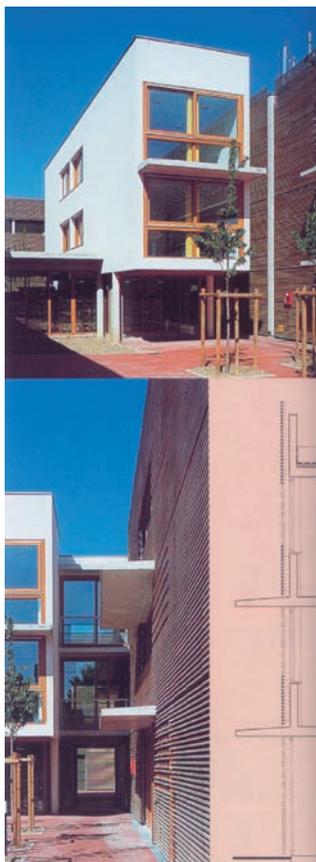
Ainsi, la position en hauteur s'est révélée être souhaitée par les personnes âgées qui voulaient une meilleure vue et une plus grande sécurité.

Cet ensemble résulte aussi de la volonté de garder une certaine mixité sociale, en réunissant sur une même collectivité des familles et des personnes âgées, dont certaines sont en perte d'autonomie. Le but affiché de la commune de Langon est ici de proposer un produit complémentaire à mi-chemin entre le maintien à domicile et la maison de retraite médicalisée.

De nombreux détails architectoniques poussent à l'appropriation du domicile, que ce soit dans les parties semi-collectives ou dans le logement lui-même.

© source [01]

Plan type
---->



● Mapad, Tremblay-en-France

Fiche technique:

Programme: Maison pour personnes âgées et désorientées, 73 lits, cuisine et salle de restauration collective, administration, salle de kinésithérapie.

Surfaces: 3700 m² (shon)

Maître d'œuvre: Isabelle Manescau, François Marzelle

Maître d'ouvrage: SAGE

Livraison: Mai 2002

Implantation:

Dans un quartier périphérique (pavillons et petits collectifs) de Tremblay-en-France, une commune étalée sur la plaine d'Île de France, aux abords de Roissy. L'implantation fût l'un des maîtres-mots du concours d'architecture lancé en 1997. La parcelle de forme triangulaire pointe vers un vaste carrefour planté, et est bordé de deux rues. Un jardin composé d'arbres fruitiers donne un peu de recul et d'intimité à l'établissement par rapport à son voisinage, dont les échelles sont assez proches.

Caractères architecturaux:

L'ensemble est homogénéisé par une même texture, le bois, et par un ensemble de gabarits similaires. D'apparence très aérée, la composition sur un plan en H permet en fait d'obtenir une certaine densité au niveau fonctionnel et spatial. La compacité obtenue permet une logique de proximité, et de contrôler les distances parcourues tant par les soignants que par les pensionnaires.

Les espaces ouverts et clos sont en alternance, et les circulations s'élargissent ponctuellement pour créer des salons. Pas de couloir central, puisque la circulation s'effectue le long des jardins, sous une lumière tamisée par des lattis de bois.

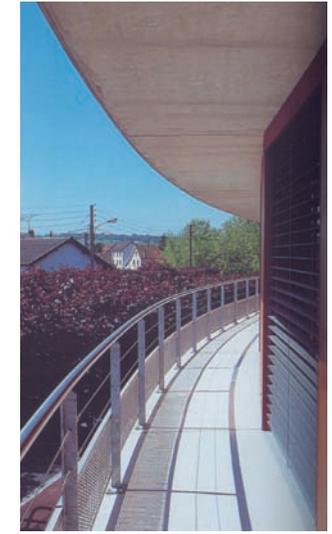
Les chambres s'ouvrent toutes sur la rue et disposent d'un balcon ou d'un jardinet clos en rez-de-chaussée.

Le bois a été utilisé partout: en claire-voie, pour les persiennes, les huisseries, les panneaux de façade... Son traitement horizontal permet d'abaisser sensiblement la perception des hauteurs par le voisinage immédiat, et le retrait par rapport à la rue accentue encore cet effet. Le traitement végétalisé avec des arbres fruitiers de faible hauteur en liaison avec la rue fournit une échelle intermédiaire qui facilite la transition «visuelle» depuis la rue. L'intégration dans le tissu urbain se fait donc de façon beaucoup plus douce.

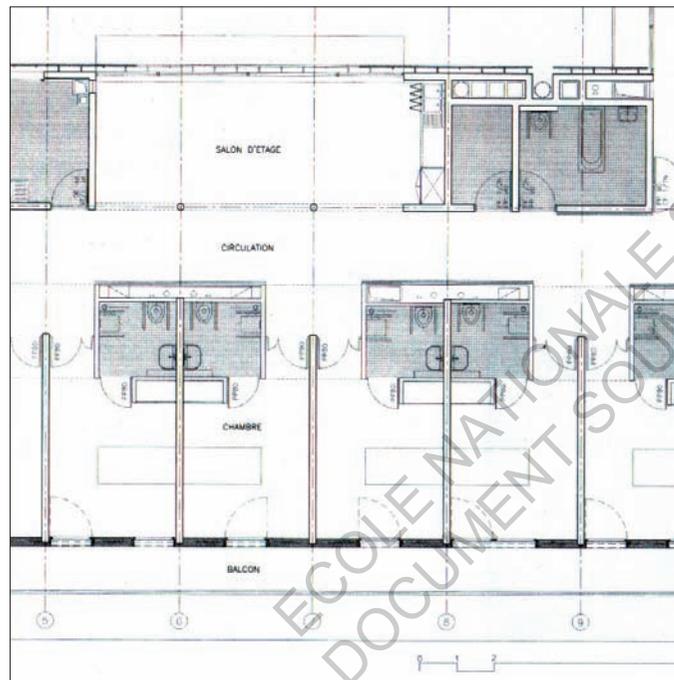


Aspect social:

Bien que les chambres soient simples, les valeurs ajoutées à cet établissement lui fournissent une pertinence très convaincante: les balcons sont autant d'espaces privés et personnalisables par les pensionnaires, et la qualité de l'éclairage est excellente tant pour les espaces privés que pour les lieux collectifs. La lumière naturelle est un des critères auquel les personnes âgées se montrent le plus sensible. Le traitement de toutes les textures par le bois apporte également une chaleur sensitive et une convivialité peu commune dans ce type d'établissement. La plupart des contre-espaces, petits salons ou espaces privés communs sont autant d'éléments qui favorisent les échanges et la communication entre les pensionnaires, facilitants ainsi des relations humaines souvent très complexes à obtenir dans un institut médicalisé.



© source [04]



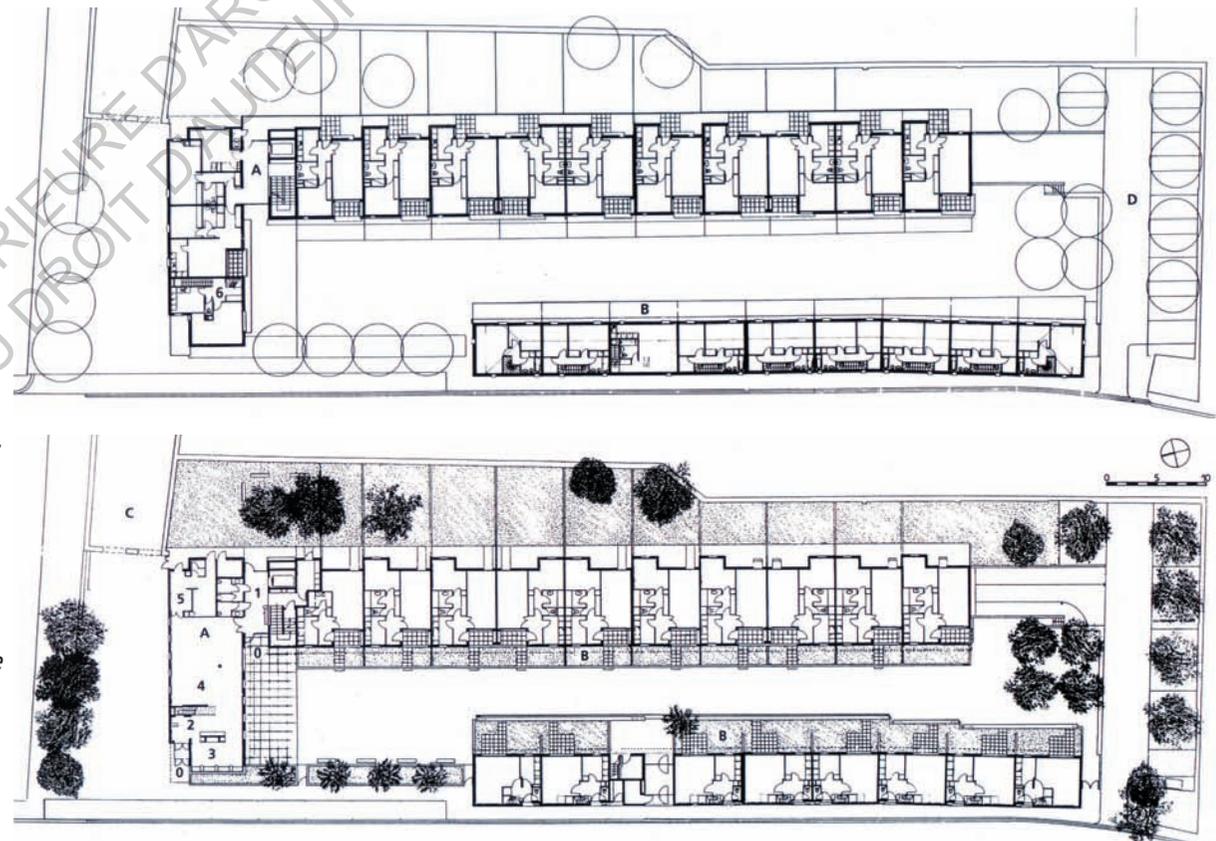
Plan R+1



Plan RDC



Plan type





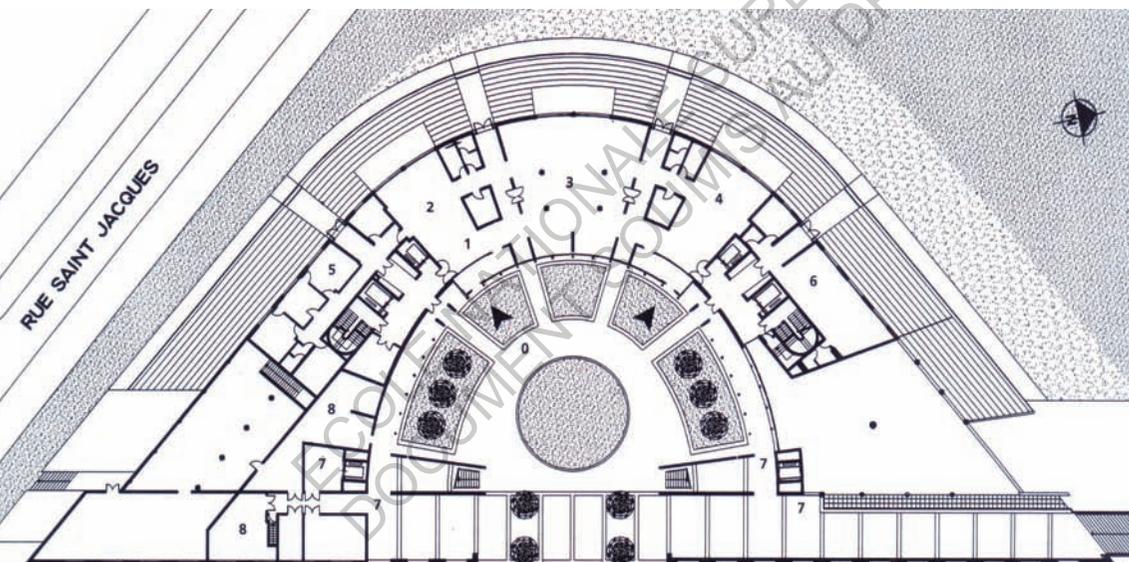
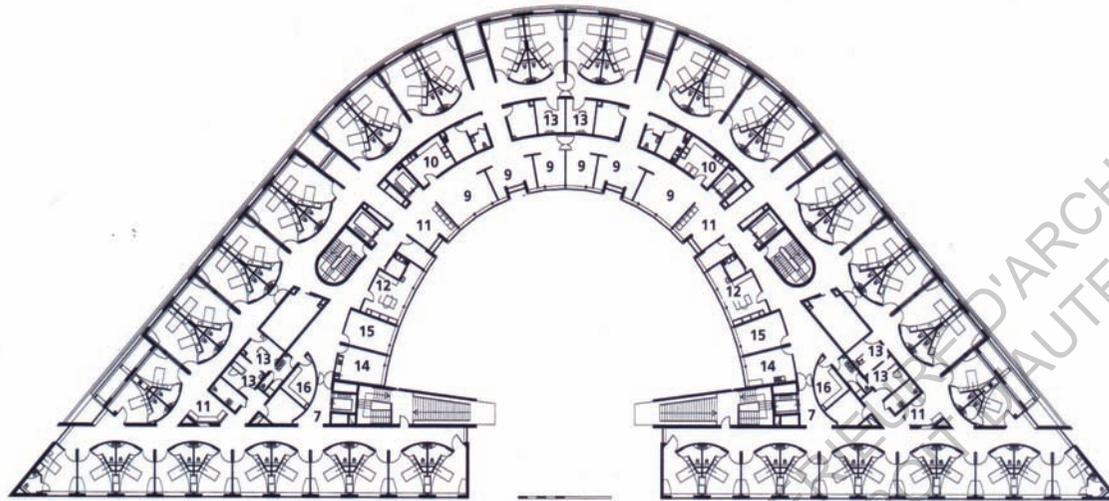
• Unité de soins de longue durée, Nantes

Fiche technique:

Programme: 184 lits de soins de longue durée
 Surfaces: 9761 m² (shon)
 Maître d'œuvre: AIA (architectes et ingénieurs associés)
 Maître d'ouvrage: Centre hospitalier régional de Nantes
 Adresse: Hôpital Saint-Jacques, Maison de long séjour Pirmil, 85 rue Saint Jacques, 44000 Nantes
 Livraison: Juillet 1994

Implantation:

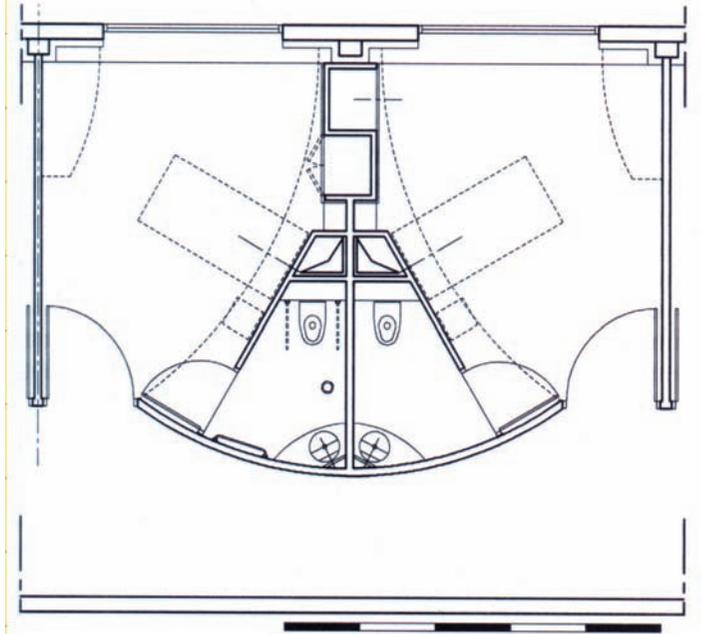
Campé au bord de la Loire, sur la rive sud de Nantes, le bâtiment se dresse face à une importante station de tramway et de bus. D'où un paysage et une animation urbaine particulièrement attractive pour des patients en quête de mouvements.



Plan R+1
 <-----

Plan RDC
 <-----

Plan type
 ----->



Caractères architecturaux:

Les concepteurs de cet édifice ont su tirer parti de cette «animation», et ont conçu le bâtiment selon un plan demi-circulaire, largement ouvert sur le paysage par des grandes fenêtres, qui s'inscrivent dans une dynamique horizontale en façade. Celle-ci s'orne d'une «casquette», élément qui unifie la façade tout en soulignant son caractère horizontal.

Le plan adopte un classique du domaine hospitalier: une double circulation autour d'une zone de service sans éclairage naturel. La boucle ainsi créée permet aux personnes désorientées de circuler librement en amoindrissant les risques de se perdre...

Les trois étages sont organisés en cinq unités de trente-six lits. Chacune est autonome, et la plupart des chambres sont orientées à l'Est, sur les stations et la Loire, tandis que le côté donnant sur l'intérieur de l'hémicycle est réservé aux espaces collectifs (offices, salles de séjours, salles à manger, postes de soins, salles de bains...).

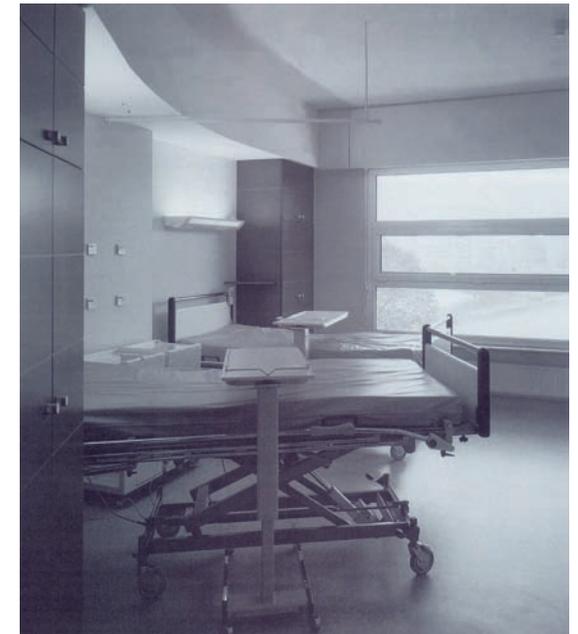
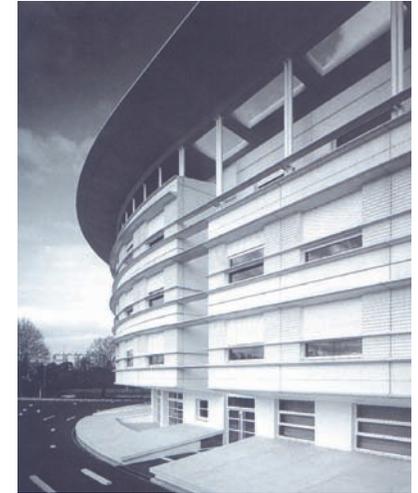
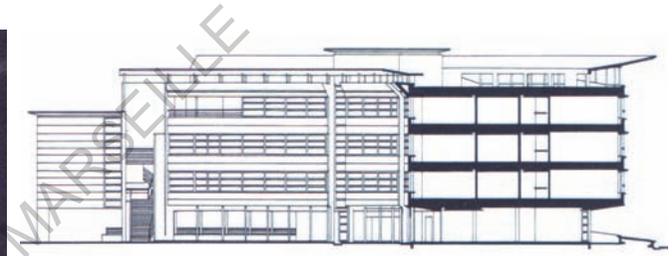
Le parti architectural, très porté sur les courbes comme moyen de dynamiser le lieu, est poussé dans tous les détails: toutes les chambres s'articulent sur des structures courbes, effet qui se répercute dans les circulations.

Aspect social:

Elaboré en impliquant le personnel dès la conception, c'est un véritable «projet de vie» qui s'est mis en place, et le service comprend notamment un aspect animation et services propres normalement aux maisons de retraités. Cet aspect prend toute son importance quand on sait que le tiers des personnes accueillies sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit un peu plus de soixante personnes.

Cependant, les espaces de vie collective et de liens avec les familles ont été placés au rez-de-chaussée pour inciter les personnes à se déplacer, mais cette possibilité n'est utilisée au final que par la minorité la plus autonome, et ces espaces sont du coup trop coupés de la vie quotidienne.

© source [01]



● Maison de retraite, La Chapelle-Saint-Mesmin



Programme: Réhabilitation d'une maison de retraite pour personnes âgées dépendantes (160 lits) et équipements socioculturels

Surfaces: 7500 m² (shon)

Maître d'œuvre: Philippe Alluin et Jean-Paul Mauduit, architectes

Maître d'ouvrage: Centre hospitalier régional d'Orléans

Adresse: Maison de retraite, 3, rue Hauts 45380 La Chapelle-Saint-Mesmin

Livraison: Juin 1992



Implantation:

Les bâtiments sont sur trois niveaux et forment une composition symétrique et orthogonale, articulé entre un quartier pavillonnaire et un grand parc qui surplombe les berges de la Loire.

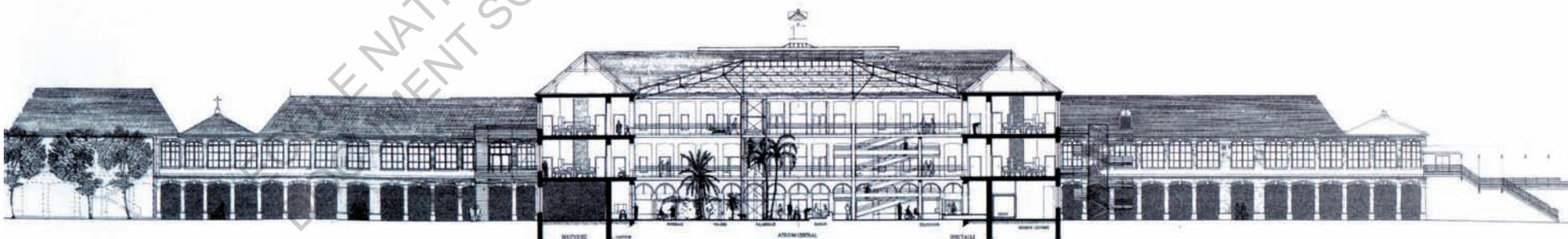
Caractères architecturaux:

La structure générale du bâtiment est celle de l'ancien hospice, une division longitudinale du bâtiment entre une circulation de deux mètres et une salle d'une dizaine de mètres de large. Pour répondre aux exigences de sécurité, des passerelles et escaliers de secours (métalliques) ont été placés en façade.

Toute la vie de l'établissement s'articule autour de la cour du cloître, transformée en atrium couvert d'une verrière. Le challenge des architectes, dont le budget était excessivement serré, était de concevoir des chambres collectives tout en respectant l'intimité de chacun. Pari en parti relevé, avec un système astucieux de cloisons biaisées qui évitent le face à face; ces cloisons enserrant des salles d'eau pour deux personnes, et chacun à son propre lavabo. Les chambres sont éclairées directement par la façade et en partie en second jour par le biais de l'atrium.

Au rez-de-chaussée, on trouve les services généraux, implantés autour de l'atrium, qui reçoit une salle polyvalente, une volière, une cafétéria, etc...

La diversité des matériaux employés est justifiée par les architectes comme un moyen d'effacer les connotations hospitalières, et d'accentuer la mise en scène de la vie collective plutôt que sur le handicap.

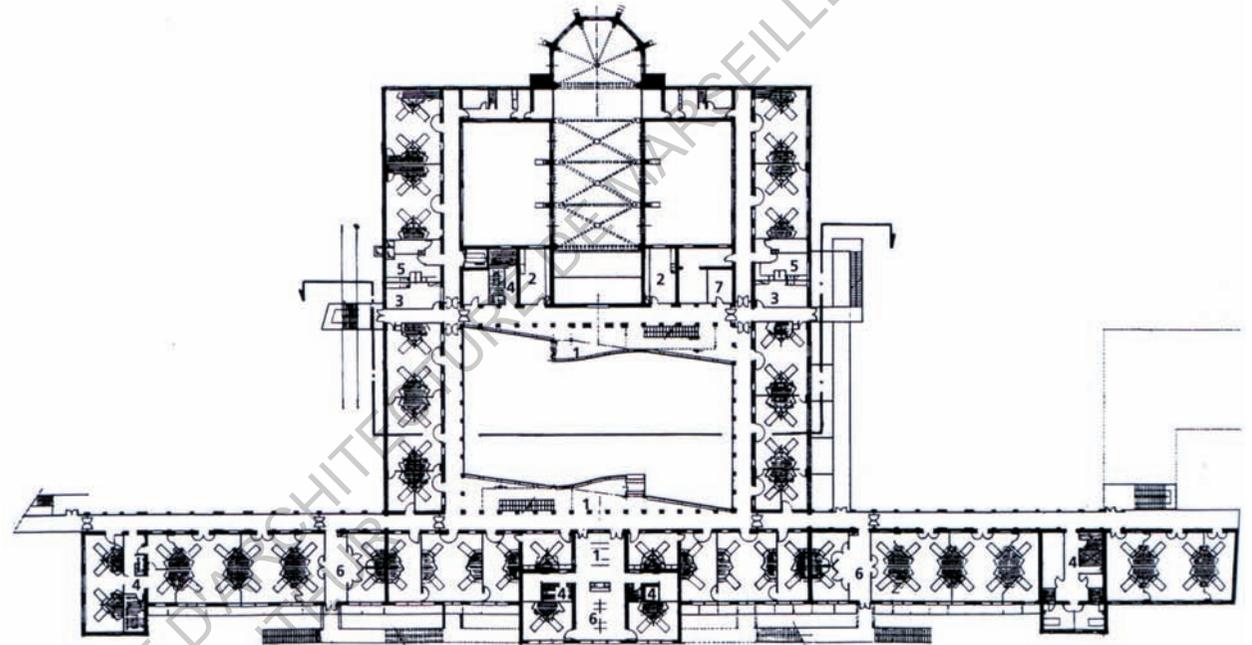


Aspect social:

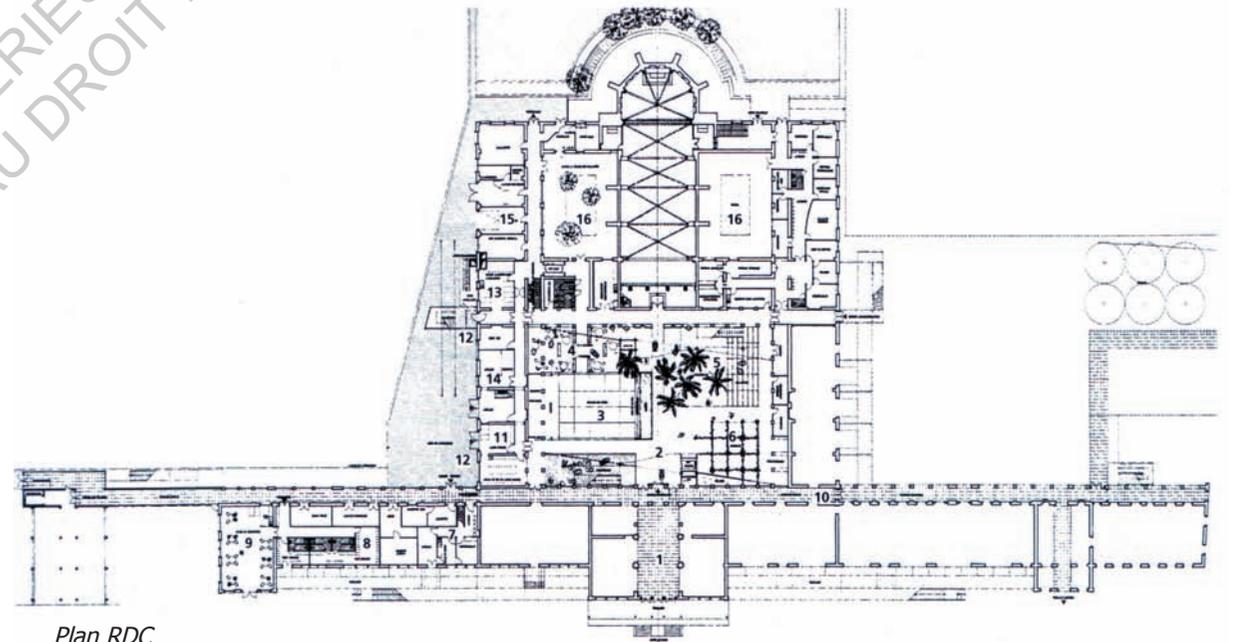
Installé dans le cloître d'un ancien séminaire datant de 1845, cet ancien hospice se composait de vastes salles communes de trente à quarante lits (!!!). Dans le but d'humaniser ce site, l'option retenue pour la transformer en maison de retraite fût de créer des chambres de dimensions plus réduite. Au final, 40% des chambres sont à quatre lits, 30% à deux lits, et 30% individuelles. Les chambres individuelles sont les plus demandées par les familles, mais les utilisateurs des chambres collectives semblent malgré tout satisfaits et trouvent que les chambres à quatre lits sont plus agréables; ils regrettent cependant que l'allocation logement ne soit accordée qu'aux pensionnaires des chambres à un ou deux lits, mais c'est là une des merveilles de nos administrations...

Avec le recul, ce projet peut se targuer d'avoir apporté une amélioration tangible, puisque malgré une moyenne d'âge de 89 ans et une population très dépendante (60% ne mange pas sans aide), la mortalité a sensiblement baissé depuis la réhabilitation.

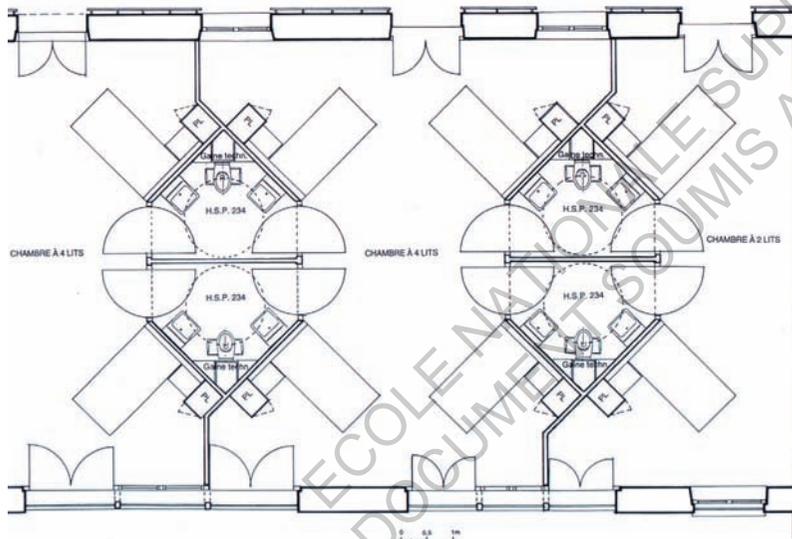
© source [01]



Plan étages



Plan RDC



Plan type

I - F : Éléments de programmation

Programmes de références

Les exemples de programmes type suivant tels qu'ils sont communiqués sont le résultat de compilations de différents projets, et même s'il peuvent servir de références, il n'ont aucun caractère obligatoire.

- Programme de référence d'une maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (**MAPAD**)

Les surfaces sont données en m ²	Quantité	Surface Unitaire	Surface totale (Fourchette haute)
Accueil - Administration			106
Hall	1	30	30
Accueil - Standard	1	10 à 15	15
Secrétariat	1	12 à 15	15
Bureau de direction	1	15 à 18	18
Salle de réunion	1	20 à 25	25
Sanitaires du personnel	1	3	3
Sanitaires des visiteurs	1	3	3
Consultation - soins			181
Salle d'attente	1	10 à 18	18
Secrétariat médical	1	15	15
Bureau du médecin	1	18	18
Bureau polyvalent	1	10 à 15	15
Kinésithérapie	1	60 à 90	90
Chambre de garde	1	15	15
(comprenant salle d'eau)	par niveau		
Sanitaires des résidents	1	7	7
Sanitaires du personnel	1	3	3
Vie communautaire			550
Salle à manger	1	40 à 60	60
Cuisine centrale (si pas de liaison froide)	0	50 à 80	80
Office (liaison froide)	1	20 à 40	40
Salon	1	20 à 80	80
Cafétéria	1	15 à 50	50
Espace pour enfants	1	10 à 18	18
Salon de coiffure	1	12 à 18	18
Lieu de culte	1	20 à 40	40
Salle polyvalente	1	50 à 150	150
Chambres d'hôtes	2	22	44
(2 lits + cabinet de toilettes)			
Salle d'ergothérapie	1	40 à 100	100
Réserve pour activités	1	4 à 10	10
Atelier cuisine	1	20	20
Sanitaires des résidents	2	7	14

Hébergement (unité de 40 lits)			1070
Chambres individuelles (y compris salle d'eau)	40	16	640
Salles d'eau	40	4	160
Salon	1	40	40
Salle à manger	1	50	50
Office	1	12 à 16	16
Salle de bains collective	1	12 à 15	15
Sanitaires collectifs des résidents	4	7	28
Lingerie (propre)	2	8	160
Locaux linge sale (colonne)	2	4	8
Dépôt et local ménage	2	6	12
Local fauteuils roulants	1	5	5
Bureau du cadre infirmier	1	12	12
Poste infirmier	1	40	40
Vestiaires + sanitaires du personnel	1	20	20

Unité de vie pour 15 personnes désorientées			478
Chambres à 1 lit	15	16	240
Salles d'eau	15	4	60
Salon	1	20	20
Salle à manger	1	40	40
Office	1	10 à 16	16
Salles de bains collectives	1	10 à 15	15
Sanitaires collectifs	2	7	14
Lingerie (propre)	1	10	10
Locaux linge sale (colonne)	1	4	4
Dépôt et local ménage	2	6	12
Local fauteuils roulants	1	5	5
Bureau du cadre infirmier	1	12	12
Poste infirmier	1	30	30
Vestiaires + sanitaires du personnel	1	15	15

Services généraux			429
Service mortuaire	1	40	40
Lingerie et dépôt linge propre	1	20	20
Dépôt central linge sale	1	10	10
Archives	1	20 à 40	40
Bagagerie	1	40 à 80	80
Réserve	1	30	30
Salle à manger du personnel	1	30	30
Vestiaires + sanitaires du personnel	2	12	24
Atelier	1	15 à 25	25
Garage	1	15 à 30	30
Local poubelles	1	10 à 20	20
Chaufferie	1	30 à 40	40
Local technique	1	10 à 40	40

Autres fonctions		
Foyer pour accueil de jour		60 à 80
Balnéothérapie		20 à 120

- Exemple de programme de **logements-foyer**:

Les surfaces sont données en m ²	Quantité	Surface Unitaire	Surface totale (Fourchette haute)
Accueil - Administration			
Hall avec accueil	1	35	35
Secrétariat	1	12	12
Bureau de direction	1	15 à 15	15
Sanitaires du personnel	1	3	3
Sanitaires des visiteurs	1	5	5
Consultation - soins			
Infirmierie	1	12	12
Studio de garde (T1, y compris salle d'eau)	1	20	20
Vie communautaire			
Salle à manger et de loisirs	1	110	110
Cuisine collective	1	40	40
Office (liaison froide)	1	10	(si pas de cuisine)
Salon	1	10 à 30	30
Tisaneries	2	15 à 23	46
Salle d'ergothérapie	1	20	20
Réserve pour activités	1	8	8
Sanitaires des résidents	2	7	14
Salles de bains collectives	2	10 à 12	24
Buanderie des résidents	1	15	15
Hébergement (pour une unité de 40 studios)			
40 studios (T1 bis) de 30 m ² minimum	40	30	1200
Logement de fonction de 4 pièces	1	91	91
Locaux linge sale	2	8	16
Dépôt de matériel et locaux ménage	2	8	16
Services généraux			
Lingerie et dépôt linge propre	1	20	20
Dépôt central linge sale	1	10	10
Archives	1	10 à 20	20
Bagagerie	1	20 à 40	40
Réserve alimentation	1	20 à 30	30
Salle à manger du personnel	1	20	20
Vestiaires + sanitaires du personnel	2	12	24
Atelier	1	15 à 25	25
Garage	1	15 à 30	30
Local poubelles	1	10 à 20	20
Chaufferie	1	20 à 40	40
Local technique	1	20 à 40	40
Autres fonctions			
Chambres d'hôtes (2 lits + cabinet de toilettes)	2	22	44
Espace de jeux pour enfants	1	10 à 18	18
Salon de coiffure indépendant	1	12 à 18	18
Lieu de culte oecuménique	1	20 à 40	40



- **Programme supplémentaire:**



- Terrain de jeux miniatures pour les enfants
- Espace de jardinerie (jardinière haute pour ne pas se baisser) (proximité visuelle restaurant)
- Espace d'horticulture en rapport avec l'entrée.
- Espace cuisine collective
- Espace fumeur
- Bibliothèque / bookcrossing / nouvelles technologies
- Salle de bricolage
- Un dojo pour apprendre à chuter sans se blesser
- Une tisanderie en rapport avec un jardin japonais.
- Salle de sport / rééducation / balnéothérapie
- Un cagadou pour les animaux de compagnie
- Un lieu de culte oecuménique lumineux
- Des espaces vert balisés
- Des espaces boisés appropriables / sécurisés

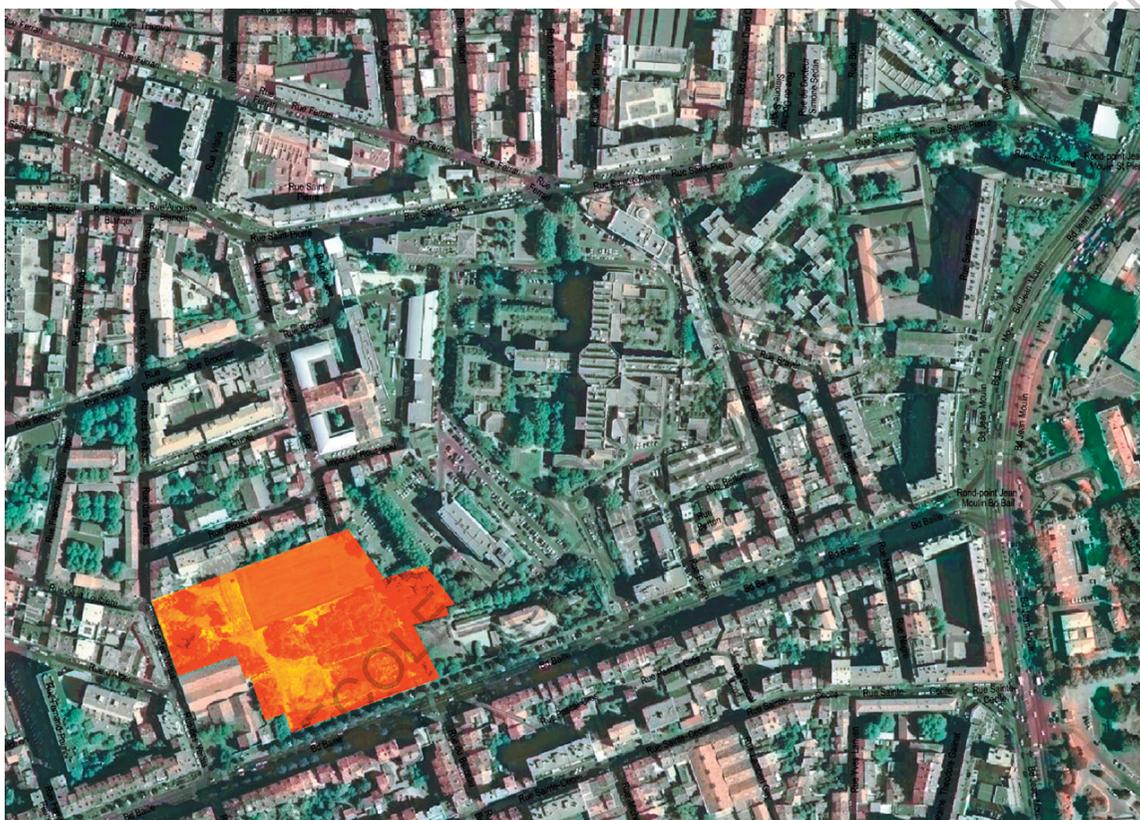
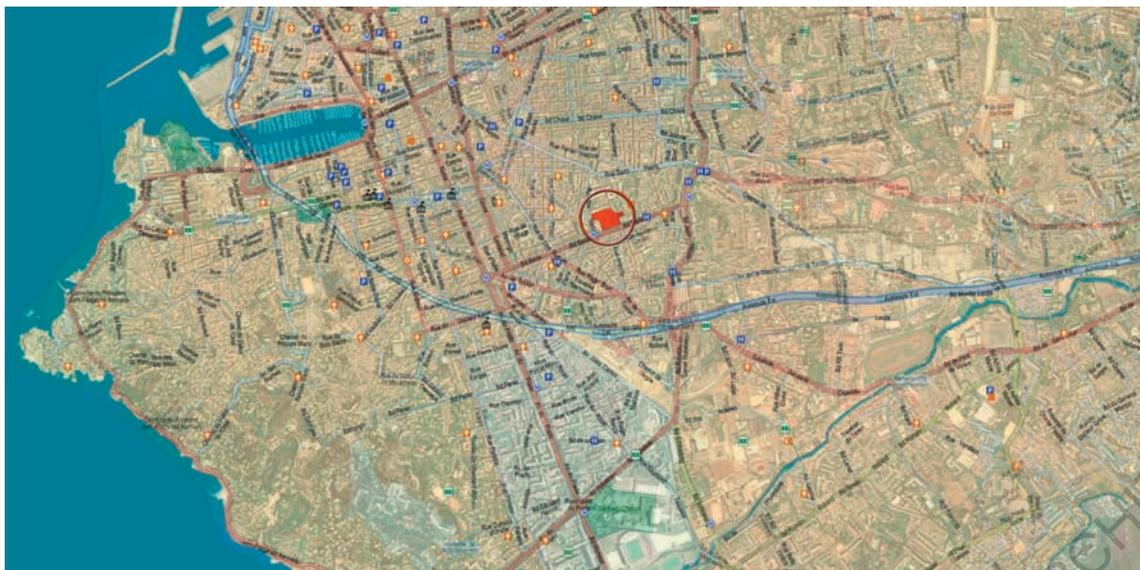
- **caractères architecturaux fonctionnels:**

- Des unités de vie ne dépassant pas 40 personnes, idéalement de 15 à 20 pensionnaires par unité: la gestion par le personnel en est facilitée.
- Circulation circulaire (promenade intérieur / extérieur) tant pour la lisibilité des parcours que pour répondre aux problèmes d'orientation des personnes désorientées.
- Des espaces intimes pour 4 ou 5 personnes - intérieur / extérieur: appropriation de l'espace et espaces de rencontres
- Ascenseurs de type U, et éloignés pour favoriser les escaliers ergothérapeutiques (pente douce)
- La vue sur la rue depuis leurs lits pour les sections médicalisables.
- Des portes adaptées
- Une gestion des signaux électriques et sécuritaires à portée facilitée.
- Des douches sans rebords
- De la domotique intégrée, (porte automatique à déclenchement long...)
- Une signalétique adéquate: de grandes lettres et des codes couleurs pour les malvoyants, des indications reprises aux sols pour les bossus...
- Des sols anti-chutes
- Une conception rationnelle sans être hospitalière, logique sans être réductrice, complète sans être pesante...

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

II - Approche du projet

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR



II - A : Choix du site

Présentation générale (plan et photo aérienne)

En plein cœur du centre ville de Marseille, dans le 5^{ème} arrondissement, le site choisi se trouve le long du boulevard Baille, entourant son angle avec la rue des Vertus.

Très vaste, il se compose de plusieurs parcelles appartenant toutes à l'assistance publique. La surface théorique dépasse les 24600 m², mais la zone d'investigation réelle est moindre en tenant compte de la préservation d'éléments comme le petit stade ou le parking de l'hôpital.

Historique:

D'après les témoignages des habitants du quartier, ce site a accueilli des locaux de l'assistance publique, tenus par des sœurs jusqu'en 1991 (dates approximatives).

Le bâtiment a ensuite été désaffecté, puis squatté par des SDF et des sans-papiers. En 1993, ceux-ci sont évacués par les forces de l'ordre, et le bâtiment rasé. Divisé en deux parcelles, la moitié du site longeant le boulevard baille est demeurée un terrain vague, tandis que la deuxième partie, à l'arrière, s'est transformée en un vaste parking d'appoint pour l'hôpital de la conception.

Voir aussi, en annexe V-B, les extraits de registre et de plan cadastral.

Pertinence de l'implantation

Situé en liaison directe avec les parcelles de l'hôpital de la conception, celui-ci se révèle totalement nécessaire en matière de suivi des patients âgés, le service gériatrie n'ayant aucune unité de soins de longue durée. « Ils restent pas longtemps ici, ça dépasse pas trois mois! » dit le personnel...

Dans le centre ville de Marseille, spécialement dans le 5^{ème} arrondissement, le manque de places et de lits spécifiques pour les personnes âgées est particulièrement élevé.

Ainsi, le plan gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône montre Marseille centre comme présentant un déficit important à l'horizon 2004, et le classe comme zone prioritaire (extrait ci-contre).

De tous les cantons, Marseille centre est celui qui cumule à la fois le plus faible taux d'équipement existant, et le plus faible taux d'équipement prévisionnel...

Une localisation pertinente de la capacité

Les projections démographiques ont été établies sur quatorze secteurs afin que les capacités nouvelles à créer s'inscrivent dans une logique de proximité. Sur chacun de ces secteurs, a été calculée une estimation (par projection démographique) du taux d'équipement à capacité constante (1998) à horizon 2004.

Les secteurs ont ainsi été répartis en trois catégories :

- secteurs présentant un déficit important à l'horizon 2004 : A ;
- secteurs présentant un déficit modéré à l'horizon 2004 : B ;
- secteurs ne présentant pas de déficit à l'horizon 2004 pour la satisfaction de la demande locale : C.

En conséquence, les créations ont été orientées prioritairement vers les premiers.

Le bilan de l'évolution des taux d'équipement sur les secteurs est le suivant :

Secteur	Taux d'équipement prévisionnel 2004 (hors créations schéma 1999-2004)	Classement	Taux d'équipement actuel
Pays d'Aix	157	C	126
Gardanne	90	A	136
Salon	106	B	111
Arles Crau et Camargue	76	A	120
Durance Alpilles	157	C	165
Istres	95	B	101
Marignane	54	A	61
Martigues	39	A	70
Vitrolles	158	C	163
Aubagne	206	C	216
La Ciotat	99	B	99
Marseille Nord-Est	125	C	128
Marseille Centre	38	A	50
Marseille Sud-Est	84	B	128

Il se dégage de ce tableau que de fortes inégalités territoriales demeurent en terme de possibilité de satisfaction de la demande locale.

© source: Plan gérontologique départemental, Conseil général, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, décembre 2003

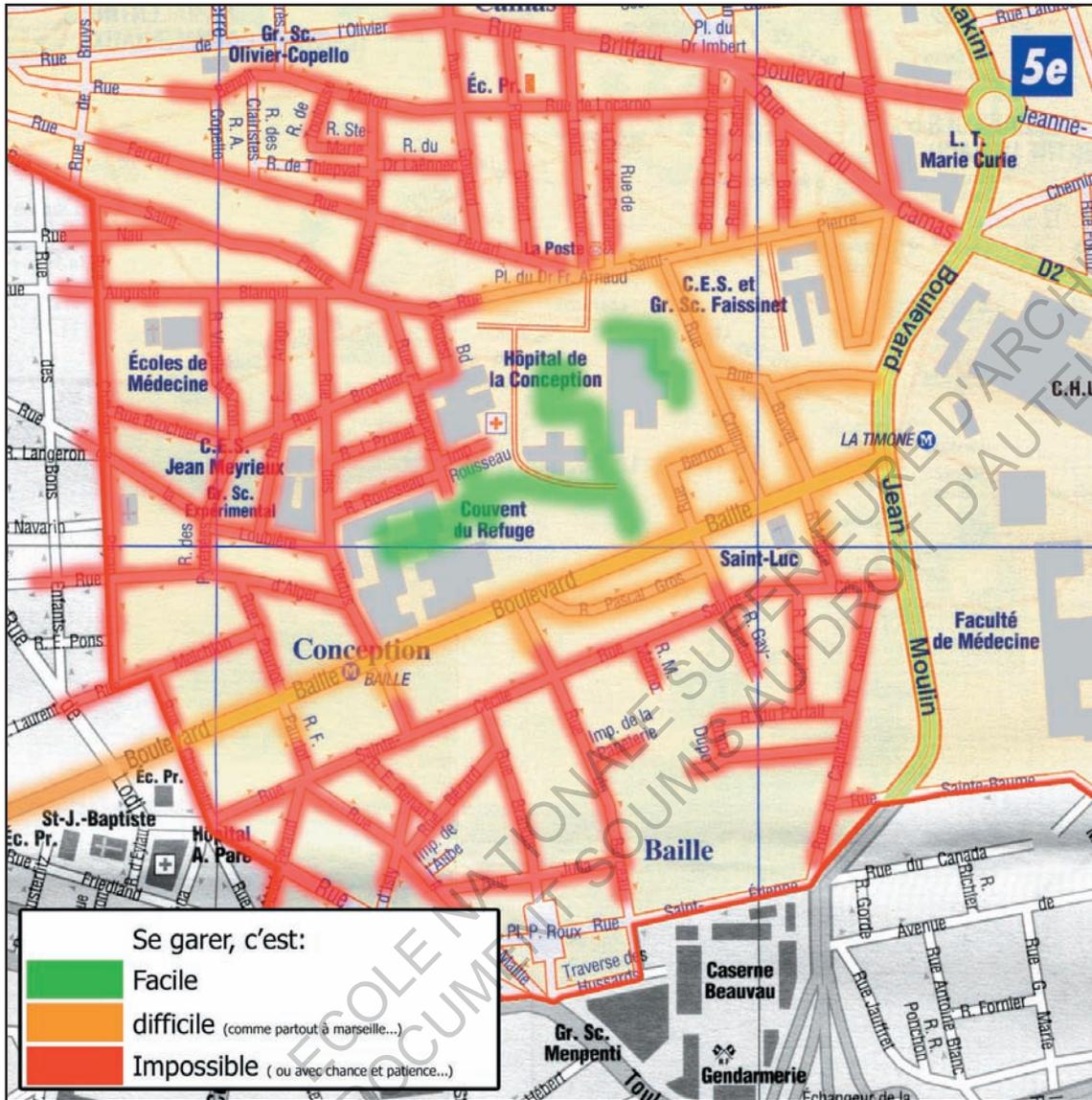
II - B : Analyse de site

Insertion dans la ville

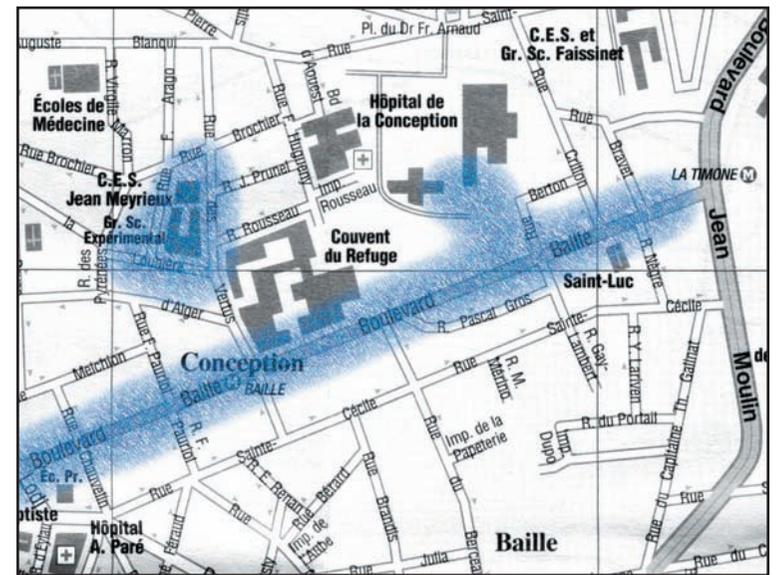
Le site se trouve à l'emplacement de l'ancien couvent du refuge, et bien que celui-ci soit rasé depuis bientôt une dizaine d'années, la plupart des cartes et autres plans ne répercutent pas l'absence de bâti sur cette parcelle.

La carte ci-contre, totalement subjective, se veut représentative d'un des plus gros problèmes du 5ème arrondissement, à savoir la difficulté de se garer. Comme tout l'hypercentre marseillais, les rues sont entièrement congestionnées par le manque de places. Situation d'autant plus étonnante quand on se retrouve face au parking secondaire de l'hôpital, en plein coeur du quartier mais masqué par de hauts murs, et dont les 10 000 m2 sont déserts...

La carte ci-dessous illustre sommairement les deux principales zones de nuisances sonores jouxtant le site. La première source de bruits étant la circulation automobile



Zones de stationnement alentours



Zones de nuisances sonores

Un centre de vie pour retraités: une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées

sur le boulevard Baille, axe majeur du centre ville, où la nuisance est encore amplifiée par les allées et venues des véhicules de pompiers se rendant à l'hôpital, et ce de jour comme de nuit. La deuxième source de nuisances est beaucoup plus tolérable, s'agissant des heures de récréations des établissements scolaires sur la rue des Vertus.

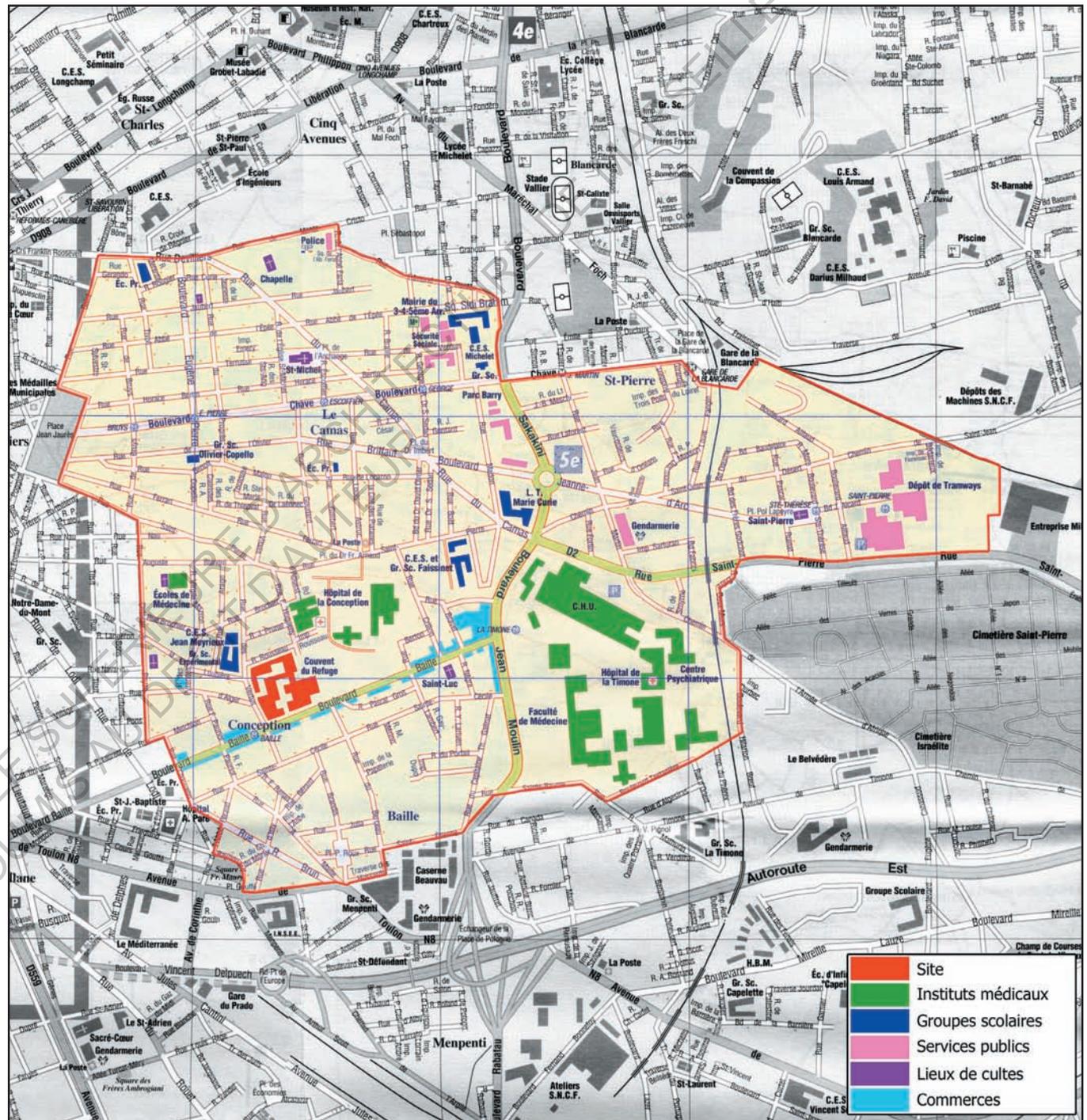
La carte de droite recense les différents services disponibles dans le 5ème arrondissement. Les services médicaux, en grand nombre dans le quartier, ne sont pourtant pas équipés ou très peu pour l'accueil spécifique des personnes âgées, mais leur proximité peut néanmoins favoriser des opérations du type «hospitalisation à domicile», qui ont le net avantage de réduire les traumatismes psychologiques des personnes âgées à soigner.

De nombreux groupes scolaires sont à proximité, on peut espérer raisonnablement que cela peut favoriser d'éventuelles rencontres avec les grands parents, notamment avec une bonne accessibilité aux services de restaurations.

Peu de services publics à proximité, mais la présence d'une entrée de métro à 50 mètres du site devrait néanmoins permettre une bonne mobilité des résidents, d'autant que les lignes de bus passants sur baille sont nombreuses et ont une bonne fréquence.

Les lieux de cultes sont assez divers dans le 5ème, bien que de taille modeste ou d'accessibilité difficile pour les plus proches.

Les commerces sont quant à eux assez nombreux et variés tout le long du boulevard Baille, et devrait inciter plus facilement les résidents à se déplacer.



Un centre de vie pour retraités: une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées

Enfermé, enclavé, dissimulé, en impasse... quel est donc ce non-lieu au milieu de la ville? Protégé des regards du citadin par de hauts murs, les ruines fusionnent avec le terrain vague qu'elles jonchent... Pourtant, de par sa taille qui couvre la surface d'un gros îlot urbain, le site cultive une complexité et des problématiques qui lui confère par la-même un formidable potentiel à l'échelle urbaine.

Insertion dans le quartier

Au sud: le boulevard Baille

C'est essentiellement au sud, à travers sa liaison avec le boulevard Baille, que le site tisse ses liens les plus forts avec la ville.

La plupart des commerces les plus fréquents s'y retrouve, et peuvent répondre à tous les besoins quotidiens ou usuels (alimentaires, médicaux, loisirs, services...). On trouve même un supermarché à moins de cinq minutes à pieds.





Une rupture permanente...

Le site et ses environs direct sont une fracture au cœur de la ville. Le déséquilibre s'exprime sur deux axes: dans le sens Est-Ouest avec un rapport de masse entre le quartier et la parcelle qui les met de facto en opposition (ci-dessus), et dans le sens Sud-Nord avec la perspective sur la Timone, dont l'immensité accentue encore l'effet de «creux» de cet îlot (en haut à droite).

En dépit de la hauteur des murs longeant la parcelle, le vide que l'on ressent sur cette portion de Baille est particulièrement criant. D'instinct, on comprends que seule deux solutions sont valables: tomber le mur et créer un parc urbain, pour transformer ce «vide étouffé» en une respiration, ou bien replacer un volume bâti conséquent pour rétablir un certain équilibre entre les deux cotés de la rue.

Rupture des volumes, mais également rupture typologique: l'habitat classique Haussmannien qui catégorise le tissu de ce quartier ne trouve pas de continuité une fois passée la rue des Vertus (photo intermédiaire). Cette rupture étant globale passé ce seuil, puisque tous les bâtiments qui suivent sont de facture moderne, il ne semble pas qu'une typologie particulière s'impose plus qu'une autre.

Le site est aussi avantage par rapport aux réseaux de transports: un arrêt de bus à 10 mètres et une station de métro à moins de 50 mètres...





A l'ouest: La rue des vertus

Sur la partie Nord-Ouest du site se trouve un petit stade, dont l'accès se fait de deux façons; soit par la rue des vertus (à gauche), au creux d'un mur aveugle et négligé, soit en coupant par la zone tampon qui relie le stade au boulevard Baille (ci-dessous).

Ce mur, au même titre que ceux longeant le boulevard Baille, est une véritable obturation tant d'un point de vue visuel que sémantique: son aspect et sa hauteur sont tout à fait symbolique de l'état de l'îlot qu'il enserre: rugueux, imposant, abandonné, impersonnel.

La zone ci-dessous fait partie de la parcelle du site, en impasse sur le stade, et se voit fermée la nuit. Elle assume une stricte fonction de liaison avec le stade, et n'est pas utilisée autrement malgré sa surface importante. Spatialement, c'est également une zone intermédiaire entre l'espace principal de la parcelle et les hangars qui bordent la rue des Vertus. Cette fonction de tampon semble intéressante à conserver si on considère l'aspect repoussant des clôtures des hangars qui s'insèrent dans l'îlot.



Au nord: l'habitat de la rue Rousseau

Du tissu d'habitat, aux volumes irréguliers, longent le nord de la parcelle, avec un certain recul pour les bâtis les plus bas. La mitoyenneté sur cette limite-là devrait s'en trouver plus facile à gérer, d'autant que la végétalisation déjà existante (sur et au-delà du mur) ne demande qu'à être renforcée.

Comme il est facile de le vérifier sur le panoramique ci-dessous, le parking est absolument désert la plupart du temps, alors qu'il aurait suffi d'ouvrir l'impasse de la rue Hugueny (ci-contre) pour «aérer» le quartier du point de vue des stationnements.

Des haies d'arbres assez fournies marquent la séparation avec le parking usuel de l'hôpital de la Conception, où l'on trouve logiquement un accès direct aux circulations de l'hôpital; même si le projet prévu ne se pose pas comme une annexe médicale, cette proximité se veut rassurante pour les personnes à la santé fragilisée.

La brutalité du traitement de l'impasse sur la rue Hugueny souligne une fois de plus la volonté de murer et d'abandonner ce site. C'est pourtant un axe fort: la voie qui est murée est le seul lien tangible avec l'intimité du quartier, le seul accès viable depuis le nord de la parcelle, si on néglige l'accès à la conception qui reste un axe de lien pratique et non pas de lien social.





A l'Est: La conception

Au niveau des rapports de masse à l'échelle urbaine, on observe une prédominance des hôpitaux, particulièrement celui de la Conception (en bas à gauche), dont la grande hauteur et le volume phénoménal écrase littéralement le quartier dans son ensemble.

Une barrière végétale existe sur toute la limite Est de la parcelle (ci-dessous), ce qui permet d'occulter en grande partie cette présence envahissante. Ces quelques arbres adultes sont donc assez salvateurs, et de plus, si l'ampleur de ce bâtiment est une gêne, il faut aussi prendre en compte que la vue sur un hôpital n'est pas des plus réjouissantes. Sur la partie Sud-Est, derrière la même barrière végétale se trouve un petit ensemble d'habitat collectif abrité de la ville et très en retrait de la parcelle.

Il semblerait donc logique de non seulement conserver mais encore de renforcer cette végétation.



Analyse de site

De l'ancien couvent du refuge, il ne reste que quelques ruines, vestiges de fondations et autres décombres. Le reste du terrain est retourné à l'état sauvage, et excepté quelques carcasses métalliques, il ne semble pas qu'il y ait de pollution particulière.

Les traces laissées par les squats successifs sont mineures et ne présente pas de souillures autres que quelques tags.

A l'heure actuelle, une partie du site devrait accueillir des locaux provisoire pour un collège voisin, et des travaux sont en cours; (fin prévu pour juillet 2004, mais les travaux ont commencé en septembre...).

Des traces de forages sont visibles, il semble que le bon sol soit assez profond, sous réserve de vérification auprès des géomètres. Le terrain étant très argileux, il conviendra de ramener de la bonne terre dans l'optique d'éventuelles végétalisation sur site. De telles initiatives seraient les bienvenues, l'ensemble du quartier manquant cruellement d'espaces vert et de végétaux.

Dans l'ensemble le terrain semble très plat, et ne présente pas de dénivellation autre que le vaste terre-plein central, certainement le soubassement du bâtiment principal de l'ancien couvent.





Au Sud, le mur longeant le boulevard Baille se dresse comme un rempart, mais n'est pourtant qu'un cache-misère. Deux vestiges de portes y résident, la première (ci-contre à droite) possède une certaine valeur esthétique avec son arc en ogive, et semble d'autant plus intéressante à conserver qu'elle est la seule trace viable de l'histoire de ce lieu, le couvent du refuge ayant été rasé.

A l'ouest, une limite se marque avec un chemin qui rejoint le petit stade (ci-dessous), mais cette clôture n'a rien d'officiel, et la parcelle inclut aussi bien le chemin que le stade.



Au Nord de la parcelle se trouvent le petit stade et le parking annexe de l'hôpital.

Comme il a été dit précédemment, le quartier alentour est absolument étouffé par le manque de places de parking, et ce quel que soit l'heure. Pour l'instant, rien n'est prévu pour y remédier, et il semble aberrant de constater que ce parking est absolument vide en week-end et le soir, et ne se remplit qu'à moitié tout au plus certaines journées en pleine semaine.

Le stade connaît une bonne pratique sociale, il y a systématiquement des jeunes footballeurs, c'est donc un élément à conserver, au moins dans sa fonction.

A l'Est, excepté l'accès parking de l'hôpital, se trouve exclusivement des coins végétaux, dont un bosquet exceptionnellement sauvage et verdoyant, surélevé d'environ deux mètres par rapport au niveau général (deux images supérieures).



II - C : Programmation générale

• contexte

L'hôpital adjacent étant sous-équipé en matière de suivi gériatrique, un certain accent devrait être mis sur les équipements médicaux et para-médicaux. Le reste se veut du logement spécialisé, à l'instar d'un logement-foyer, mais en médicalisable et surtout avec un équipement global qu'on ne trouve guère qu'en maison de retraite close.

•le programme définitif...

<i>Les surfaces sont données en m²</i>	Quantité	Surface Unitaire	Surface totale (valeur haute)
Accueil - Administration			161
Hall	1	30	30
Accueil - Standard	1	10 à 15	15
Secrétariat	1	12 à 15	15
Bureau de direction	1	15 à 18	18
Salle de réunion	1	20 à 25	25
Salle à manger et de repos du personnel	1	20 à 25	25
Vestiaires et sanitaires du personnel	1	25 à 30	30
Sanitaires des visiteurs	1	3	3
Consultation - soins			165
Salle d'attente	1	10 à 15	15
Secrétariat médical	1	15	15
Bureau du médecin	1	20	20
Bureau polyvalent	1	10 à 15	15
Kinésithérapie et ergothérapie	1	60 à 90	90
Sanitaires des résidents	1	7	7
Sanitaires du personnel	1	3	3
Vie communautaire			590
Salon	1	20 à 80	80
Office-tisanerie	1	10 à 20	20
Salle polyvalente	1	50 à 150	150
Réserve pour activités	1	4 à 10	10
Atelier & salle de bricolage	2	15 à 25	50
Lieu de culte oecuménique	1	20 à 40	40
Sanitaires des résidents	2	7	15
Espace Fumeur	1	30	30
Chambres d'hôtes (2 lits + toilettes)	1	25	25
Bibliothèque / bookcrossing / nouvelles technologies	1	100	100
Salle de sport / Dojo	1	50	50
Espace pour enfants	1	10 à 20	20

Espace de restauration			217
Salle à manger	1	40 à 60	60
Cuisine centrale	1	50 à 80	80
Atelier cuisine collective	1	20	20
Réserve alimentaire	1	40 à 50	50
Sanitaires des résidents	1	7	7
Hébergement (unité de 25 habitats)	4	1450	5800
T1	10	45	450
T2 (couple)	15	60	900
Salon / entrée	1	40	40
Sanitaires collectifs des résidents	1	10	10
Dépôt et local ménage	1	5	5
Local fauteuils roulants	1	5	5
Poste infirmier / office	1	30	30
Vestiaires + sanitaires du personnel	1	10	10
Espaces extérieurs			180 / +
Terrain de jeux miniatures pour les enfants	1	50	50
Un cagadou pour les animaux de compagnie	1	30	30
Espace de jardinerie (prox. Visu. restaurant)	1	50	50
Espace d'horticulture (prox. Entrée)	1	50	50
Des espaces vert praticables	/	/	/
Aménagements ext. (tables / coin repos)	/	/	/
Des espaces boisés appropriables / sécurisés	/	/	/
Unité de vie pour 15 personnes désorientées			479
Chambres à 1 lit	15	16	240
Salles d'eau	15	4	60
Salon	1	20	20
Salle à manger	1	40	40
Office	1	10 à 16	16
Salle de bains collective	1	10 à 15	15
Sanitaires collectifs	2	7	14
Dépôt et local ménage	2	6	12
Local fauteuils roulants	1	5	5
Bureau du cadre infirmier	1	12	12
Poste infirmier	1	30	30
Vestiaires + sanitaires du personnel	1	15	15
Services généraux			310
Service mortuaire (prox. lieu de culte)	1	40	40
Lingerie et dépôt linge propre	1	20	20
Dépôt central linge sale	1	10	10
Archives	1	20 à 40	40
Bagagerie	1	20 à 40	40
Réserve	1	30	30
Chaufferie	1	30 à 40	40
Local technique	1	10 à 40	40
Local poubelles	1	10 à 20	20
Garage	1	15 à 30	30
Total			7902

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

III - Éléments de projet

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

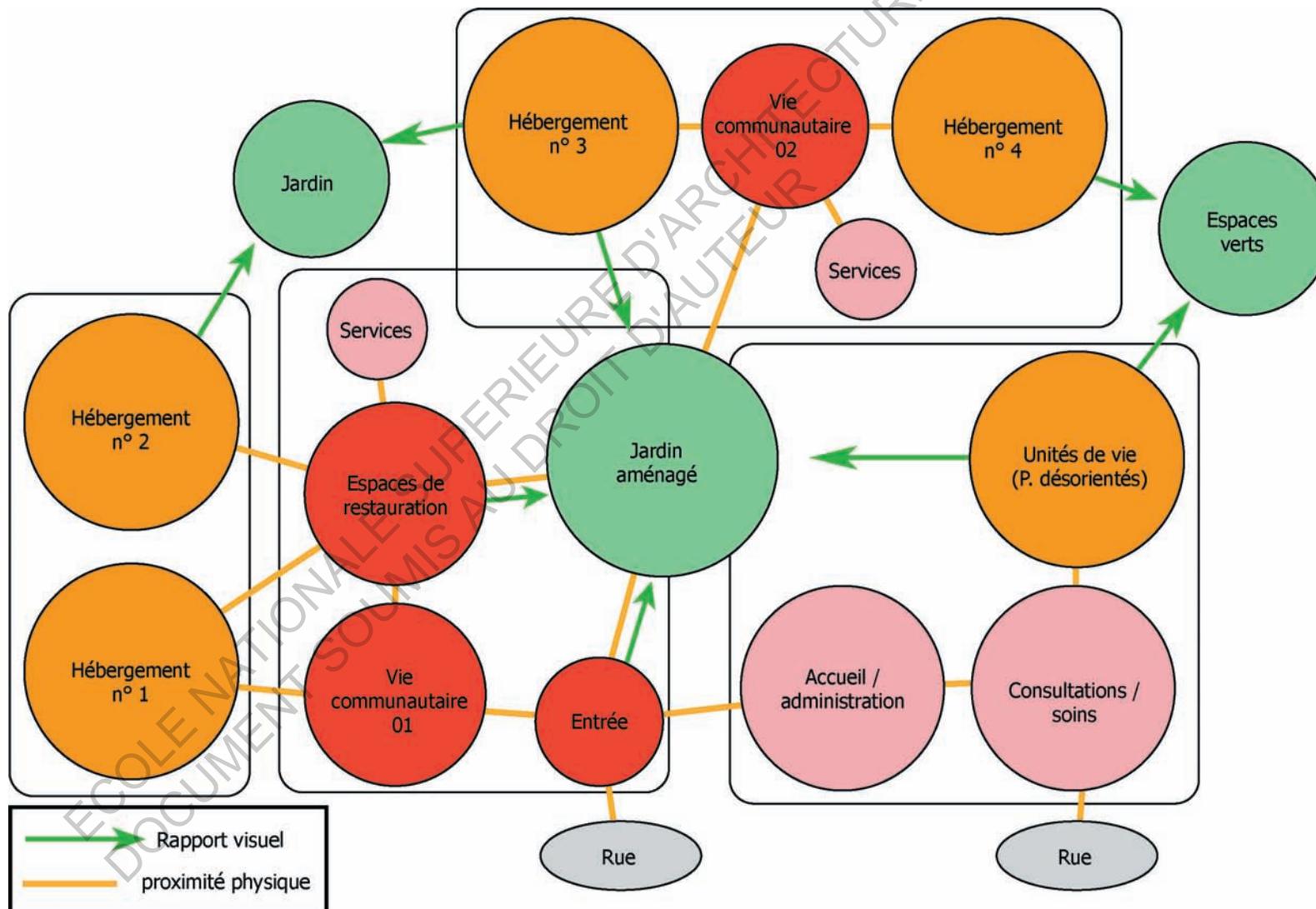
III - A : Organigrammes fonctionnels

Sont présentés ci-après les quelques organigrammes, permettant de mieux appréhender les rapports qui unissent les différents éléments du programme.

Le premier, ci-dessous, reprend les grands ensembles du projet, tandis que les suivants détaillent les rapports fonctionnels au sein de chaque ensemble.

Rappel des surfaces (approximatives):

- Accueil / administration: 160 m²
- Consultations / soins: 165 m²
- Vie communautaire: 590 m²
- Espaces de restauration: 217 m²
- Hébergement: 5800 (4 X 1450) m²
- Espaces extérieurs: 180 m²+ ...
- Unités de vie pour P. désorientés: 480 m²
- Services généraux: 310 m²



Un centre de vie pour retraités: une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées

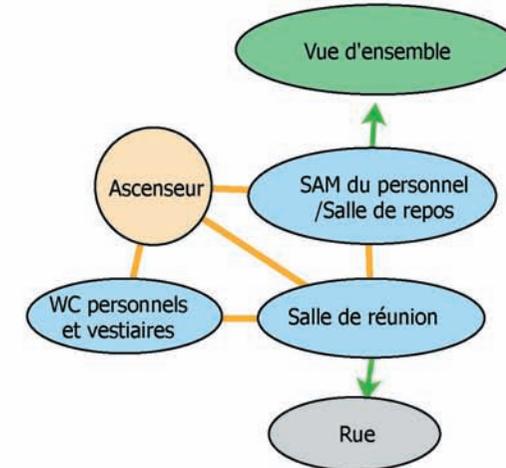
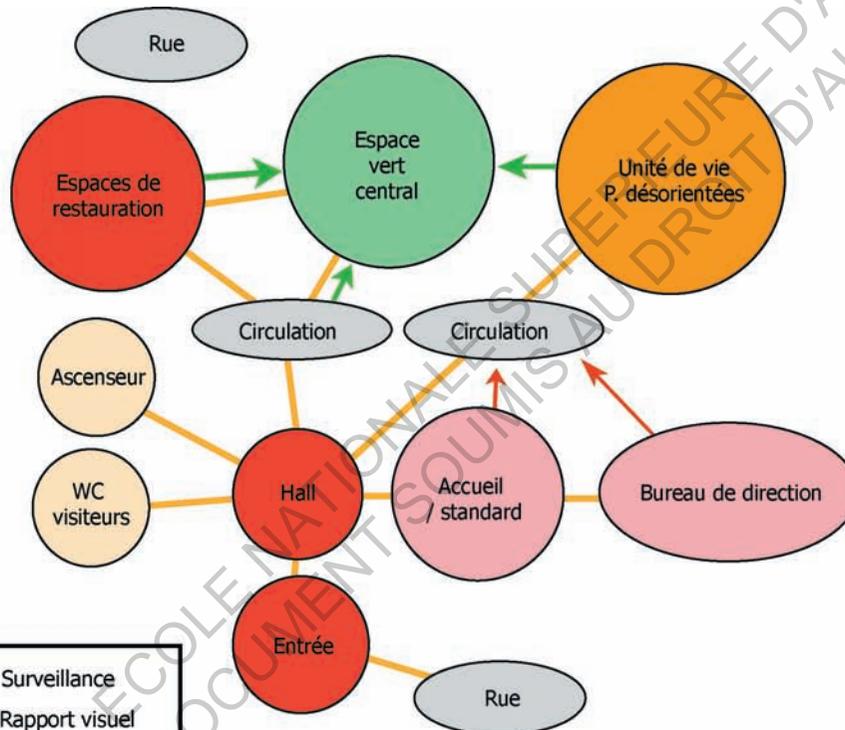
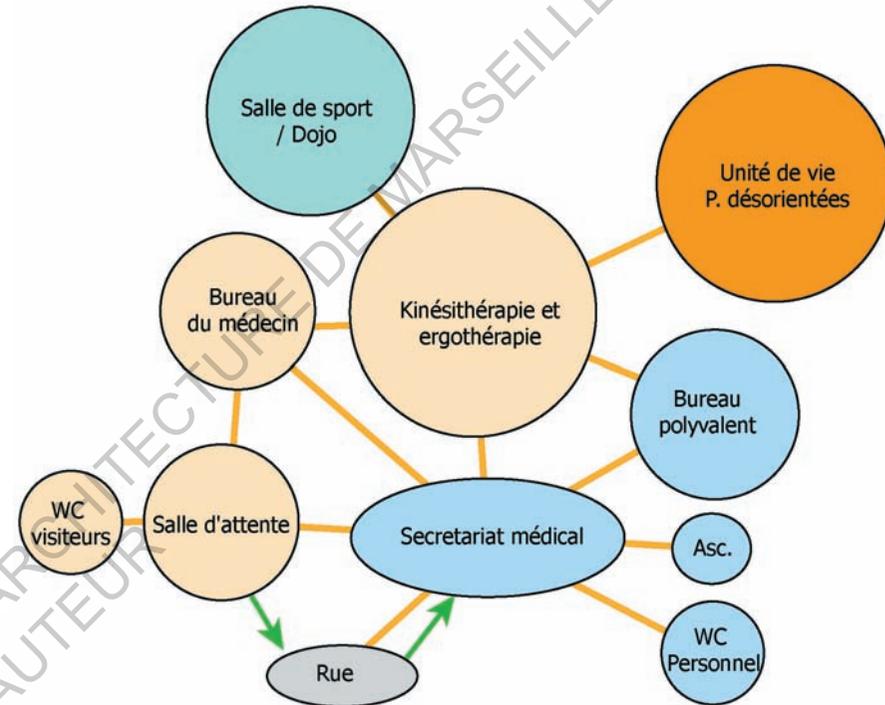
Le schéma ci-contre détaille les éléments associés aux **consultations et soins**.

Le secrétariat médical sert à redistribuer les flux entrants, et peut également assurer une surveillance des sorties des résidents désorientés. Cette répartition est valable pour assumer la présence d'un cabinet médical ouvert au public, un gérontologue par exemple. (10 sur Marseille...)

Les deux figures ci-dessous précisent **l'accueil et l'administration**.

Là encore le contrôle des flux se fait dans les deux sens. Une bonne transparence au niveau des postes de permanence devrait permettre aussi une surveillance accrue (mais discrète) des espaces communs. Le cas particulier de la gestion des personnes désorientées peut amener un certain regroupement des personnels, ceci pour cadrer «physiquement» les espaces qui sont les leurs....

Les espaces de pratiques faibles peuvent être alloués sur des étages différents (croquis de droite).

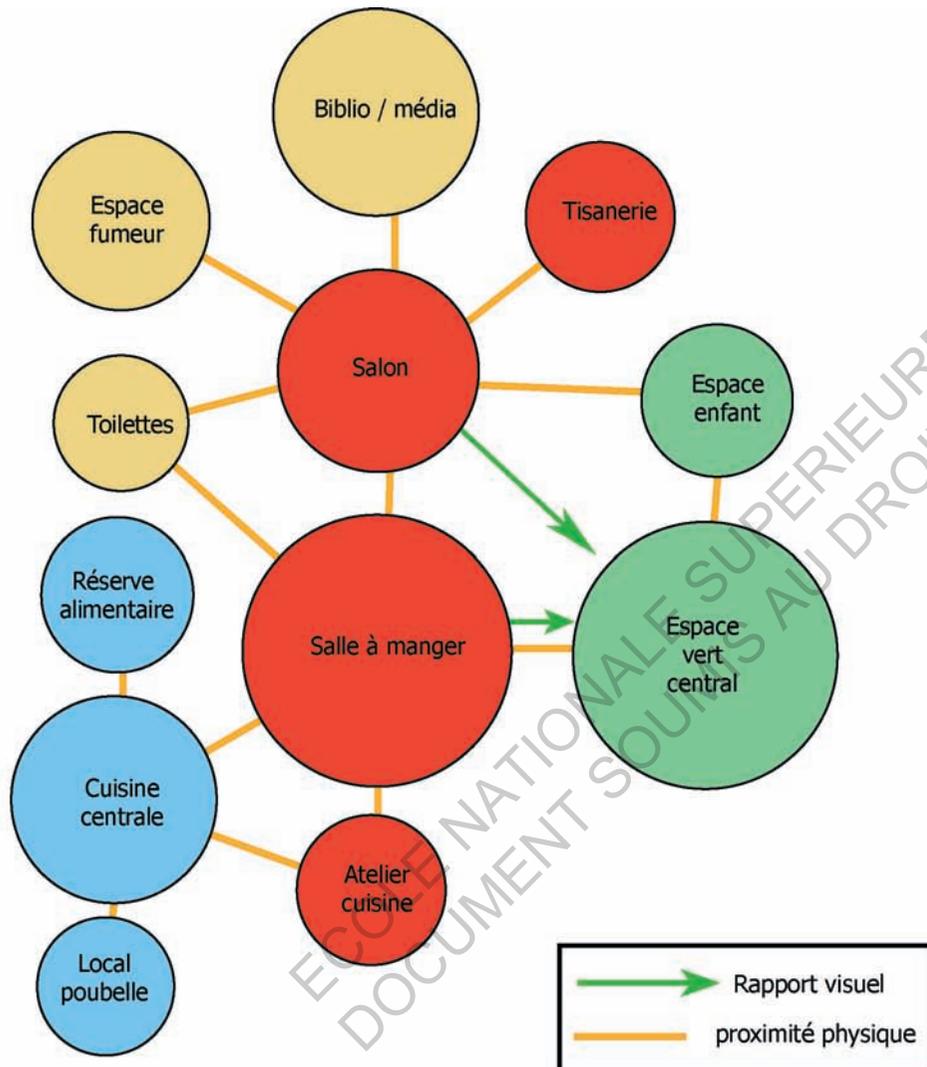


Les croquis ci-dessous représentent **les espaces de restauration** et les **lieux de vie communautaire**.

Les contraintes les plus difficiles ne sont pas forcément évidentes; le service mortuaire peut être à proximité du lieu de culte, mais doit demeurer sémantiquement absent de la vie quotidienne...

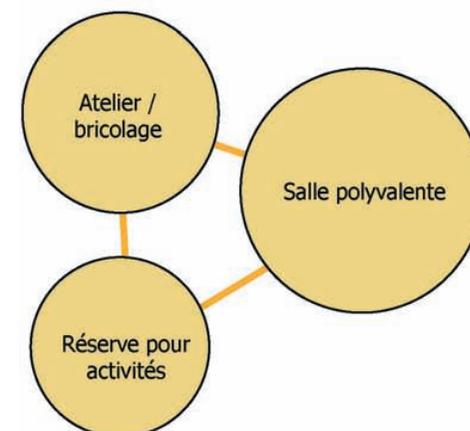
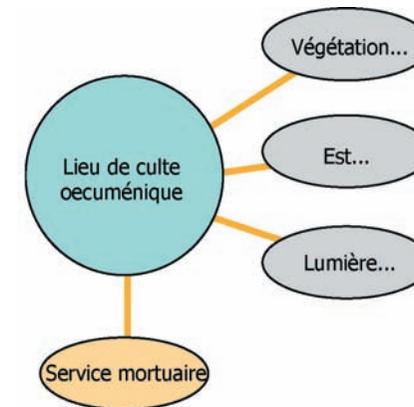
Placer un espace enfant où ceux-ci puissent jouer sous le regard des grands-parents, sans offusquer les bibliophiles épris de calme...

Les autres répartitions sont plus facilement gérables, d'autant que certaines fonctions, telles les chambres d'hôtes, sont «flottantes» et peuvent se positionner plus librement.



Certains espaces sont indissociables les uns des autres, tels l'atelier cuisine et la cuisine centrale, ou encore l'espace fumeur et les zones extérieures aménagées. La salle de sport / dojo, gagnerait à être placée près de la salle de rééducation et d'ergothérapie, où elle tiendrait un rôle complémentaire.

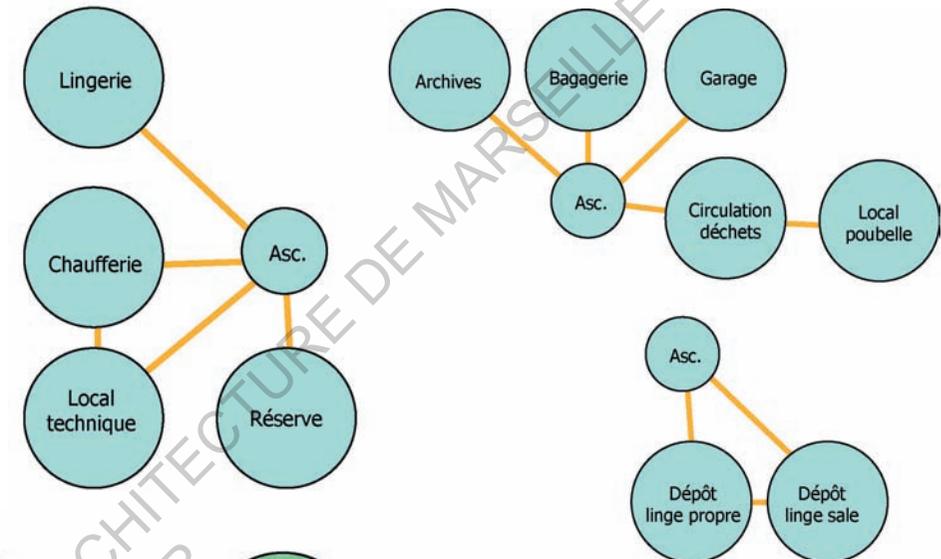
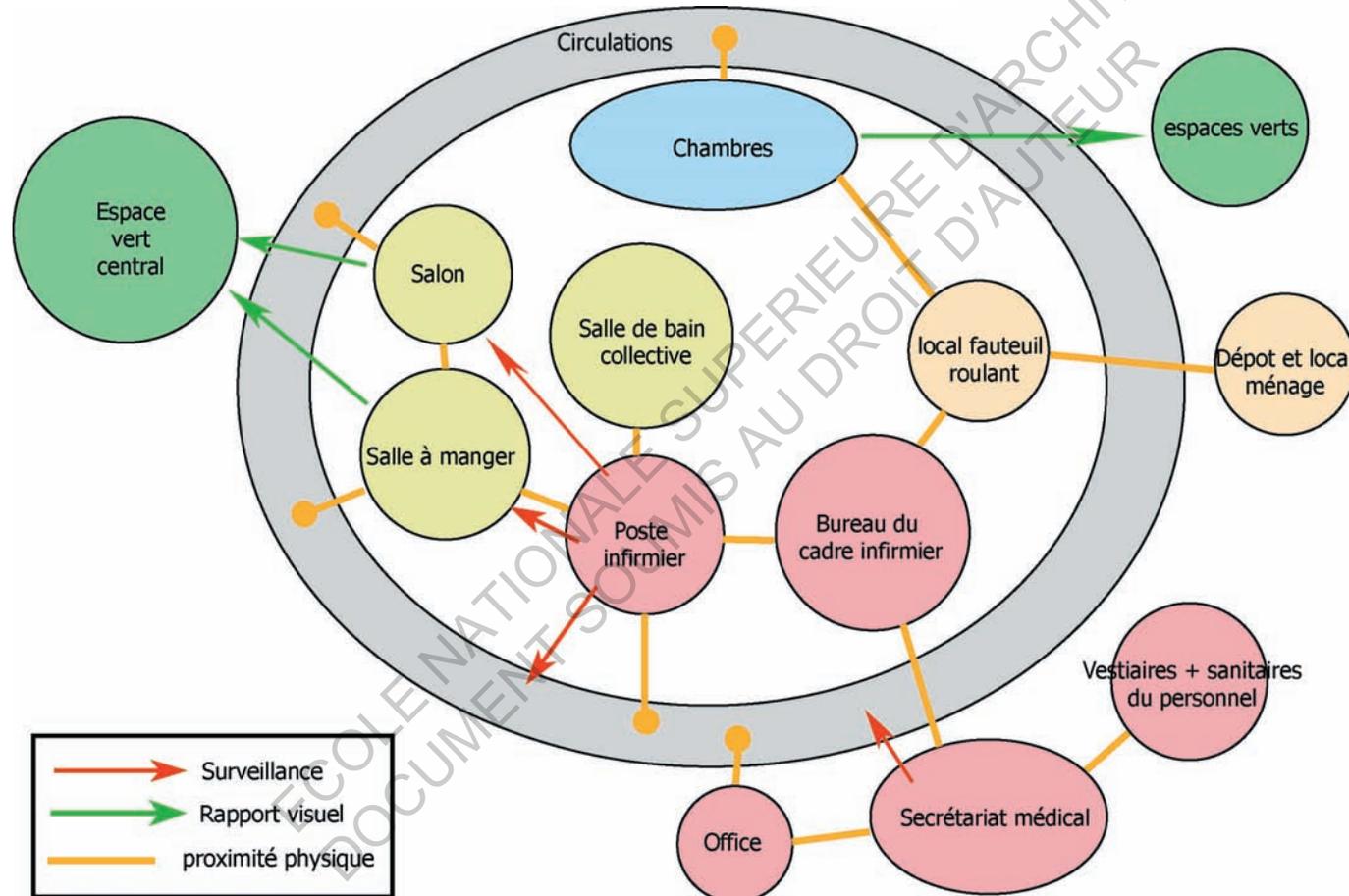
Le lieu de culte, (nécessairement orienté vers l'Est...), imbrique d'autres contraintes intrinsèques (lumière, géométrie...), mais également une proximité avec le service mortuaire, rapprochement qui se doit d'être discret pour des raisons «d'ambiance»...



Les dessins ci-contre donnent quelques combinaisons pour **les services généraux.**

A l'exception du circuit de nettoyage du linge qui peut se répartir sur plusieurs niveaux, les autres éléments du programme concernant les services généraux peuvent s'affecter en sous-sol, de façon assez classique. A noter qu'il est souhaitable de retrouver des éléments comme les archives à proximité des bâtiments de l'administration, etc.

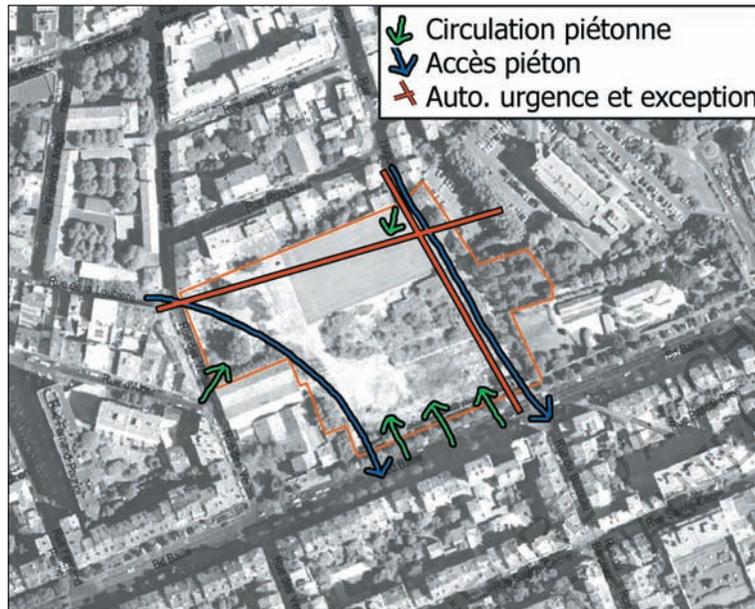
L'évacuation des déchets (vide-ordure...) peut se faire par l'intermédiaire des sous-sols, en liaison avec le local poubelles proche de la rue.



Le schéma de gauche présente les rapports de **l'unité de vie pour personnes désorientées.**

Toute la finesse du projet est de trouver un compromis entre des espaces qui doivent être vécus comme permissifs et libres, et des contraintes de sécurité des personnes. Contraintes qui restreignent le champ d'action des résidents désorientés, et implique une surveillance permanente, en veillant à banir toute évocation carcérale...

Rendre le site poreux à toutes les circulations piétonnes, et limiter au maximum la circulation automobile...



Préserver et mettre en valeur la végétation existante, et conforter cette présence par de nouvelles plantations...



III - B : Choix du parti architectural

Parti d'implantation sur site

Le but d'une implantation urbaine pour un projet de ce type est de favoriser les liens avec la population active, et d'amener les résidents à garder le contact avec un tissu social de citoyens. Dans ces conditions, il est impératif de s'ouvrir sur la ville, et de rendre l'ensemble immobilier assez poreux par rapport à son quartier.

Les questions de sécurité peuvent être réglées avec des moyens classiques de contrôle des entrées de nuit et par un positionnement logique d'instances de surveillance.

Les circulations piétonnes, dont la gestion est la plus simple, peuvent être aussi nombreuses que possibles, et plusieurs entrées sont souhaitables sur le boulevard Baille, dans le sens où c'est ces entrées là qui marqueront le plus les résidents comme une liaison à la ville.

La circulation automobile, en surface, doit se réduire à son strict minimum, mais doit demeurer possible pour des raisons de convenance (déchargements des biens et des personnes) et de sécurité (secours et incendie). Des contrôles d'accès pouvant être couplés à ceux des liaisons piétonnes permette une gestion assez simple de ce type d'itinéraire interne. De vastes parking souterrains viennent compléter les dispositifs de stationnement.

Un autre élément marquant de ce site est la présence d'espaces verts, quelques haies d'arbres et un bosquet assez sauvage. Les arbres adultes présents sur la parcelle sont assez résistants et ont une forte valeur d'agrément paysager qui appelle à être confortée. Il semblerait donc logique de préserver et de mettre en valeur de tels éléments existants, et d'en créer de nouveaux, dont le positionnement définitif dépendra du projet...

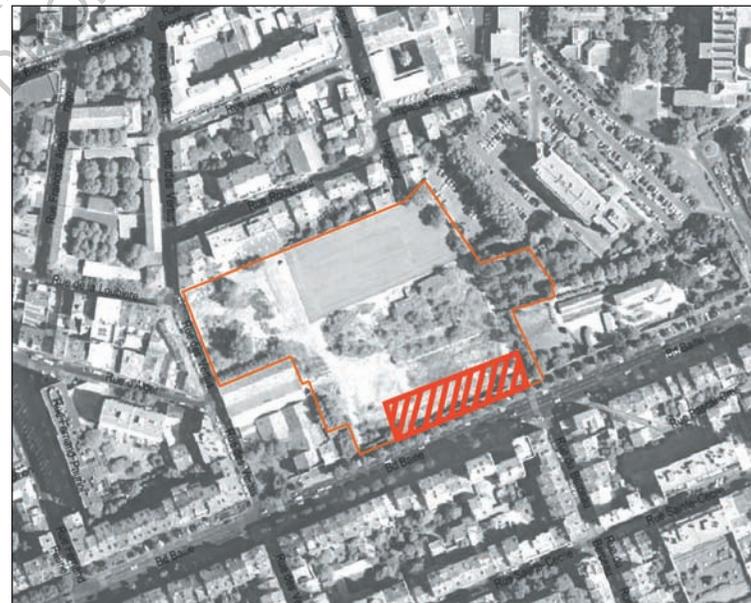
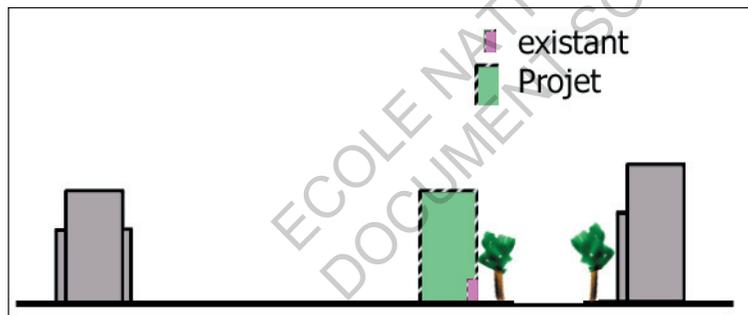
Le rapport au boulevard Baille est déterminant pour «l'appréciation collective» de la pertinence d'une nouvelle implantation de bâti sur ce site.

Pour harmoniser ce rapport, deux maîtres-mots se dégagent: respiration et équilibre.

Respiration à travers un dégagement de verdure venant se confronter au boulevard et se prolongeant vers la rue des Vertus. Un parc public marquant l'angle Sud-Ouest, affichant des objectifs multiples: créer un espace de rencontres entre résidents et citadins, atténuer la présence des hangars, et s'inscrire dans une circulation majeure pour la rythmer d'une tonalité agréable. L'axe ainsi créé permettrait aussi bien de donner une continuité aux entrées sur le site que d'offrir des articulations viables à l'implantation de nouveaux bâtis.

Un équilibre est à créer pour rétablir un rapport de masse cohérent entre les deux côtés du boulevard Baille. Pour s'intégrer positivement dans le tissu urbain attenant, un bâtiment s'allonge le long du boulevard avec un volume conséquent et une hauteur comparable au reste du quartier (R+3 minimum).

Cette présence devrait en toute logique équilibrer les perspectives sur Baille, pour éliminer cet effet de vide ressenti actuellement avec le no-man's land en plein coeur de quartier.



Rythmer un nouvel axe de circulation en confortant une végétation existante; un parc public comme trait d'union avec le tissu social existant...

S'intégrer à un tissu urbain très dense, en restructurant le site et en marquant nettement sa ré-appropriation par un volume conséquent sur sa vitrine qu'est le boulevard Baille.

Parti de composition architecturale

La volonté du projet étant de favoriser un esprit communautaire tourné vers l'entraide et la communication, l'ensemble d'habitats à venir devrait fonctionner comme une seule entité au service de la collectivité.

En ce sens, il est possible de s'inspirer de traits communs à un noyau villageois:

- Des contre-espaces aménagés et appropriables, en extérieur comme en intérieur.
- Des éléments végétaux en association avec des dispositifs aquatiques, fontaines ou bassin en position centrale.
- Des volumes de faibles hauteurs (R+2 maximum), rapprochés les uns des autres, voire communiquant
- Des circulations lisibles sans pour autant être récurrentes; plusieurs type divers permettent de caractériser les différents espaces tout en hiérarchisant les axes de passages.
- Des services et des espaces collectifs de taille et d'appropriation variables sont disséminés parmi les zones d'habitations.

Il importe également de conserver les activités sociales publiques existantes, voire en créer de nouvelles. Ainsi, il semble pertinent de garder la surface praticable du terrain de football, et même la mettre en valeur, ce qui n'empêche pas de la relocaliser de façon plus appropriée sur le site. Un petit ensemble de gradins peut très bien figurer au sein du parc public à venir, de sorte qu'il soit facilement possible d'organiser de petites manifestations festives.

Un autre point à souligner est la nécessaire créations d'un maximum de places de stationnement, et ce à l'échelle du quartier. Celui-ci étant asphyxié de ce point de vue, la création d'un parking souterrain de plusieurs niveaux réponds à deux objectifs:

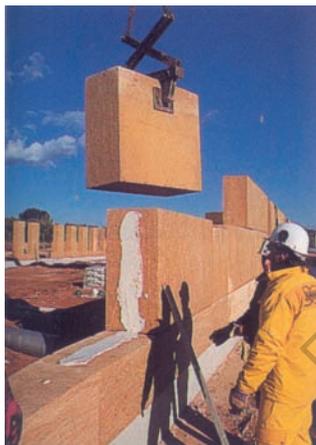
- désengorger le quartier et amortir l'arrivée d'un surplus de population (environ 150 résidents, plus le personnel...)
- mais aussi créer un amortissement financier conséquent: les places pour les non résidents sont bien entendu

payantes, et les bénéfices du parking peuvent servir à financer l'opération immobilière ainsi que sa continuité à l'utilisation.

D'un strict point de vue éthique, l'engagement dans des démarches environnementales est un facteur incontournable qu'il est facile de prendre à son avantage.

L'utilisation de matériaux sains et recyclables, en faisant appel à des procédés en filière sèche. La structure emploie de la pierre monolithique et du bois, du métal en couverture, des toitures végétales... Le parti constructif est détaillé dans le chapitre qui suit. Le souci du détail devrait être poussé plus loin dans l'optique d'un projet réalisable, en portant son attention sur des éléments sensibles: des menuiseries en aluminium et non pas en PVC (écobilan et pérennité différentes), une utilisation du béton en préfabrication autant que possible (chantier silencieux et plus rapides...), du mobilier et des boiseries en bois pleins (pas de dégagements de formaldéhydes ou de phénols...), etc...

Le sujet étant vaste et les démonstrations à faire sont trop nombreuses pour être détaillée ici, l'engagement dans une démarche dite de HQE se lira essentiellement à travers les choix structurels.



III - C : Type de structure

Matériauthèque

Dans la droitelignée des «expériences» constructives de Pouillon à Marseille, (ou plus récemment de nombreux cas qui font école, comme les ouvrages de Perraudin, Zumthor, Botta...), le projet adopte une structure mixte pierre / bois-métal.

Un projet «scolaire» comme un TPE est une occasion de se confronter sans risque à une typologie structurelle alternative comme celle-ci, d'autant que le débat semble relancé depuis quelques années, au grand dam du «tout-béton».

Pour la petite histoire, notre région est l'une des plus riches en termes de carrières... Mais il y a du souci à se faire pour d'éventuelles rénovations de notre patrimoine architectural, car en toutes discrétion, ces dernières années ont vu la fermeture des 3/4 des carrières historiques en PACA...

Les dernières carrières exploitables sérieusement pour de la construction en pierre, qui soient assez proche de Marseille, sont celle d'Oppèdes et de Mont-Caûmes, pour des variétés allant de la pierre dure à semi-dure. Un bon alliage des deux, à l'ancienne, permet de réaliser des soubassements jusqu'aux sablières.

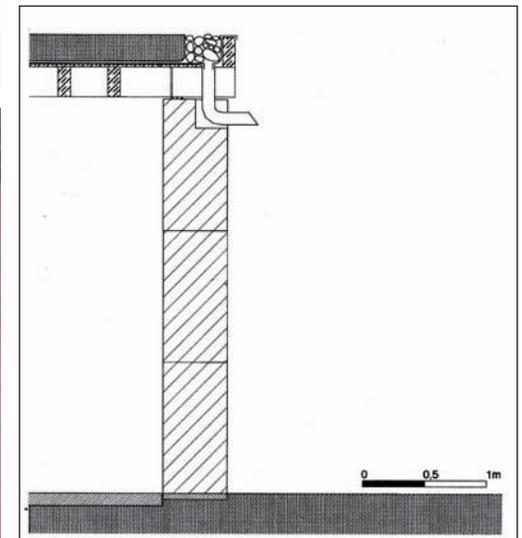
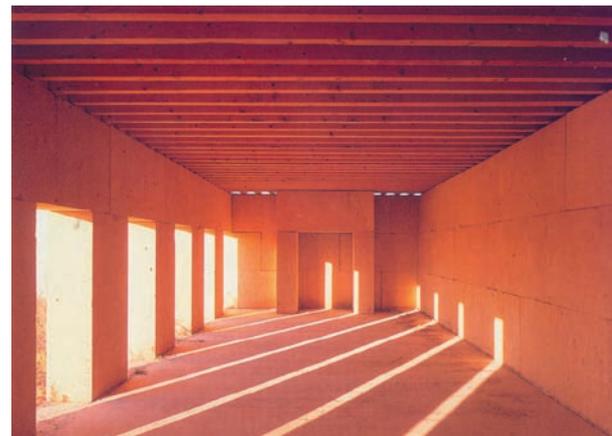
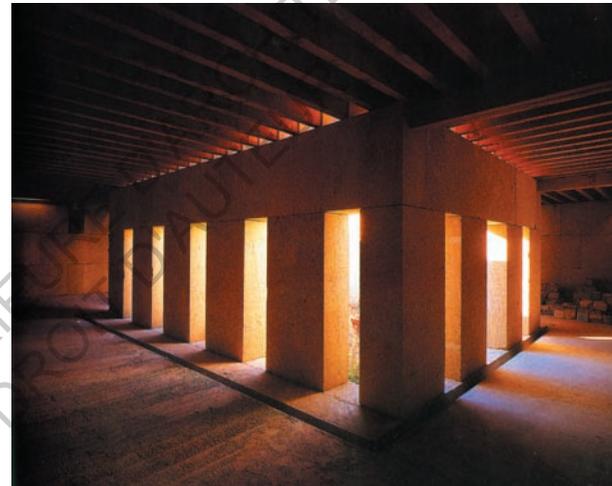
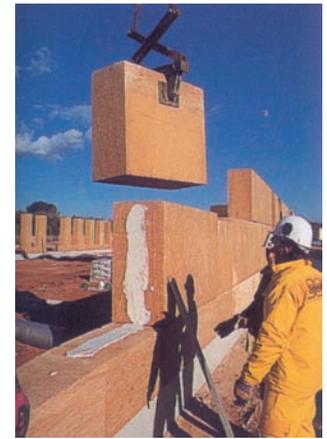
Les volumes de pierres cyclopéens semble être assez adaptés aux constructions modernes: pas de déchets, aucun rejet, pas de temps de séchage, mise en place rapide, excellente inertie thermique, bonne isolation, bonne régulation hygrométrique... Le produit miracle utilisé depuis l'antiquité, pour lequel il faut déposer un ATEX en cas de construction réelle... Cependant, un seul argument semble retenir l'attention pour qui a remarqué que moins de main d'oeuvre et des délais plus courts, alliés à des économies de parement et d'isolation, font que cette technique est économique. Malgré le sous développement de cette filière, il est étonnant de remarquer que les dernières réalisations de ce type ont pu être compétitive, se présentant comme une alternative viable au béton.

Références

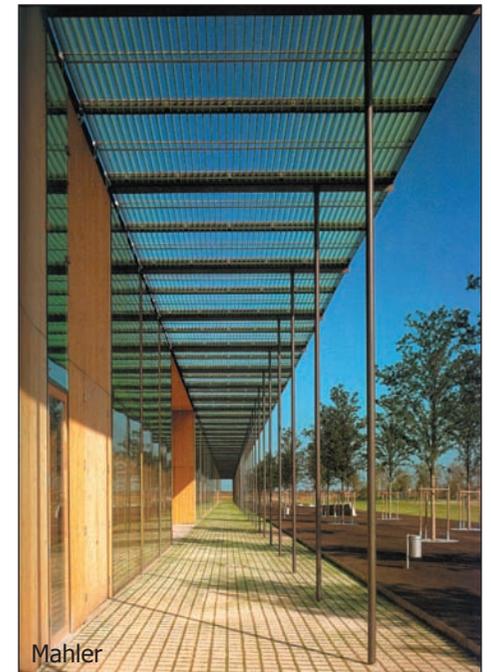
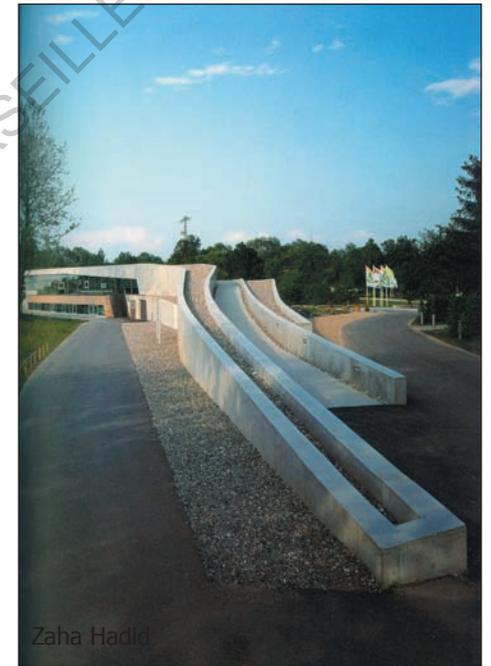
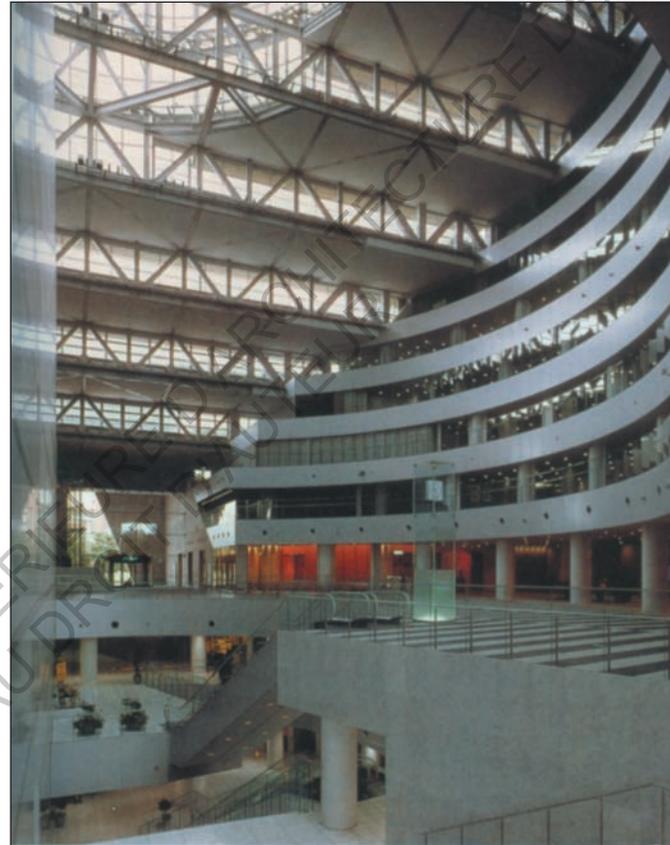
Ci-dessous quelques photos illustrant la simplicité structurelle et de mise en oeuvre... Il s'agit d'ouvrages de Perraudin, à savoir des chais viticoles, des bureaux, et un CFA (source [07]). Sur l'exemple de coupe, la toiture est constituée de pins d'Oregon, en appui sur les murs, qui reçoivent un platelage de bacs aciers, une étanchéité, un anti-racine, et une couverture végétale.



Pierre de Mont-Caumes



D'un point de vue formel, les différents espaces à créer peuvent s'inspirer de diverses sensibilités; jusqu'à quel point le minimalisme peut-il se dissoudre dans un courant fonctionnaliste? Une toiture à deux pentes peut elle être moderne? Des aménagements pour handicapés sont ils une contrainte ou une opportunité? A ce stade d'un projet, les intentions sont trop nombreuses pour être arrêtée, et seules les inspirations restent formelles...



IV *IV - Projet définitif*

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

IV - A : Plans, coupes, élévations

IV - a Plans, coupes, élévations,
perspectives

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

IV - B : Perspectives

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

IV - C : Croquis

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

IV - D : Détails techniques

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

V - Annexes

ECOLE NATIONALE SUPERIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'AUTEUR

V - A : Campagne photographique



Un centre de vie pour retraités: une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées





ECOLOGICAL SUPERIEUR ARCHITECTURE
DOCUMENT SOURCE IN DROIT D'ARCHITECTURE

IRE DE NANTES
SEILLE



V - B : Plan et extrait cadastral

ANNEE DE MAJ	03	DEP DIR	13 1	COM	205 MARSEILLE 5EME	ROLE	A	RELEVÉ DE PROPRIÉTÉ			VUE	102	NUMERO COMMUNAL	+ 00202
--------------	----	---------	------	-----	--------------------	------	---	---------------------	--	--	-----	-----	-----------------	---------

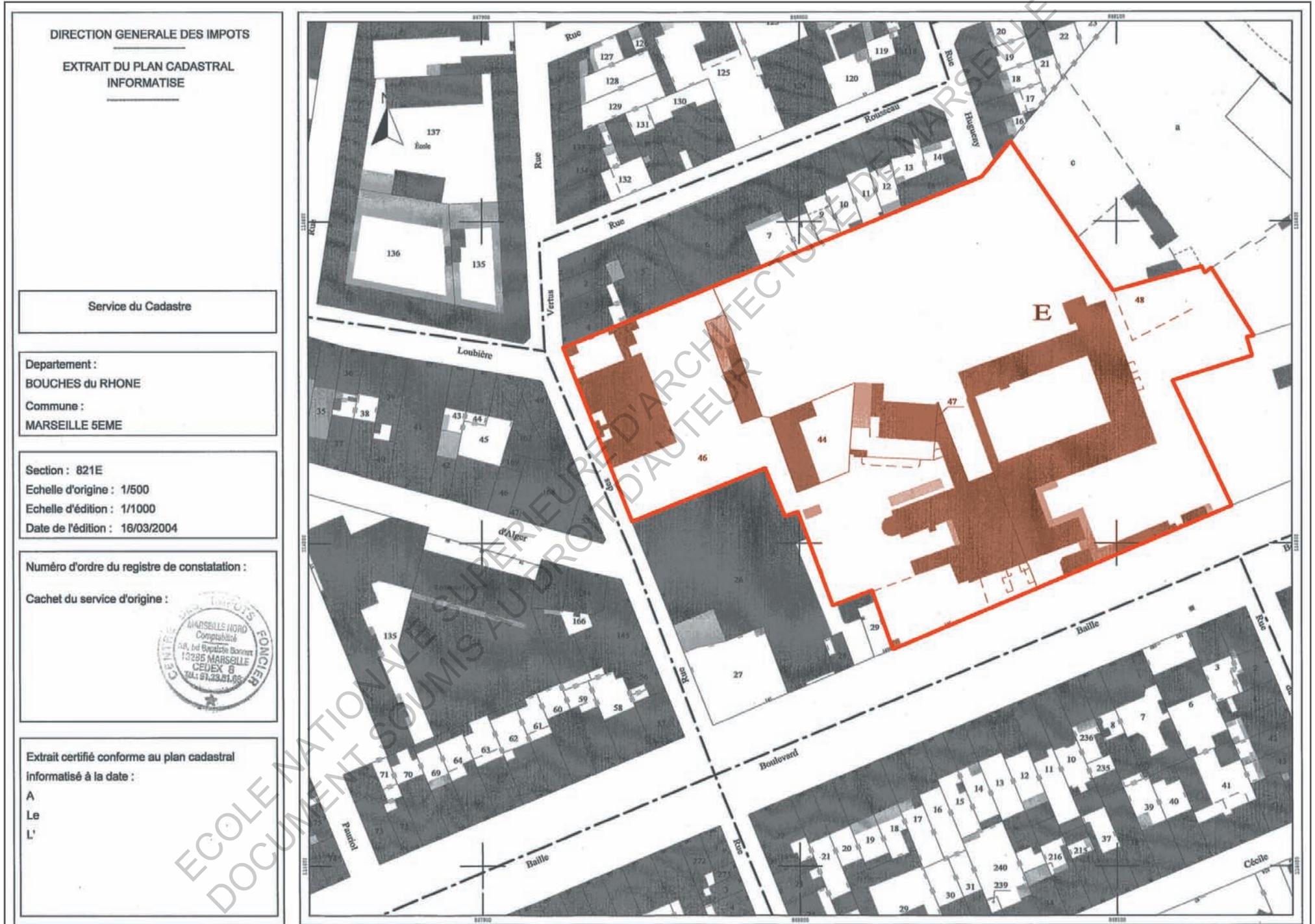
PROPRIÉTAIRE 900297 ASSISTANCE PUBLIQUE DE MARSEILLE
 DIRECTION DES DOMAINES 80 RUE BROCHIER 13354 MARSEILLE CEDEX 05

PROPRIÉTAIRE

DESIGNATION DES PROPRIETES						PROPRIETES BATIES IDENTIFICATION DU LOCAL					EVALUATION DU LOCAL													
SECTION	N° PLAN	N° VOIRIE	ADRESSE	CODE RIVOLI	BAT	ENT	NIV	N° PORTE	N° INVAR.	D TAR	M EVAL	AF	NAT LOG	CAT	REVENU CADASTRAL	COLL	NAT EXO	AN RET	AN DEB	FRACTION IC EXO	% EXO	TX OM	COEF	
91	820 A	93	1 RUE GERANDO	4055	A	01	00	01002	0701134				C	L.DIV	5	2220							P	
78	820 A	93	1 RUE GERANDO	4055	A	01	01	01001	0201855				C	H APP	7	245							P	
78	820 A	93	1 RUE GERANDO	4055	A	01	01	02001	0201856				C	H APP	7	328							P	
78	820 A	93	1 RUE GERANDO	4055	A	01	02	01001	0650227				C	H APP	7	398							P	
78	820 A	93	1 RUE GERANDO	4055	B	01	01	02001	0201857				C	H APP	6	717							P	
94	820 D	59	8 RUE JULES GONTARD	4939	A	01	00	01001	0207861				C	H MAIS	5	2509							P	
	820 E	190	88 RUE HORACE BERTIN	4508	A	01	03	01001	0210675				C	H APP	7	543							P	
78	820 H	365	36 RUE HORACE BERTIN	4508	A	01	00	01002	0214721				B	C CH		1655							P	

DESIGNATION DES PROPRIETES						PROPRIETES NON BATIES EVALUATION													LIVRE FOURNIER				
SECTION	N° PLAN	N° VOIRIE	ADRESSE	CODE RIVOLI	N° MAC	S	B	CLASSE	NAT CULT	CONTENANCE HA	CA	REVENU CADASTRAL	COLL	NAT EXO	AN RET	FRACTION IC EXO	% EXO	P	FEUILLET				
85	821 D	18	RUE CRILLON	2606	0003	1	A				42	0,00											
01	821 E	28	143 BD BAILLE	0693		1	A				71	0,00											
78	821 E	35	147 BD BAILLE	0693	0025	1	A	04			16 49 13 95 2 54	36,21 0,00		TA									
01	821 E	43	RUE DES VERTUS	9487	0025	1	A				2 18	0,00											
01	821 E	44	RUE DES VERTUS	9487	0025	1	A				5 73	0,00											
01	821 E	46	145 BD BAILLE	0693	0025	1	A				63 03	0,00											
01	821 E	47	145 RUE DES VERTUS	9487	0025	1	A				12	0,00											
01	821 E	48	145A BD BAILLE	0693	0031	1	A				1 83 12	0,00											

Un centre de vie pour retraités: une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées



V - C : Documents divers

Regards démographiques sur le vieillissement

En 1995, près de 20 % des Français (soit plus de 11 millions) avaient fêté leur 60^e anniversaire, 7 % (soit plus de 4 millions) leur 75^e et 1,8 % (soit plus d'un million) leur 85^e, dans les années soixante ces proportions n'étaient que de 17 %, 4 % et 1 %, dans 30 ans elles pourraient atteindre 28 %, 10 % et 3 %¹.

Les causes du vieillissement démographique

Le vieillissement démographique est traditionnellement mesuré par la croissance de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus. Mais, fixer un seuil de la vieillesse est en partie arbitraire du fait de la complexité de la notion d'âge, de l'évolution et de la multiplicité des réalités qui se cachent derrière un même chiffre : compte tenu, par exemple, de l'amélioration de l'état de santé à chaque âge, la réalité biologique de la population des aînés est extrêmement mouvante. L'âge de 60 ans repose en particulier sur le fait que les personnes qui ont fêté cet anniversaire sont socialement de plus en plus marquées du sceau de l'inactivité professionnelle et sont donc fortement dépendantes de revenus de transferts.

Le vieillissement démographique est en premier lieu la conséquence de la baisse de la fécondité. Juste un exemple pour preuve : si notre pays avait gardé sa fécondité du milieu du XVIII^e siècle (soit 5,4 enfants par femme), tout en bénéficiant des progrès réellement enregistrés en termes de mortalité, notre structure par âge ne serait que très peu différente de celle qui prévalait il y a quelque 250 ans (soit environ 6 % de 60 ans et plus et 42 % de moins de 15 ans). En revanche, aujourd'hui, plus de 1,5 milliard de personnes peupleraient notre territoire² ! Fort heureusement donc, pourrions-nous dire, la France a diminué sa fécondité et corollaire inévitable, elle a vieilli. Aussi loin que l'on remonte dans les statistiques et quel que soit le seuil de la vieillesse pris en considération, à quelques exceptions près, la proportion de personnes âgées n'a cessé de croître en France. Égale à moins de 13 % au début du siècle, la part des 60 ans et plus dans la population totale atteignait 16 % après la seconde guerre mondiale et près de 20 % aujourd'hui. *A contrario*, la proportion de jeunes a diminué régulièrement (plus de 34 % de moins

de 20 ans en 1900, 26,3 % aujourd'hui) « l'effet de ciseaux » est net, les points de pourcentage perdus au bas de la pyramide se sont ajoutés au sommet. Mais à la diminution séculaire de la fécondité s'ajoute depuis l'après-guerre, la baisse de la mortalité comme facteur accélérateur du vieillissement. Il faut dire que la mortalité est si faible de la naissance à la fin de la vie active que les progrès ne sont désormais substantiels qu'aux âges élevés : non seulement les individus sont plus nombreux à accéder au seuil de la retraite, et on ne peut bien évidemment que s'en féliciter, mais ils y séjournent plus longtemps. Ainsi, par exemple, moins de 60 % des femmes de la génération 1900 étaient encore vivantes à 60 ans, les femmes nées 30 ans plus tard ont eu dans plus de 80 % des cas la chance de fêter cet anniversaire. De plus, si les premières avaient à cet âge, une espérance de vie de l'ordre de 21 ans, pour les secondes, cette durée de vie à la retraite pourrait être plus longue de cinq années³ ! Autre exemple, les femmes de la génération 1910 ont été quasiment aussi nombreuses (44 %) à survivre jusqu'à 80 ans que celles

de la génération 1890 jusqu'à 60 ans (45 %).

Les projections de population intègrent cette poursuite de la baisse de la mortalité à laquelle s'ajoutera, dès 2005, l'arrivée au seuil de la retraite des classes pleines du baby-boom : on pourrait assister à une multiplication par 1,5 des effectifs de 60 ans et plus d'ici 2020, à leur quasi-doublement d'ici 2050. Quelle que soit l'hypothèse de fécondité prise en compte et par là-même l'effectif futur de la population française, la part des 60 ans et plus dans la population totale est appelée à croître (elle dépassera 26 % en 2020 et 33 % en 2050⁴), le rapport des 20-59 ans aux 60 ans et plus appelé à se détériorer : égal à 2,7 en 1995, il pourrait être divisé par 2 d'ici 2050. Ces évolutions posent, notamment, le problème du financement de notre système de retraite, sujet suscitant une abondante littérature^{5,6,7} : si l'on s'accorde généralement sur la nécessité de sa réforme, l'éventail des solutions préconisées est large (baisse du niveau des pensions servies, augmentation des cotisations pesant sur les actifs, recul de l'âge de la retraite, recours à la capitalisation) et le débat sur le

partage et le consentement par chacun des efforts à supporter reste amplement ouvert.

Quelques 40 générations constituent la fraction la plus âgée de notre population, autant donc d'histoires démographiques spécifiques qui agissent, notamment, sur l'évolution au fil du temps, de la part des très anciens parmi les anciens : en 1962, 5 % des 60 ans et plus avaient fêté leur 85^e anniversaire, ils sont aujourd'hui 9,2 %. Du fait de l'arrivée aux grands âges des classes creuses de la première guerre mondiale le vieillissement interne de la population âgée devrait dans un proche avenir connaître une légère accalmie mais, à un horizon plus lointain 15 voire 20 % des 60 ans et plus pourraient avoir franchi le seuil de 85 ans. Qu'en est-il des implications en terme de santé publique de ces évolutions ? S'il a été montré que le vieillissement démographique n'a eu, et n'aura à moyen terme, qu'un effet limité sur la croissance de la consommation médicale⁸, un point d'incertitude demeure : celui de l'évolution future de la demande de soins de longue durée pour les personnes dépendantes.

Comment vivent les plus de 60 ans ?

Du fait de l'inertie des phénomènes démographiques, nous pouvons avec une grande marge de certitude prévoir l'effectif futur de la population, sa structure par âge... et donc mettre l'accent sur certains problèmes attendus : on ne peut nier que l'avenir démographique appellera des réformes de notre système de retraite, de nouveaux besoins en terme de prise en charge de la dépendance. Mais, il est beaucoup plus difficile de prévoir l'environnement, notamment économique, de la société de demain et par là-même sa capacité à intégrer, plus ou moins facilement selon son degré d'optimisme, ces nouvelles données démographiques. Autre point d'incertitude, et non des moindres : comment vivront les 60 ans et plus de demain ?

Nous sommes, en effet, ici en présence d'un groupe d'âge qui se renouvelle avec rapidité : plus de 41 % des 60 ans et plus présents au recensement de 1990 ne faisaient pas partie de ce groupe d'âges 8 ans plus tôt, près de 34 % des effectifs initiaux sont morts durant la période. Ce renouvellement des générations trans-

forme le vécu de la vieillesse, l'exemple de l'évolution des situations domestiques est à ce titre explicite.

L'un des principaux déterminants de la vie après 60 ans est la situation matrimoniale. Or, fait remarquable, le veuvage est en constante régression au cours du temps. Résultat des formidables gains en matière de mortalité aux grands âges et donc du recul à chaque âge, de la probabilité de décéder pour chacun des membres du couple, ce dernier survit plus longtemps, l'âge moyen des nouveaux veufs se trouve par là-même différé. Conséquence essentielle et évidente de cette chute du veuvage, vivre en couple concerne une fraction de plus en plus importante de la population âgée : tel était le cas de 52,8 % des 60 ans et plus en 1962, 58,6 % aujourd'hui. Après la vie en couple, l'isolement résidentiel est le style de vie le plus courant chez les anciens et il ne cesse de progresser. Les veufs⁹ optant beaucoup plus souvent pour la vie en solitaire, cette tendance a plus que compensé la baisse du veuvage : 21 % des 60 ans et plus vivaient seuls en 1962, ils sont aujourd'hui 26,5 %. En

outre, l'isolement concerne des personnes de plus en plus âgées : 26,6 % des isolés de 60 ans et plus avaient, en 1982, 80 ans et plus, cette proportion atteint désormais 32,9 %. Cette croissance de l'isolement s'est principalement faite au détriment de la cohabitation avec des proches.

La tendance de fond des dernières décennies, est, en effet, la régression des situations domestiques qui, d'une façon ou d'une autre, sont de la cohabitation intergénérationnelle (22,2 % des 60 ans et plus étaient dans ce cas en 1962, 10,5 aujourd'hui). La proportion d'isolés est désormais 2,5 fois plus forte alors qu'en 1962 la cohabitation avec des proches était plus fréquente que l'isolement ! Ce détachement vaut à tous les âges, et surtout dans l'extrême vieillesse où les fractions de population concernée par ce mode de vie sont les plus importantes, conséquence en particulier de l'apparition des premiers handicaps¹⁰.

C'est dans des déterminants sanitaires et sociaux qu'il faut chercher l'explication de cette distance résidentielle prise entre les générations : plus fort désir d'indépendance des jeunes et des

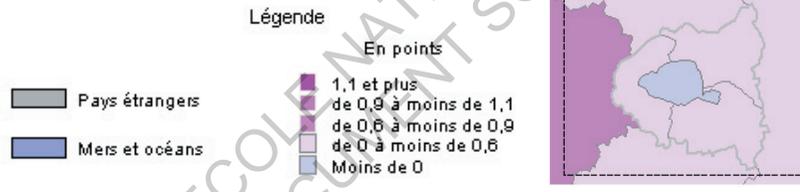
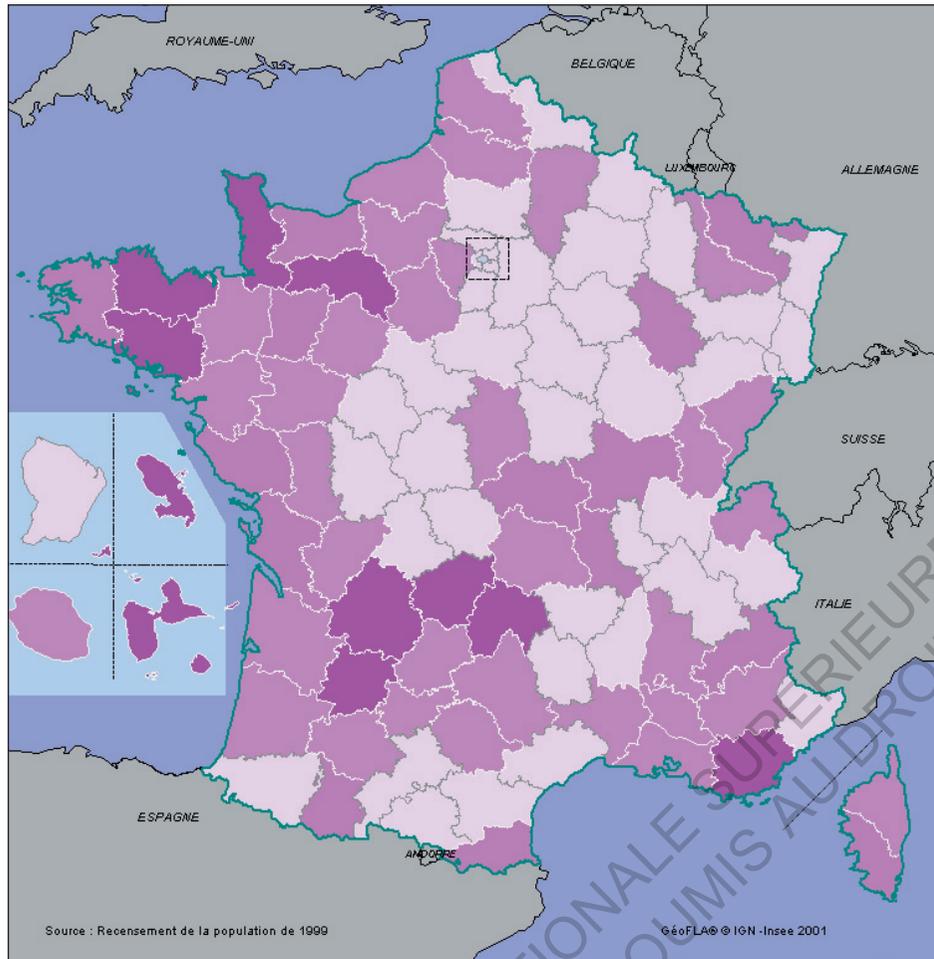
anciens, régression de la cohabitation de plusieurs générations due à l'urbanisation et à la diminution des entreprises familiales, amélioration des conditions de vie des anciens. Tous ces facteurs conjugués leurs effets pour faire en sorte que les personnes âgées puissent désormais plus facilement choisir leur mode de vie et, en particulier, rester chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent ou... qu'elles le peuvent. Délaissée au début de la retraite, la vie en institution¹¹ n'a en effet progressé qu'aux grands âges. Ainsi, 13,1 % des 85 ans et plus étaient concernés en 1962, 19,3 % en 1990. L'hospitalisation de longue durée, les hospices et maisons de retraite recrutent le gros de la population âgée institutionnalisée (soit 426 700 personnes sur un total de 502 100), et leurs clientèles sont constituées de personnes de plus en plus âgées. Ne faut-il pas voir dans ces tendances la disparition de « l'institutionnalisation sociale » ? Conséquence de l'amélioration des conditions de vie des anciens et d'une sélection de plus en plus forte par l'état de santé, c'est désormais le plus tardivement possible, avec l'apparition de lourds

handicaps, que les anciens partiraient en maison de retraite ou seraient pris en charge par leur famille.

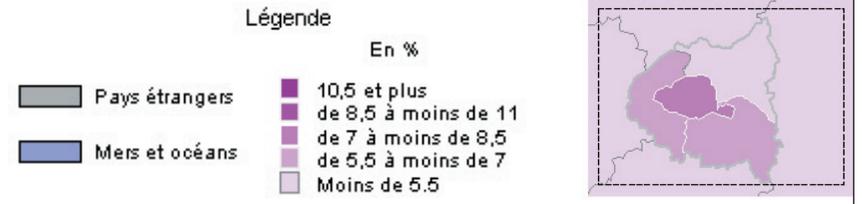
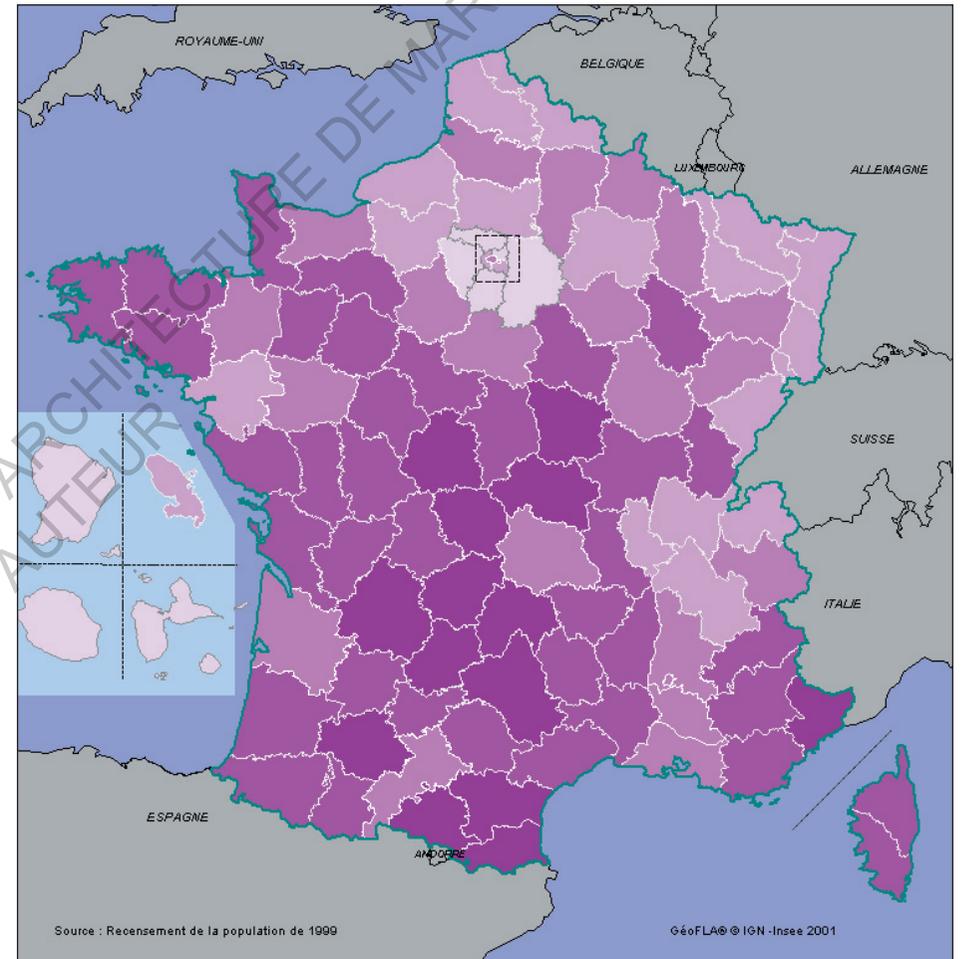
Ces quelques éclairages sur la vie après 60 ans nous en donnent une image fort changeante, peu de points communs entre les retraités d'hier et ceux d'aujourd'hui : les aînés franchissent de plus en plus souvent les diverses étapes de la retraite à deux, sont de moins en moins souvent hébergés par des proches et, au début de la retraite délaissent la vie en institution. Baisse de la mortalité, qui diffère l'entrée dans le veuvage, et amélioration des conditions socio-économiques des anciens sont ici en toile de fond et, on peut légitimement s'attendre à la poursuite de ces tendances. Sans nul doute, le renouvellement des générations (plus de femmes auront eu une activité professionnelle, plus de personnes seront diplômées...) améliorera encore l'autonomie des anciens même si l'incertitude reste de rigueur en ce qui concerne les futurs choix collectifs pris en matière de financement des régimes de retraite.

Joëlle Gaymu

Evolution de 1990 à 1999 des plus de 75 ans

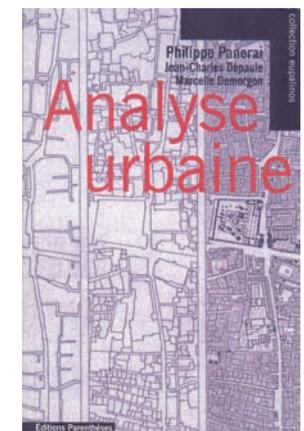
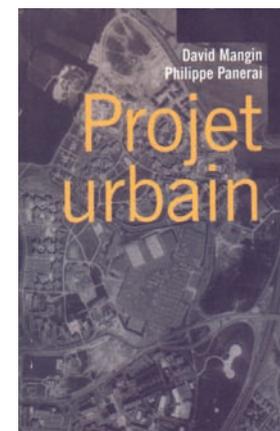
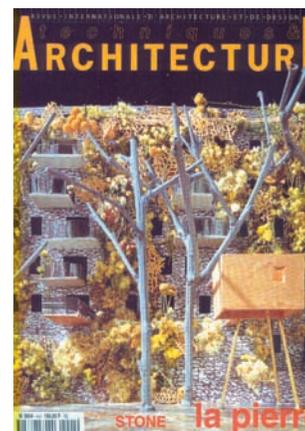
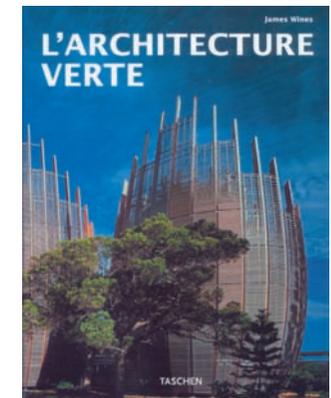
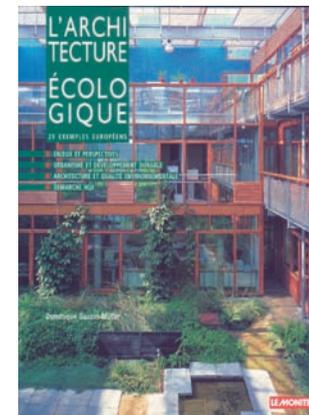
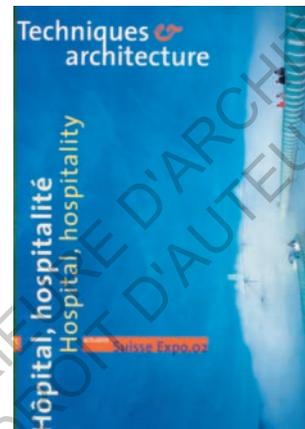
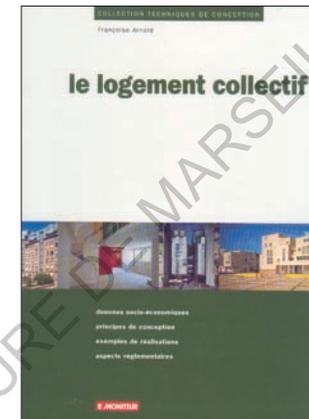


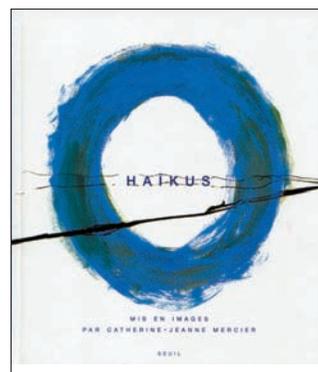
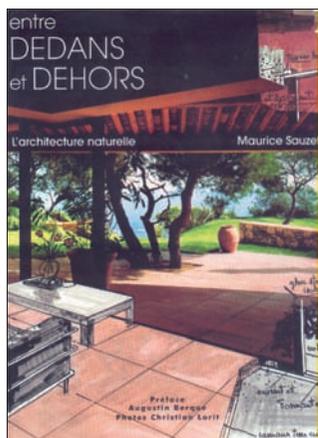
1999 pourcentage des plus de 75 ans



V - D : Bibliographie

- [01] « L'habitat des personnes âgées »
Philippe Dehan,
Edition le moniteur, 1997
- [02] « Le logement collectif »
Françoise Arnold
Edition le moniteur, 1996
- [03] « L'architecture d'aujourd'hui »
numéro spécial « vieillir », juillet-août 2002,
Edition Jean-Michel Place
- [04] « technique et architecture »
numéro spécial « hôpital, hospitalité » Juin-juillet 2002
Edition Jean-Michel Place
- [05] « L'architecture écologique »
Dominique Gauzin-Müller
Edition le moniteur, 2001
- [06] « L'architecture Verte »
Wines James , 2000
Edition Taschen
- [07] « technique et architecture »
numéro spécial « la pierre » avril 1999
Edition Jean-Michel Place
- [08] « Projet Urbain »
Mangin David, Panerai Philippe
1999, Edition Parenthèses
- [09] « Analyse urbaine »
Panerai Philippe, Depaule Jean-Charles, Demorgon Marcelle
1999, Edition Parenthèses





[10] « Entre dedans et dehors »
Maurice Sauzet, 1996
Edition Massin

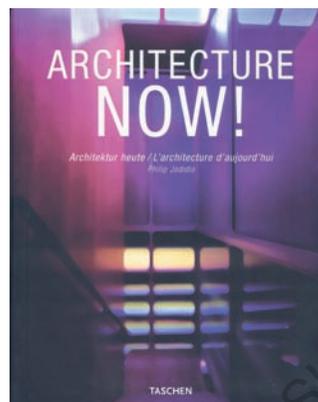
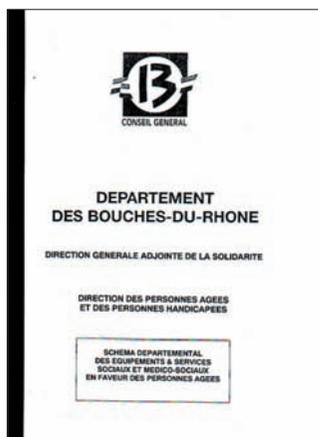
[11] « Haïkus »
Catherine-Jeanne Mercier, 2003
Edition Seuil

[12] « Panorama de l'archi contemporaine »
Francisco Asensio Cerver, 2000
Edition Könemann

[13] « Shéma gérontologique départemental »
DPAPH, 2004
Conseil général des BDR

[14] « Architecture now vol.1 »
Philip Jodidio
Edition Taschen

[15] « Architecture now vol.2 »
Philip Jodidio
Edition Taschen



Présentation des références Internet utilisé.

[A] [http://www.fng.fr/fondation nationale de gérontologie](http://www.fng.fr/fondation_nationale_de_gerontologie)

[B] <http://www.recensement.insee.fr>

[C] <http://www.ined.fr/population-en-chiffres/france>

ECOLE NATIONALE SUPÉRIEURE D'ARCHITECTURE DE MARSEILLE
DOCUMENT SOUMIS AU DROIT D'ACCÈS LIBRE

Un centre de vie pour retraités: une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées

V - E : Index des noms et des sigles

ADEME : Agence française pour la maîtrise de l'énergie et de l'environnement

ATEX : Avis Technique d'EXpérimentation

CANTOUS : Centre d'Animations Naturelle Tirées d'Occupation Utiles

CAUE : Conseil d'architecture, d'urbanisme et d'environnement

CNAM : Caisse Nationale d'Assurances Maladie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurances Vieillesse

CNRO : Caisse Nationale de Retraite des Ouvriers du bâtiment et des travaux publics

CRISMS : Commission régionale des institutions sociales et médico-sociales

CROSS : Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale

CSTB : Centre Scientifique et Technique du Bâtiment

DDASS : Direction Départementale des Actions Sanitaires et Sociales

DDE : Direction départementale de l'Équipement

FNASSPA : Fonds National d'Action Sanitaire et sociale en faveur des Personnes Agées

FNG : Fondation Nationale de Gérontologie

FNS : Fonds National de Solidarité

MAPA : Maison d'Accueil pour Personnes Agées

MARPA : Maison d'Accueil Rurales pour Personnes Agées

MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

UnfoHLM : Union Nationale des Fédérations d'Organisme HLM

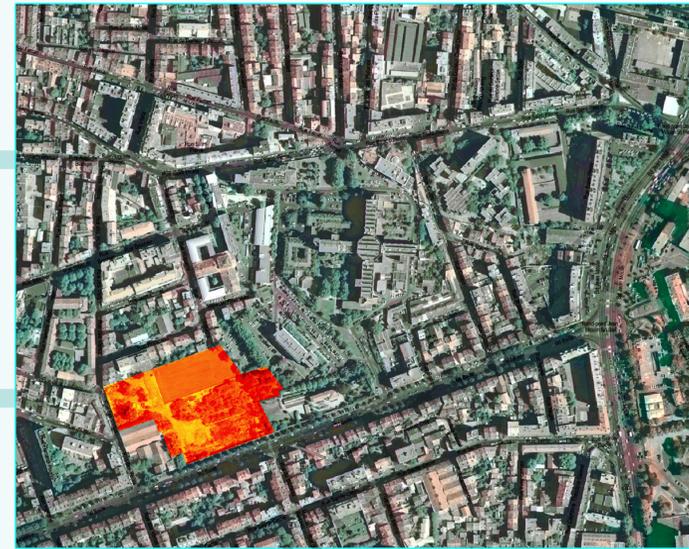
Quels sont les types d'habitats existants pour les personnes âgées?

En France, à quelques exceptions près, le choix est à faire entre de simples foyers-logements ou des maisons de retraite souvent médicalisées.

Mais quelle structure choisir quand on a des problèmes de dépendances, sans pour autant être en fin de vie?
Le projet présenté ici apporte quelques éléments de réponses possibles.

D'une façon générale, ce mémoire dresse un état des lieux de la situation des logements pour retraités en France, et pointe une problématique sociale qui devrait s'amplifier dans les années à venir: *Quelle forme d'habitat pour une population spécifique, les personnes âgées fragiles ou fragilisés?*

Analyse urbaine et présentation du Site



Programmation générale

Les surfaces sont données en m²

	Quantité	Surface Unitaire	Surface totale (valeur haute)
Accueil - Administration			
Hall	1	30	30
Accueil - Standard	1	10 à 15	15
Secrétariat	1	12 à 15	15
Bureau de direction	1	15 à 18	18
Salle de réunion	1	20 à 25	25
Salle à manger et de repos du personnel	1	20 à 25	25
Vestiaires et sanitaires du personnel	1	25 à 30	30
Sanitaires des visiteurs	1	3	3
Consultation - soins			
Salle d'attente	1	10 à 15	15
Secrétariat médical	1	15	15
Bureau du médecin	1	20	20
Bureau polyvalent	1	10 à 15	15
Kinésithérapie et ergothérapie	1	60 à 90	90
Sanitaires des résidents	1	7	7
Sanitaires du personnel	1	3	3
Vie communautaire			
Salon	1	20 à 80	80
Of ce-tisanerie	1	10 à 20	20
Salle polyvalente	1	50 à 150	150
Réserve pour activités	1	4 à 10	10
Atelier & salle de bricolage	2	15 à 25	50
Lieu de culte oecuménique	1	20 à 40	40
Sanitaires des résidents	2	7	15
Espace Fumeur	1	30	30
Chambres d'hôtes (2 lits + toilettes)	1	25	25
Bibliothèque / bookcrossing /nouvelles technologies	1	100	100
Salle de sport / Dojo	1	50	50
Espace pour enfants	1	10 à 20	20
Espace de restauration			
Salle à manger	1	40 à 60	60
Cuisine centrale	1	50 à 80	80
Atelier cuisine collective	1	20	20
Réserve alimentaire	1	40 à 50	50
Sanitaires des résidents	1	7	7
Hébergement (unité de 25 habitants)			
T1	4	1450	5800
T2 (couple)	10	45	450
T2 (couple)	15	60	900
Salon / entrée	1	40	40
Sanitaires collectifs des résidents	1	10	10
Dépôt et local ménage	1	5	5
Local fauteuils roulants	1	5	5
Poste in rmier / of ce	1	30	30
Vestiaires + sanitaires du personnel	1	10	10
Espaces extérieurs			
Terrain de jeux miniatures pour les enfants	1	50	50
Un cagadou pour les animaux de compagnie	1	30	30
Espace de jardinerie (prox. Visu. restaurant)	1	50	50
Espace d'horticulture (prox. Entrée)	1	50	50
Des espaces vert praticables	/	/	/
Aménagements ext. (tables / coin repos)	/	/	/
Des espaces boisés appropriables / sécurisés	/	/	/
Unité de vie pour 15 personnes désorientées			
Chambres à 1 lit	1	16	16
Salles d'eau	15	4	60
Salon	1	20	20
Salle à manger	1	40	40
Of ce	1	10 à 16	16
Salle de bains collective	1	10 à 15	15
Sanitaires collectifs	2	7	14
Dépôt et local ménage	2	6	12
Local fauteuils roulants	1	5	5
Bureau du cadre in rmier	1	12	12
Poste in rmier	1	30	30
Vestiaires + sanitaires du personnel	1	15	15
Services généraux			
Service mortuaire (prox. lieu de culte)	1	40	40
Lingerie et dépôt linge propre	1	20	20
Dépôt central linge sale	1	10	10
Archives	1	20 à 40	40
Bagagerie	1	20 à 40	40
Réserve	1	30	30
Chaufferie	1	30 à 40	40
Local technique	1	10 à 40	40
Local poubelles	1	10 à 20	20
Garage	1	15 à 30	30
Total			7902

Un centre de vie pour retraités; Une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées...



TPFE CHIANESE SEBASTIEN, Session de Novembre 2004
 Directeur d'étude : Jean Baptiste HEMERY
 Second enseignant : Erwan QUEFFELEC
 Troisième enseignant : Michel MONTARDY
 Enseignant extérieur : Jean-Louis ROUX
 Personnalité compétente : Jean-Alwin MARGARIT

Jeudi 2 décembre 2004 E.A.M.C.



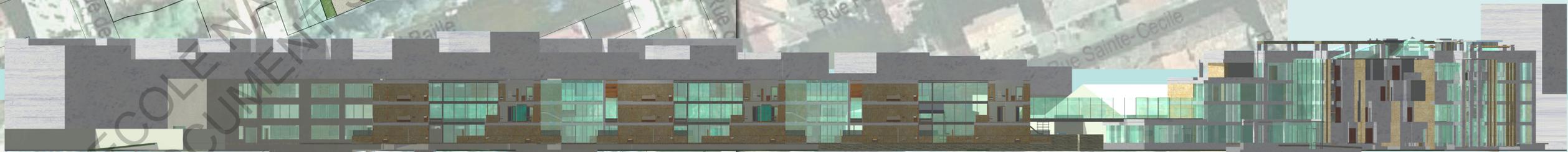
Implantation, composition, volumes



Coupe Transversale



Axonométrie Générale



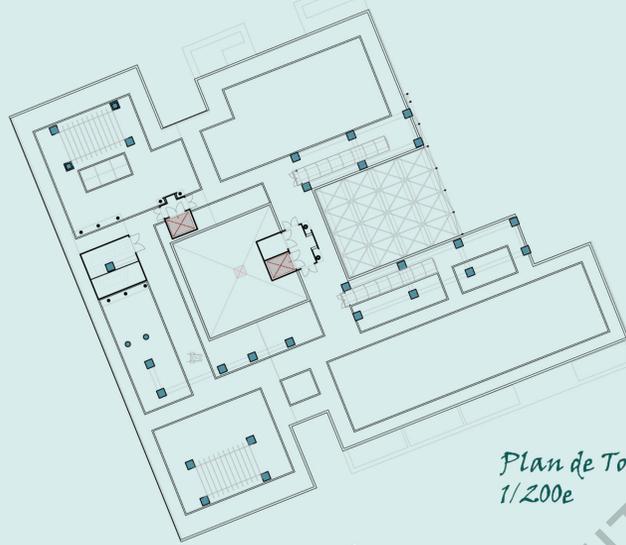
Coupe Longitudinale



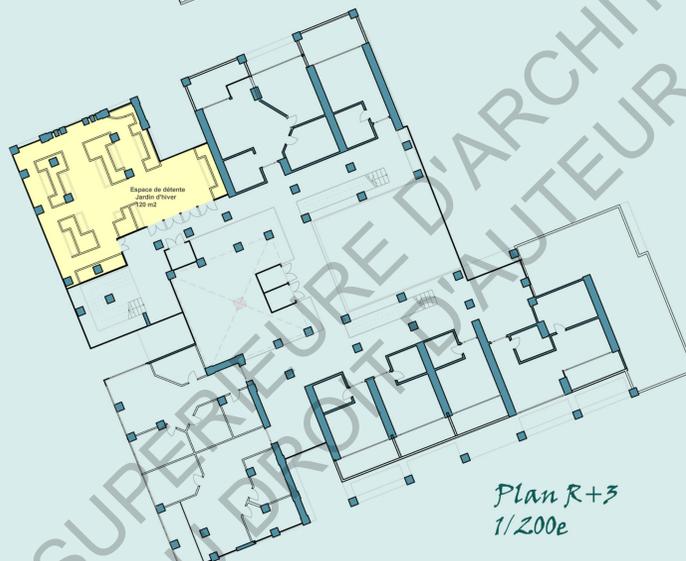
UN CENTRE DE VIE POUR RETRAITE; UNE NOUVELLE FORME D' HABITAT POUR PERSONNES AGEES



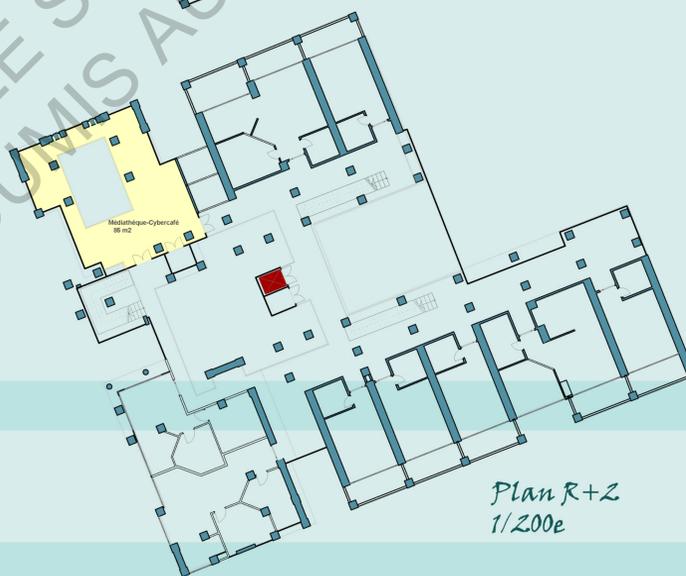
Perspectives sur place intérieure



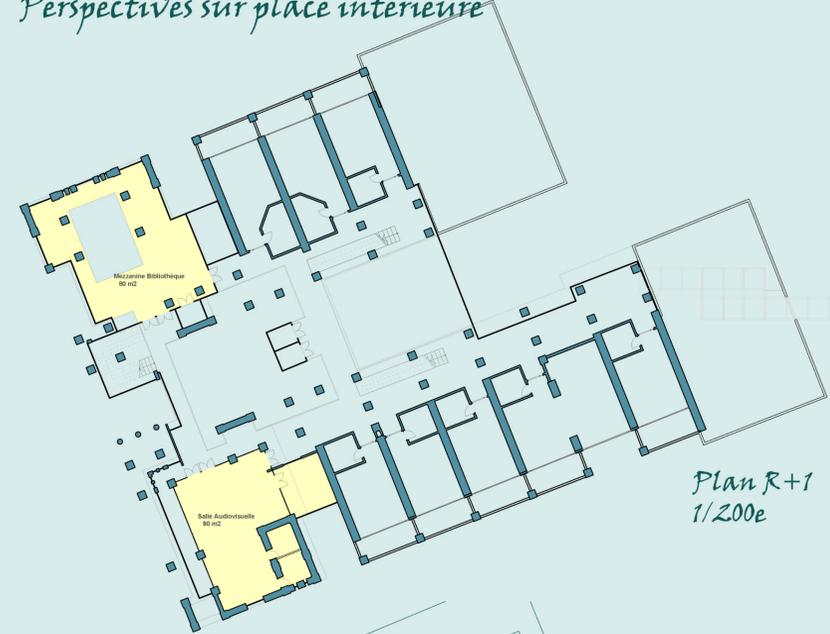
Plan de Toiture
1/200e



Plan R+3
1/200e



Plan R+2
1/200e



Plan R+1
1/200e



Plan RDC
1/200e



Façade Est



Façade Sud



Façade Ouest, Rue des Vertus



Coupe Transversale sur le patio



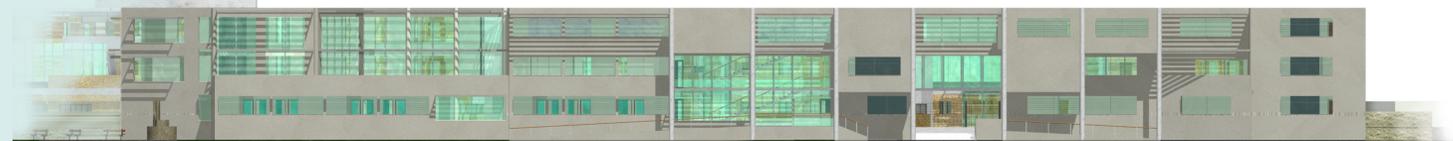
Vue sur l'espace vert, de la Rue des Vertus



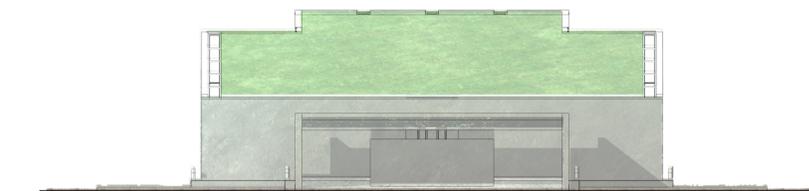
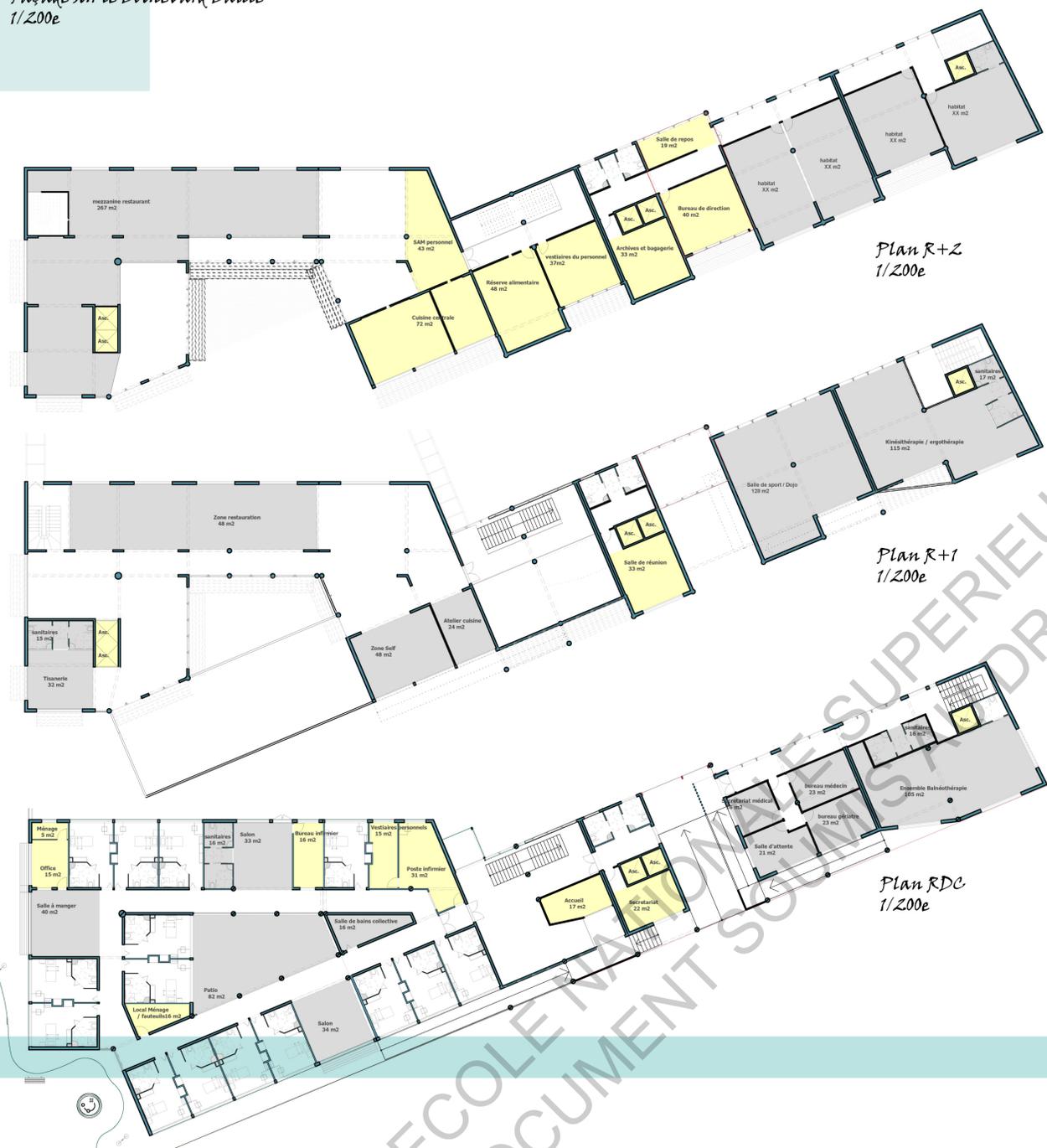
Vue de la traverse Hugueny



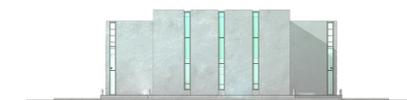
Bâtiment Administratif et lieu de culte



Façade sur le Boulevard Baille
1/200e



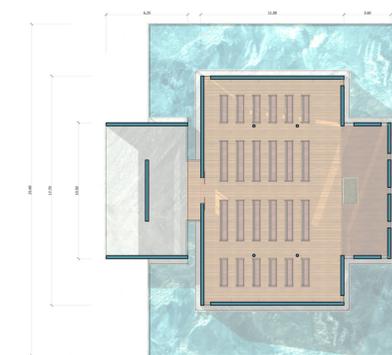
Façade du Parvis, vue Ouest



Chevet, vue Est



Coupe longitudinale



Plan du lieu de culte oecuménique
1/200e



Façade Nord



Façade Sud



Façade ouest



Coupe Longitudinale



Façade Nord, sur îlot



Ensemble de Logements, Plans types des unités d'habitations



Façade EST



Perspective Intérieure
des unités d'habitations



Plan R+Z



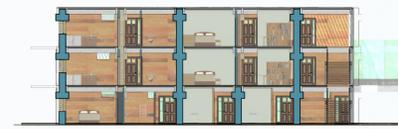
Coupe Transversale 1



Plan R+Z



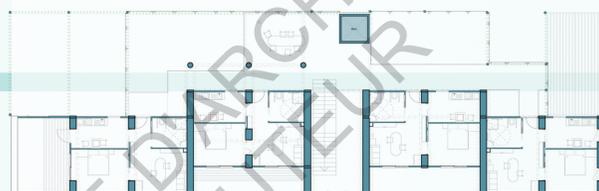
Façade Est



Coupe Transversale 2



Plan R+1



Plan R+1



Façade Ouest



Perspective Intérieure
des unités d'habitations



Façade Ouest



Plan RDC



Façade Nord



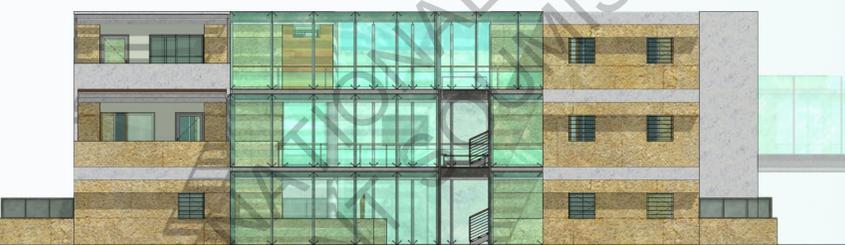
Façade Nord



Coupe Transversale



Plan RDC



Façade Sud, entrée principale des unités



Façade Principale
Bâtiment Nord



TPFE CARIANESE SEBASTIEN, Session de Novembre 2004

Directeur d'étude: JEAN BAPTISTE #EMERY

Second enseignant: ERWAN QUÉFFÉLEC

Troisième enseignant: MICHEL MONTARDY

Enseignant extérieur: JEAN-LUIGI ROUX

Personnalité compétente: JEAN-ALAIN MARGARIT, Jeudi 2 décembre 2004 EATMC