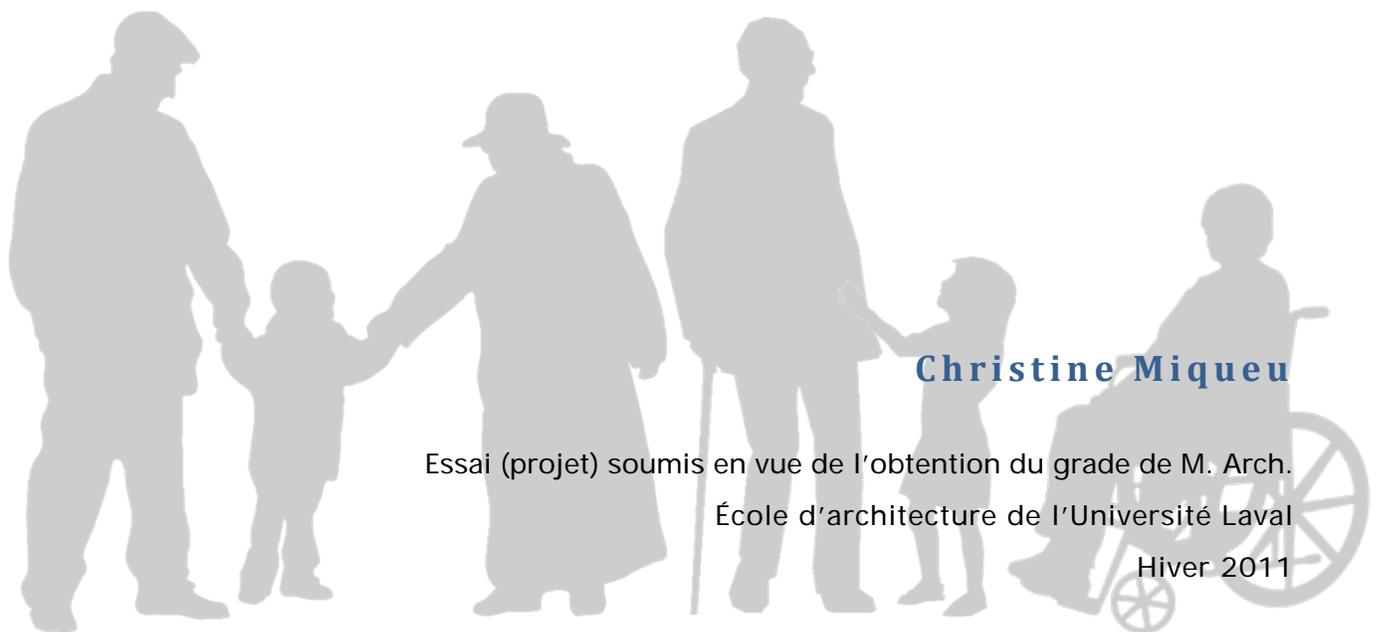


# **Entre communauté et intimité**

*Un centre d'hébergement de soins de longue durée repensé*

---



**Christine Miqueu**

Essai (projet) soumis en vue de l'obtention du grade de M. Arch.  
École d'architecture de l'Université Laval  
Hiver 2011

# Entre communauté et intimité

*Un centre d'hébergement de soins de longue durée repensé*

---



**Christine Miqueu**

Superviseurs : François Dufaux et Anne Vallières

Direction de programme : Pierre Côté

Essai (projet) soumis en vue de l'obtention du grade de M. Arch.  
École d'architecture de l'Université Laval

20 mai 2011

## Résumé

Dans le contexte actuel de l'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) pour les personnes âgées semi et non autonomes, cet essai (projet) veut revoir le type de milieu de vie offert aux aînés. La problématique cernée rejoint la personne âgée de deux manières. D'abord, la perte de repère et d'interaction avec la société, la vie active et la communauté rend difficile l'identité sociale de l'individu. Deuxièmement, le manque de contrôle sur son quotidien et d'espace ou de moment d'intimité brime l'identité privée de la personne âgée.

Le projet tente de pallier le manque d'interaction avec la communauté en regroupant des services, activités et ressources s'adressant à toutes les couches de la population à même le centre d'hébergement. Également, le centre devient un pôle pour les aînés du quartier qu'ils soient en hébergement ou non. Sur le plan de l'intimité, la question de l'échelle du milieu de vie apparaît primordiale afin d'offrir une ambiance résidentielle centrée autour des activités de la vie quotidienne.

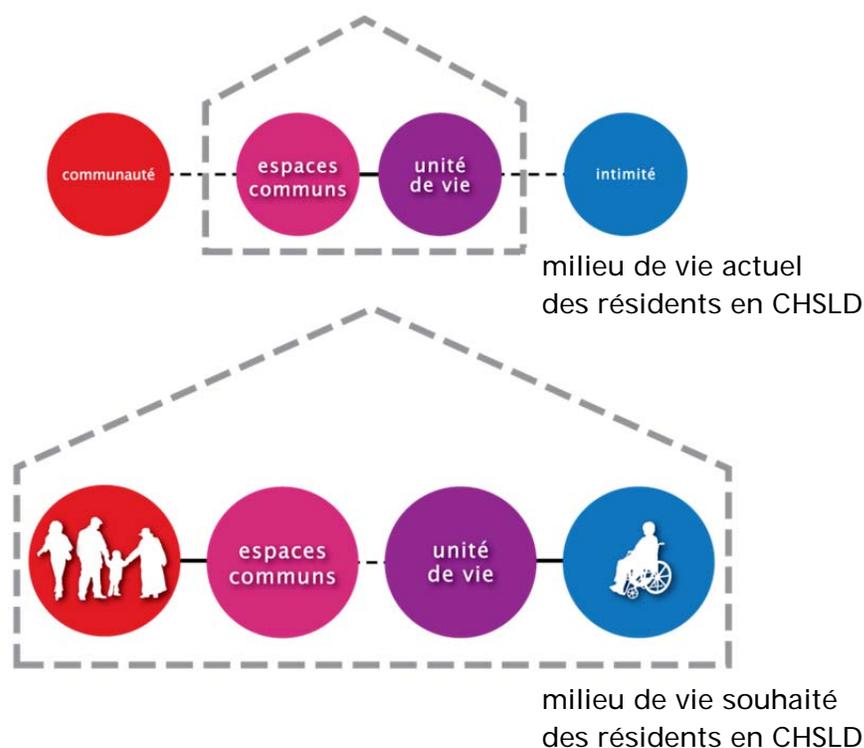


Figure 1 : Schéma conceptuel du milieu de vie en CHSLD

## Avant-propos

---

Ayant travaillé quelques étés dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et fait du bénévolat durant plusieurs années dans différents centres d'hébergement pour personnes âgées, il m'a été possible de constater le quotidien de ces milieux. Il serait faux de croire que tous les aînés en hébergement sont malheureux ou vivent des situations difficiles. La majorité des résidents apparaissent bien dans leur milieu d'adoption, tandis que d'autres semblent vivre une détresse ou du moins un inconfort. Dans tous les cas, il est possible de faire mieux. Le contact au quotidien en centre d'hébergement permet également de constater le dévouement du personnel auprès des résidents, étant eux-mêmes pris dans une organisation rigide et dans un milieu physique peu adapté. Le problème étant de deux natures, organisationnelle et architecturale, il serait plus aisé de modifier l'organisation dans une nouvelle architecture soutenant le changement souhaité que de tenter l'inverse. C'est dans cette idée que se déploie la réflexion et le projet, une architecture renouvelée qui encouragera un changement des pratiques.

*« Aujourd'hui, je me dévoue encore. Je mets les tables. Je donne de l'aide. [...] Je suis toujours prête à rendre service. »*

*Madame A. 89 ans  
(Charpentier, 2007, p. 84)*

*Il n'y a pas une vieillesse,  
mais bien des  
vieillissements.*

*(Charpentier, 2007, p. 137)*

*« Il faut quand même faire son deuil, abandonner tout, complètement. Tu vends tes meubles, tu vends ta voiture. [...] J'admets que ç'a été très pénible, parce que toutes les petites habitudes disparaissent. [...] Arriver ici, c'est autre chose! C'est agréable quand même, mais mon Dieu que c'est dur de se défaire de tout ça, de changer d'habitudes et de changer de vie complètement.»*

*Monsieur N. 66 ans  
(Charpentier, 2007, p. 77)*

## **Remerciements**

---

Je souhaite remercier M. François Dufaux pour son encadrement lors de la recherche et de la rédaction de l'essai. Je tiens également à remercier Mme Anne Vallières et les membres du jury pour leurs réflexions et critiques constructives tout au long de l'élaboration du projet. Un remerciement spécial à Mme Denise Piché pour son aide et ses conseils porteurs de précieuses connaissances sur le sujet de l'essai.

## **Équipe d'encadrement**

---

Directeur de recherche pour l'essai :

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

Directrice de recherche pour le projet :

Anne Vallières, architecte

## **Membres du jury**

---

Myriam Blais, architecte, directrice et professeure, École d'architecture de l'Université Laval

Simon Brochu, architecte

Alexis Ligougne, architecte

Jacques Plante, architecte, professeur, École d'architecture de l'Université Laval

Anne Vallières, architecte

## Table des matières

---

<b>Résumé.....</b>	<b>i</b>
<b>Avant-propos.....</b>	<b>ii</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>iii</b>
<b>Équipe d'encadrement.....</b>	<b>iii</b>
<b>Membres du jury.....</b>	<b>iii</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>vi</b>
<b>1] Objet de la recherche .....</b>	<b>1</b>
<b>2] Problématique de l'hébergement des aînés au Québec.....</b>	<b>3</b>
2] 1. Le vieillissement de la population au Québec .....	3
2] 2. L'offre de services pour les personnes âgées .....	4
2] 3. Le contexte des CHSLD .....	5
2] 4. Les caractéristiques des clientèles en CHSLD .....	7
2] 5. Les contradictions entre le discours et la pratique .....	9
<b>3] Réflexions sur les dynamiques humaines .....</b>	<b>12</b>
3] 1. Les approches de soins.....	12
3] 2. Les interactions sociales et la vie communautaire .....	14
3] 3. L'intimité et le contrôle de la vie privée.....	15
3] 4. L'identité et le chez-soi .....	16

<b>4]</b>	<b>Réflexions sur l'environnement physique .....</b>	<b>19</b>
4]	1. L'importance de l'environnement physique chez les aînés .....	19
4]	2. Les caractéristiques d'un milieu de vie selon la littérature.....	20
4]	3. Les particularités de l'environnement physique pour les aînés avec déficit cognitif.....	20
4]	4. Le caractère domestique .....	22
4]	5. Une étude de précédents architecturaux exemplaires .....	24
<b>5]</b>	<b>Réponses du projet.....</b>	<b>31</b>
5]	1. Prise de position face à la problématique.....	31
5]	2. Un programme comme une solution potentielle.....	32
5]	3. Un site qui sied au programme .....	34
5]	4. Description du projet .....	37
<b>6]</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>41</b>
6]	1. Retour sur l'essai (projet).....	41
6]	2. Conclusion.....	42
<b>7]</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>43</b>
<b>8]</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>46</b>
8]	1. Planches de présentation de la critique finale.....	46
8]	2. Caractéristiques des clientèles des CHSLD .....	51
8]	3. Caractéristiques de précédents étudiés.....	53
8]	4. Programmes références .....	57
8]	5. Sites potentiels et opportunités spatiales.....	61
8]	6. Phases de développement du secteur.....	63

## Liste des figures

---

Figure 1 : Schéma conceptuel du milieu de vie en CHSLD .....	i
Figure 2 : Offre de services selon les clientèles .....	5
Figure 3 : Schéma organisationnel d'un CHSLD par la CHQ .....	11
Figure 4 : Aspects identitaires du chez soi .....	16
Figure 5 : Analyse du CHSLD Saint-Eugène .....	26
Figure 6 : Analyse du centre Virranranta .....	27
Figure 7 : Analyse du centre Humanitas Bergweg .....	28
Figure 8 : Analyse d'un CHSLD type .....	29
Figure 9 : Analyse d'une maison privée type .....	30
Figure 10 : Organigramme de la syntaxe spatiale du projet en entier .....	32
Figure 11 : Organigramme de la syntaxe spatiale de l'hébergement pour déficit physique	33
Figure 12 : Organigramme de la syntaxe spatiale de l'hébergement pour déficit cognitif ..	33
Figure 13 : Ilot d'implantation du projet.....	35
Figure 14 et 15 : Ruelle et rue .....	35
Figure 16 : Trois vitesses de lecture des façades sur rue .....	36

## **1] Objet de la recherche**

---

Cet essai (projet) propose une réflexion sur le programme, la typologie et l'aménagement d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Le but du projet consiste à revoir le milieu de vie des aînés semi et non autonomes en fournissant des possibilités d'interactions sociales à l'échelle du quartier, en plus de répondre à leur besoin d'intimité et de sécurité dans une ambiance résidentielle. Pour se faire, l'offre d'espaces publics et l'aménagement des lieux intimes seront travaillés sous l'angle des interfaces négociant la relation entre public/privé. La réflexion porte principalement sur quatre enjeux, soit la qualité du milieu de vie, l'interaction avec la communauté, l'intimité des individus et l'identité.

La recherche-crédation utilise une approche programmatique (Duerk, 1993) où la personne est au cœur de la réflexion et s'inspire grandement des exemples du nord de l'Europe. Une remise en question du fonctionnement institutionnalisé actuel des CHSLD est ici nécessaire afin de transformer le milieu de vie des aînés en perte d'autonomie. Ce travail ne porte pas sur les changements organisationnels, mais plutôt sur l'architecture qui soutient de tels changements. L'étude de ce sujet s'inscrit dans la suite de réflexions des essais (projets) de Karine Boisvert (2002), « L'organisation du bâti face aux nouvelles réalités du maintien à domicile : création de points de services pour les CLSC », de Jylve Boucher (2006), « Un nouveau parcours pour le couvent Notre-Dame : Résidence de retraite au cœur du vieux St-Romuald pour personnes âgées actives », d'Élise Lapierre (2008), « Espace lisible : l'architecture face à l'oubli » et de Yan Paquin (2006), « L'Architecture et le Grand Âge : un environnement physique au soutien de l'autonomie des aînés ».

Le projet s'implante dans le Vieux-Limoilou afin de miser sur l'animation et l'esprit de quartier déjà présent. La question de l'échelle du projet tente de répondre aux besoins du milieu tout en restant dans une image non institutionnelle. Les principes tirés de la recherche ne sont pas spécifiques à cet emplacement et pourraient se répliquer dans d'autres endroits, alors que l'adaptation aux besoins du quartier et du site en fait un projet unique.

L'essai présente d'abord la problématique et le contexte de la qualité de vie des personnes âgées au Québec pour mieux cerner les enjeux. Par la suite, il se penche sur une

*Entre communauté et intimité : Un centre d'hébergement de soins de longue durée repensé*

réflexion des dynamiques humaines qui entourent le vieillissement en institution par une étude de la littérature. La réflexion se porte ensuite sur l'environnement physique sous le regard de la littérature et de précédents architecturaux exemplaires européens, américains et québécois. Enfin, le projet tente concrètement de répondre aux enjeux soulevés.

## **2] Problématique de l'hébergement des aînés au Québec**

---

Ce chapitre fait état du vieillissement de la société québécoise dans le contexte de la qualité de vie des aînés. Comme dans plusieurs autres sociétés industrialisées, la situation démographique du Québec entraînera une pression importante sur les structures de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au courant des prochaines années. En débutant par l'exposition rapide des faits sur le vieillissement de la population et des perspectives démographiques, ce chapitre s'attarde sur l'offre des services d'hébergement et plus spécifiquement sur le contexte particulier des CHSLD. Il semble également important de bien comprendre les caractéristiques des clientèles qui forment la population vieillissante en perte d'autonomie. Enfin, il peut être relevé quelques contradictions apparentes entre le discours sur la qualité de vie des personnes âgées et la concrétisation des services offerts. Cette problématique complexe oriente les réflexions et permet de bien cerner les enjeux de cette recherche.

### **2] 1. Le vieillissement de la population au Québec**

Le phénomène du vieillissement de la population au Québec est un sujet bien connu et longuement discuté qui se caractérise par un inversement des pyramides d'âges dû à la forte proportion d'aînés. Tout en étant prévisible depuis de nombreuses années, l'adaptation des services et des infrastructures tarde à arriver. Quelques données rappellent la nécessité d'agir. Pour le Québec, 14,9 % de la population est actuellement âgée de plus de 65 ans, ce sera 26 % en 2031. Dans la région de la Capitale nationale, la population de plus de 65 ans représente, en 2006, 15,2 % de l'ensemble des résidents alors qu'en 2031 les aînés formeront 29.1 % de la population. Le vieillissement, au courant des 20 prochaines années, s'explique par l'arrivée massive des baby-boomers à l'âge d'Or. Par contre, les perspectives pour le Québec jusqu'en 2056 montrent que la proportion d'aînés continue à augmenter, mais de manière plus graduelle soit de 2 % de plus entre 2031 et 2056. En 2006, les 65 ans et plus étaient un peu plus d'un million soit 14 % de la population québécoise, ils seront près de 2,6 millions vers 2056 ce qui représente 28 %. (données tirées de Québec, Institut de la statistique 2009 et 2010) Ces chiffres montrent

que l'image du Québec aux cheveux blancs se perpétuera pour les quarante prochaines années et que la demande de services pour personnes âgées sera grandissante.

## **2] 2. L'offre de services pour les personnes âgées**

Les trajectoires de vie des aînés sont multiples et dépendent de plusieurs facteurs, dont l'état de santé, l'implication des proches, les services offerts dans la région et la capacité financière. Pour beaucoup, les CHSLD sont perçus comme une solution de dernier recours qu'ils espèrent éviter. En effet, 90 % des personnes âgées souhaitent rester à leur domicile jusqu'à la fin de leurs jours (Regnier et Denton, 2009 et Sixsmith, 2008). Au Québec, en 2006, 87% des personnes âgées habitaient leur domicile, près de 7% se trouvaient en résidence privée, moins de 4% étaient hébergés en CHSLD et 2% se répartissaient d'autres types de ressources comme familiales, intermédiaires ou communautaires. Le domicile est ici considéré comme le milieu de vie, soit la résidence de longue date ou un logement qui a su devenir un chez soi au fil du temps. Vieillir chez soi est possible pour la plupart des aînés s'ils obtiennent une aide à domicile de la part de leurs proches et de ressources communautaires ou institutionnelles. Bien que le gouvernement ait pris des mesures depuis les années 1990 encourageant l'aide à domicile, obtenir cette aide peut parfois représenter un défi ou être un fardeau qui force certaines personnes à quitter leur domicile. En plus, vient souvent un moment critique relié à un état de santé s'aggravant qui demande de faire un choix entre une aide à domicile importante et coûteuse ou un déménagement dans une résidence ou un CHSLD. C'est ainsi, souvent dans une situation de crise, où il faut agir rapidement que la décision de quitter le domicile est prise. L'entrée en résidence ou CHSLD devient alors précipitée et inquiétante ce qui n'aide en rien la première impression du nouveau milieu. Près du 2/3 des résidents n'avaient jamais visité leur nouveau milieu de vie avant d'y emménager et la plupart n'ont pas l'impression d'avoir choisi leur déménagement (Charpentier, 2007).

Certaines personnes âgées suivent des trajectoires différentes en déménageant plus tôt dans un milieu assisté afin de prendre le temps de choisir et de s'adapter à un nouveau mode de vie dans un état d'esprit plus libre. Encore une fois, la capacité financière de la personne est très déterminante du type de milieu qui lui est offert. Certaines résidences privées coûteuses offrent des environnements sociaux et de soins de bonne qualité qui

peuvent être attirants pour certains. Alors que d'autres, moins fortunés, se retrouvent dans des milieux plus institutionnalisés. La figure 2 montre les types d'habitation selon les clientèles, de multiples trajectoires sont possibles selon les besoins et les ressources des personnes. Ainsi, les personnes âgées peuvent être amenées à déménager à de nombreuses reprises suivant l'état de santé et de leur finance. Dans ce contexte, il peut devenir difficile de conserver un réseau social, un sentiment d'appartenance à son milieu et de contrôle sur son destin, surtout pour des personnes en perte d'autonomie.

*Il n'y a pas une vieillesse, mais bien des vieillissements. [...] Par conséquent, il doit y avoir des habitats multiples, des réponses et des formules plurielles. (Charpentier, 2007, p. 137)*

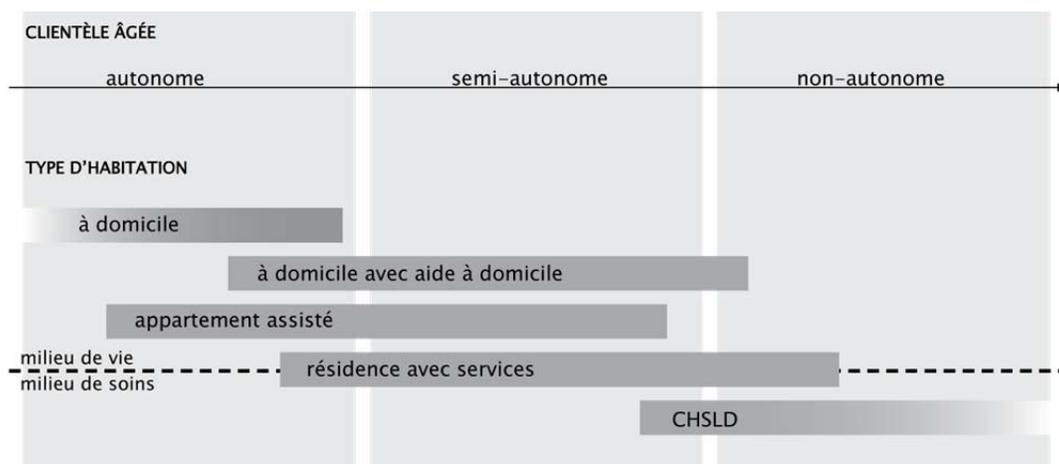


Figure 2 : Offre de services selon les clientèles

### 2] 3. Le contexte des CHSLD

La définition d'un Centre d'hébergement et de soins de longue durée se lit comme suit dans le Guide de planification immobilière de la Corporation d'hébergement du Québec (2008) :

*Le centre d'hébergement et de soins de longue durée doit offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte*

*d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.*

*L'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. (Extrait de la Loi sur les services de santé et les services sociaux) (Québec - CHQ, 2008, p. 1)*

Cette définition, assez floue par sa généralité qui englobe toutes possibilités, semble plutôt portée sur l'offre de soins bien que l'on parle d'un milieu de vie substitut. Les aspects physiques d'une personne sont considérés, mais qu'en est-il du côté psychologique qui se rattache à un milieu de vie tel que l'intimité, l'identité ou l'image sociale d'un individu?

L'une des problématiques des centres d'hébergement actuels se situe dans la perte de repères publics et privés par rapport au milieu résidentiel familial des personnes âgées. Souvent mis à l'écart de leur communauté et même parfois un peu délaissés par leur propre famille, les aînés en centre d'hébergement peuvent éprouver un sentiment d'inutilité, de solitude ou d'abandon. Cette détresse psychologique peut être plus marquée chez les personnes non autonomes et entraîner ou aggraver d'autres problèmes de santé (Bond, 2005). La coupure avec la société s'ajoute à un milieu de vie institutionnalisé dans la plupart des centres d'hébergement. Ainsi, tout en ne participant plus à une vie publique, les résidents ne connaissent pas non plus de réelle intimité dans un espace qui leur est propre. Leur quotidien se déroule dans un entre-deux de lieux semi-publics et semi-privés. Cette perte de repères entre le public et l'intime n'est pas souhaitable comme milieu de vie à long terme surtout pour des personnes en perte d'autonomie ou avec des problèmes cognitifs pour qui l'environnement physique est déterminant du maintien des capacités (Campion, 1996 dans Zeisel, 2003).

Le cadre institutionnel apparaît comme un autre enjeu majeur des CHSLD. Tant au niveau de l'organisation de la vie quotidienne que de l'image projetée, ces centres ne s'orientent pas vers un réel milieu de vie. Le rythme journalier est dicté par la routine des soins et du personnel et non par les habitudes de vie des résidents. Ce sont les personnes âgées qui doivent s'adapter à l'organisation du centre plutôt que le contraire. Cette idée que les résidents doivent « entrer le moule de l'institution » est clairement exprimée et questionnée par les intervenants interrogés dans l'étude de Grenier (2004). « On n'a plus

*Entre communauté et intimité : Un centre d'hébergement de soins de longue durée repensé  
notre chez-nous, on ne vit pas à notre rythme, mais on vit au rythme des autres. Madame M. 96 ans »  
(Charpentier, 2007, p.90).*

Également, l'image perçue des CHSLD comme des institutions où l'on « place les vieux » est forte. À un premier niveau, les formes et les aménagements institutionnels s'éloignant de la référence familiale résidentielle posent un problème d'appartenance et d'identité qui réduit beaucoup la qualité de vie des résidents (Caouette, 2005). En plus, tant l'apparence que les appellations des centres contribuent à stigmatiser les personnes âgées qui y résident comme des personnes sans utilité pour la société qui sont vues comme totalement dépendantes (Charpentier, 2007; Regnier, 2002).

## **2] 4. Les caractéristiques des clientèles en CHSLD**

Les clientèles que forme la population âgée en perte d'autonomie sont très variées avec des caractéristiques uniques à chaque personne. Il n'est pas souhaitable d'apposer une étiquette à un individu puisque l'image négative de la pathologie aura préséance sur l'identité propre de la personne (Société Alzheimer de la Mauricie, 2007). Par contre, pour les bienfaits d'adaptation du milieu aux besoins de la population âgée, il peut être utile de connaître les caractéristiques des clientèles. La majorité des besoins des personnes se rattache à quatre groupes, soit celles ayant des déficits cognitifs, des déficits physiques, des problèmes graves de santé physique ou finalement celles vivant une perte d'autonomie reliée à leur âge avancé. Un individu comme tel ne cadre pas nécessairement dans l'une de ces catégories, puisque plusieurs troubles peuvent affecter une même personne. C'est pourquoi le milieu doit pouvoir répondre aux besoins de toutes ces clientèles.

Les clientèles ayant des déficits physiques limitant leur mobilité ou leurs activités de la vie quotidienne (environ 50 % des résidents en CHSLD) bénéficient d'un environnement physique adapté qui réduit les obstacles. Ces clientèles peuvent rester plus longtemps à domicile avec quelques adaptations et un soutien selon leurs besoins. À l'opposé, les clientèles ayant des déficits cognitifs (environ 80 % des résidents en CHSLD) demandent plutôt un environnement sécuritaire et encadré. Pour ce type de clientèle, il semble plus difficile de rester à domicile puisque selon l'état de la personne, une surveillance constante peut être nécessaire ainsi qu'un milieu contrôlant les stimuli. Dans tous les cas, ces

personnes ont besoin d'un milieu de vie où ils auront un sentiment de chez soi, ce qui est difficilement atteint dans un environnement institutionnel (Charpentier, 2007).

Peu importe la pathologie d'un individu, il peut être autonome, semi-autonome ou non autonome. Les clientèles des CHSLD sont considérées non autonomes, ce qui ne veut pas dire que ces personnes ne peuvent plus rien faire. Elles ont simplement besoin d'une assistance importante dans leur vie quotidienne. C'est ici que les milieux institutionnels dérapent et prennent en charge l'entièreté de la vie quotidienne de leurs résidents plutôt que d'encourager les capacités de chaque individu. Le concept utilisé au Danemark « *use it or lose it* » (Regnier et Denton, 2009; Regnier, 2002) est très clair à ce sujet, les résidents deviennent totalement dépendants parce qu'ils n'utilisent pas leurs capacités restantes dans la vie quotidienne.

Une description plus détaillée des clientèles des CHSLD se trouve en annexe 8]2.

Il est également possible de voir les clientèles en hébergement sous l'aspect social. Celui-ci suggère des intérêts, des attentes et des besoins différents qui doivent être pris en compte dans la création d'un milieu de vie. C'est par respect, surtout pour les moins favorisés, que les milieux de vie en hébergement doivent répondre à leurs habitudes de vie afin que tous se sentent chez eux. Au Québec, plus du quart de l'hébergement pour personnes âgées est offert en CHSLD (Villeneuve, 2007). Il faut se souvenir que près du 2/3 de cette clientèle est féminine et que plus de la moitié des résidents n'ont comme seul que revenu la pension de vieillesse (Charpentier, 2007). En résidence privée, la situation n'est pas la même puisque cette clientèle est souvent plus fortunée. 55% des places d'hébergement au Québec se trouvent en résidence privée à but lucratif où le loyer mensuel peut varier entre 800\$ et 5 000\$ (Villeneuve, 2007). Toutes les clientèles ont droit à la même qualité de services et d'environnement physique, mais les orientations peuvent différer. Par exemple, certaines personnes préfèrent jouer au bingo alors que d'autres seront plus intéressées par une conférence éducative. Lorsqu'un centre accueille plus d'une centaine de personnes provenant de sphères variées, il peut être plus difficile d'adapter le milieu aux besoins de chacun. Une résidence de plus petite envergure hébergeant des personnes d'un même milieu semble plus appropriée.

Dans un milieu d'hébergement, d'autres usagers cohabitent avec les résidents et ne sont pas à négliger afin d'offrir un milieu de vie de qualité. En premier lieu,

l'environnement physique doit faciliter le travail du personnel, bien que le milieu ne soit pas conçu prioritairement pour lui. Ensuite, la famille, les amis et les bénévoles sont essentiels à l'ambiance de chez soi et sont un lien social majeur avec la communauté (Charpentier, 2007; Regnier et Denton, 2009; Dilani, 2005; Grenier, 2004; Milliagan, 2005; Regnier, 2002; Richard, 2008; Société Alzheimer de la Mauricie, 2007). Enfin, la clientèle externe bénéficie de certains services par le biais d'un centre de jour. Ces personnes représentent les futurs résidents et constituent un potentiel d'interactions, d'amitié et d'entraide à ne pas négliger. Trop souvent, la clientèle externe est complètement séparée des résidents du CHSLD même si elle fréquente le même bâtiment.

## **2] 5. Les contradictions entre le discours et la pratique**

À la lumière des publications gouvernementales, il est évident que l'autorité gouvernementale est au fait de l'importance du milieu de vie pour les personnes âgées. Citons le Guide d'aménagement des Centres d'hébergement et de soins de longue durée du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002):

*Il est fortement recommandé de mettre en place un environnement qui respectera les difficultés d'adaptation de cette clientèle c'est-à-dire un milieu stable et sécuritaire qui s'apparentera à un milieu de type familial et qui [...] permettra aux résidents d'actualiser leur autonomie. [...] une approche appropriée du personnel et des activités adaptées aux capacités résiduelles de chacune de ces personnes sont des éléments complémentaires indispensables à un environnement adapté. (Québec – MSSS, 2002, p. 10)*

Un autre exemple provenant du Ministère de la Santé et des Services sociaux dans « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles » (2003) discute bien de l'importance des dimensions humaines en plus de la question de l'autonomie :

*[...] favoriser le bien-être physique, mental et émotionnel, le développement personnel et le maintien optimal de l'autonomie de toutes personnes hébergées; répondre aux besoins (soins et services) et attentes des personnes hébergées en adaptant leur environnement humain (personnel, famille, bénévoles) et physique. (Québec – MSSS, 2002, p. 10)*

Malheureusement, comme l'essai de Paquin (2006) le relève, des contradictions majeures marquent le discours et la réalité du quotidien des aînés. Sans entrer dans les débats organisationnels, il est possible de souligner la problématique des orientations architecturales prônées par la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ). Beaucoup d'information encadre les aménagements dits prothétiques qui pallient les déficits physiques et cognitifs des résidents. L'importance de l'accessibilité, de la sécurité et de la surveillance est bien évidente. Par contre, comme les résidents sont des personnes avant d'être des déficits, ils ont besoin d'un milieu de vie qui encourage leur autonomie, leur identité et leur sociabilité. La CHQ avance des principes intéressants dans le Répertoire de planification :

*Le concept d'îlot ramène l'unité de vie à une dimension plus humaine et plus résidentielle, facilitant un mode d'échange qui encourage la création de liens et le sentiment d'appartenance entre résidents et avec les intervenants. Chaque îlot, qui peut accueillir une clientèle présentant des caractéristiques et des besoins semblables, permet d'ajuster l'environnement physique, les activités et les modes de communication, éléments dits prothétiques, en fonction des besoins des résidents regroupés. De plus, une approche basée sur le concept de milieu de vie favorise la qualité de vie des résidents et la satisfaction des intervenants, des résidents et des familles. (Québec - CHQ, 2009, p.1)*

Par contre, les modèles et les critères d'aménagement de la Corporation semblent plus discrets à ce sujet ou tout simplement contradictoires. Les logiques d'organisation spatiales apparaissent plutôt centrées sur le rendement du personnel que sur le bien-être des résidents (Charpentier, 2007). Ainsi, de petits îlots de 8 à 15 personnes seraient regroupés par étage en unité de plus de 30 personnes pour une question d'efficacité du personnel et de centralisation des services. Les problèmes d'institutionnalisation du cadre de vie n'en sont pas réglés. La question d'échelle peut donc se poser.

De plus, l'idée de petits îlots répondant à tous les besoins du quotidien des aînés où les services viennent à eux plutôt que le contraire coupe les résidents de riches contacts avec l'extérieur de leur milieu de vie. La question des interactions sociales et communautaires peut être soulevée. La figure 3, à la page suivante, montre le peu d'importance accordée aux espaces publics pour l'interaction avec la communauté dans un CHSLD selon le guide de la Corporation. Pourtant, un milieu de vie équilibré doit permettre tant une identité privée que publique à ses résidents. Pour ces personnes non autonomes, la communauté doit venir à eux puisqu'elles ne peuvent aller vers elle.

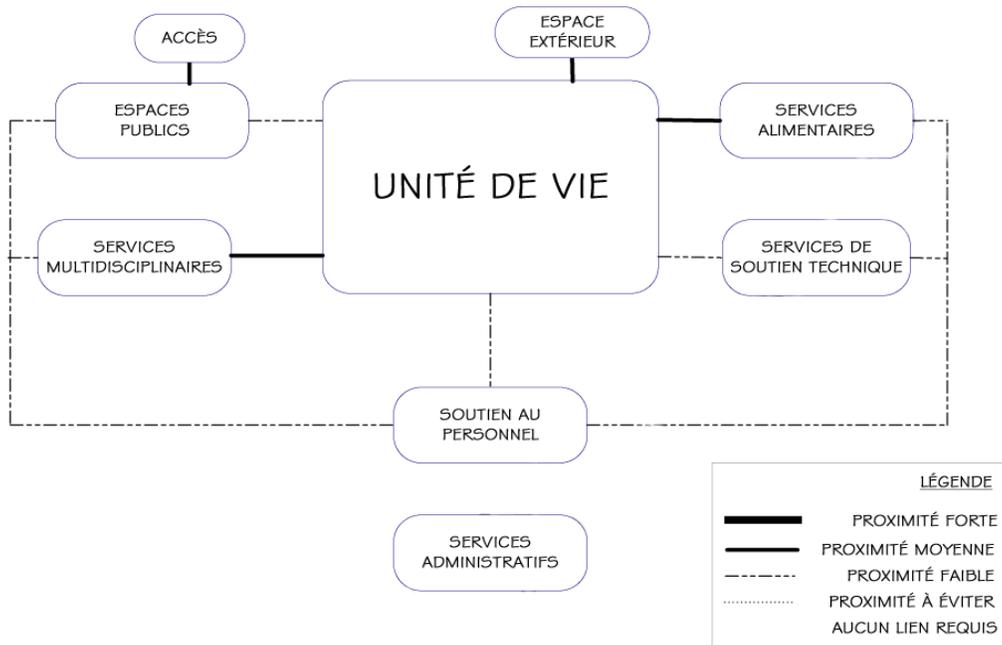


Figure 3 : Schéma organisationnel d'un CHSLD par la CHQ

Source : Québec, CHQ, 2008

Il est important de mentionner que bien que la CHQ met de l'avant des principes d'aménagement plus humains, les CHSLD existants n'y répondent pas architecturalement. Même en effectuant la rénovation des centres existants, la typologie institutionnelle de grande échelle se prête difficilement à un changement du milieu vers un environnement plus résidentiel ayant une image d'ouverture sur la communauté. Encore une fois, les questions d'échelle et d'image posent problème dans les CHSLD existants, qui en plus sont des milieux refermés sur eux-mêmes.

### **3] Réflexions sur les dynamiques humaines**

---

Ce chapitre traite des enjeux humains qui entourent l'hébergement des personnes âgées autant en perte d'autonomie que non autonomes. La littérature assez importante sur le sujet a été étudiée afin de tirer un portrait large des besoins humains. Aucune entrevue n'a été spécifiquement réalisée pour des questions d'objectivité des quelques réponses qu'il aurait été possible d'obtenir dans les délais de la recherche. Par contre, plusieurs études basées sur des entrevues ont été considérées, en plus d'articles, de revues de littérature et de mémoires. Tant les points de vue des personnes âgées, des intervenants, des aidants naturels et des familles sont pris en compte pour dégager une idée juste des besoins. De grands thèmes ont été retenus pour cette réflexion, soit l'approche de soins, l'interaction sociale, l'intimité, l'identité et le chez-soi. Une bonne compréhension des enjeux humains permettra une meilleure réponse du milieu bâti dans une approche programmatique au projet.

#### **3] 1. Les approches de soins**

Deux approches de soins sont ici discutées dans l'idée d'une vision différente des milieux d'hébergement, soit l'approche « milieu de vie » et « l'approche Carpe Diem ». Ces philosophies peuvent très bien être complémentaires puisqu'elles sont toutes les deux centrées sur la personne dans un environnement à l'échelle humaine, mais agissent dans des sphères différentes.

En premier lieu, l'idée du milieu de vie est mise de l'avant, entre autres, par la Corporation d'hébergement du Québec. Il s'agit d'une approche centrée sur la qualité de vie des personnes âgées se basant sur un fonctionnement en îlots prothétiques. Le milieu de vie implique l'intégration de trois composantes prothétiques soient l'environnement physique, la dynamique humaine et le contexte d'activité. Dans ce concept, le milieu de vie devient substitut au chez soi. L'environnement vient ainsi s'adapter pour pallier les déficits des résidents en leur permettant de participer aux activités de la vie quotidienne. « *Le contexte milieu de vie tire son origine de cette volonté de reconnaître que le résident est chez lui et non chez nous.* » (Grenier, 2004, p. 23) Ce principe semble difficilement applicable dans le contexte actuel des CHSLD qui ne sont pas conçus pour encourager les activités du quotidien comme

la préparation des repas ou le jardinage. L'approche milieu de vie s'oriente peu sur les relations entre les personnes, mais plutôt sur les relations entre la personne et son milieu. Comme le font remarquer Grenier (2004) et Charpentier (2007), cette image de l'individu est liée à un point de vue externe puisque les résidents accordent plus d'importance aux relations entre les personnes fréquentant le milieu de vie qu'aux caractéristiques propres à l'environnement physique.

Aux yeux des personnes âgées, les contacts humains sont beaucoup plus importants pour définir leur milieu de vie que l'environnement physique comme tel (Charpentier, 2007 et Grenier, 2004). On peut ainsi décrire un milieu de vie comme :

*[...] un endroit où l'on peut sentir une âme, on doit voir des sourires, entendre des rires, car la chaleur humaine y a fait son nid. Mais un milieu de vie c'est aussi un endroit où la vie a le droit et le temps de s'éteindre doucement, où la famille peut accompagner son parent dans le calme et l'intimité, loin des bruits et des rires. (Grenier, 2004. p.28)*

Dans cette idée, l'approche Carpe Diem se concentre sur les relations humaines pour accompagner la personne vieillissante. L'important ici est la qualité du temps d'échange, d'écoute et le regard posé sur l'autre. Chaque personne est considérée unique et ses besoins ne découlent pas d'une recette de catégorisation de clientèle. « *Nous ne construisons pas sur des déficits, nous construisons sur les ressources et les capacités [...].* » (Société Alzheimer de la Mauricie, 2007) Il s'agit d'un accompagnement très individualisé trouvant beaucoup de sens pour les personnes ayant des déficits cognitifs qui semblent prisonniers de leur réalité. Les principes d'écoute et d'accompagnement s'appliquent également aux autres types de clientèles afin d'éviter de les faire « entrer dans le moule de l'institution ». Dans l'approche Carpe Diem, l'environnement physique et humain crée des conditions qui soutiennent l'ambiance d'écoute et d'échange autour des activités de la vie quotidienne. Au sein de la Maison Carpe Diem, qui est en fait un ancien presbytère, les 14 résidents sont invités à participer aux tâches quotidiennes de cuisine, de ménage et d'entretien tout en respectant leur horaire personnel. Le personnel porte également une attention particulière à la communication non verbale facilitant la relation avec les personnes Alzheimer.

### **3] 2. Les interactions sociales et la vie communautaire**

L'importance de la participation sociale et des relations humaines pour les personnes âgées est appuyée par plusieurs auteurs (Charpentier, 2007; Regnier et Denton, 2009; Dilani, 2005; Grenier, 2004; Regnier, 2002; Richard, 2008; Sixsmith, 2008). Une étude à Montréal (Richard, 2008) a même démontré les bienfaits des interactions sociales sur la santé physique et psychologique des aînés.

*« Engagement in social and productive activities appears to be particularly beneficial to older adults, as it has been found to be associated with positive outcomes on a variety of health indicators, including mortality (Bassuk et al., 1999; Glass et al., 1999), disability (Bassuk et al., 1999; Mendes de Leon et al., 2003), depression (Pollak and von dem Knesebeck, 2004; Glass et al., 2006), dementia (Fabrigoule et al., 1995; Wang et al., 2002), cognitive performance (Bassuk et al., 1999; Beland et al., 2005), self-rated health (Pollak and von dem Knesebeck, 2004) and health-related behaviours (Lindström et al., 2001). » (Richard, 2008, p.47)*

En plus des relations humaines, l'engagement productif dans la communauté est également bénéfique pour les aînés. Ainsi, près de 50 % des sujets de l'étude de Richard (2008) s'adonnaient à du bénévolat au moins une fois par semaine. En plus des bienfaits pour les individus, l'implication des aînés n'est pas à négliger pour la santé d'une communauté.

Naturellement, la participation sociale diminue avec l'âge et selon l'état de santé. Par contre, certaines caractéristiques d'un milieu peuvent encourager les interactions. Par exemple, un quartier à orientation piétonne avec une mixité des usages augmente les interactions et le sentiment d'appartenance au milieu. Encore selon l'étude de Richard (2008), la qualité et la quantité de l'offre de lieux permettant la socialisation encouragent celle-ci. Trois activités sociales sont prédominantes pour les aînés autonomes ou en légère perte d'autonomie soient la marche, des activités de loisirs en centre communautaire et la visite de la famille et des amis. Il serait intéressant de réfléchir comment ces activités sociales peuvent se poursuivre pour les personnes non autonomes en centre d'hébergement. Comme l'explique Charpentier (2007), les aînés se sentent souvent déracinés de leur milieu et exclus lorsqu'ils entrent en résidence. Ils perdent leur sentiment d'appartenance à la communauté par manque d'interactions avec celle-ci. Dilani (2005) ajoute que l'accès à un réseau social permet de mieux vivre des événements difficiles comme une maladie, un déménagement ou une perte d'autonomie. Ainsi l'environnement

physique du centre d'hébergement doit encourager les interactions avec les proches et la communauté. Le maintien du réseau social existant est mentionné comme primordial par les aînés puisque plus l'autonomie diminue, plus il devient difficile d'établir de nouvelles relations (Charpentier, 2007). De plus, pour les personnes non autonomes, un environnement qui offre un sentiment de sécurité et de contrôle oriente l'énergie et l'attention vers les interactions sociales plutôt que vers le stress (Richard, 2008).

### **3] 3. L'intimité et le contrôle de la vie privée**

Le respect de l'intimité de l'individu apparaît comme le concept le plus important dans un milieu de vie selon plusieurs auteurs répertoriés par Regnier (2002). L'intimité apporte un sentiment de sécurité et de contrôle essentiel au bien-être des individus en plus de permettre la relation entre l'identité personnelle et la relation aux autres. Ce dialogue privé/public est un concept clef pour que la personne puisse associer le centre d'hébergement à son chez soi (Oswald, 2005). En se référant au contexte d'une maison, l'individu a un contrôle clair sur son domaine privé. En CHSLD, ce contrôle du privé semble plus flou tant par la réduction de la sphère d'intimité à une petite chambre que par la perte de contrôle sur la vie quotidienne (Paquin 2006). En institution, la routine standardisée et l'intrusion des intervenants dans les espaces et les activités privés des résidents font partie du quotidien. Charpentier (2007) relève ainsi que plus l'institution est grande, plus le respect des choix individuels est difficile.

*Dans n'importe quel établissement qui accueille un nombre important de patients, les opportunités pour ceux-ci de déterminer leur propre style de vie et d'exercer des choix par rapport à leur quotidien sont limitées. Les milieux d'hébergement mettent l'accent sur la perte d'autonomie et sur la dépendance des résidents et, ce faisant, réduisent leurs possibilités de choisir. (Skeet, 1989, p. 16) (Charpentier, 2007, p. 41)*

La promiscuité par le partage d'une chambre, d'une salle de bain ou par des espaces de vie trop réduits, tout comme la cohabitation de clientèles incompatibles peuvent entraîner des tensions interpersonnelles et affecter directement l'intimité de chacun. Comme le mentionne Milligan (2005), il peut être également difficile pour les aidants naturels de poursuivre leur rôle d'accompagnement très personnel après l'emménagement en centre d'hébergement. En effet, la sphère privée du soutien à la maison se transporte dans un milieu semi-privé où l'aidant ne se sent plus aussi à l'aise dans son rôle essentiel.

### 3] 4. L'identité et le chez-soi

L'identité d'une personne âgée se situe à deux niveaux soit macro ou l'identité sociale et micro ou l'image de soi (Peace, 2005). Plus précisément Rubinstein et Parmelee (1992, dans Peace, 2005) décrivent l'identité comme:

*« Identity is the sense of who is in the world, distilled from a lifetime of experiences. From the collective perspective, identity consists of the life course as a cultural construct: socially normative and collectively outlined and accepted life course statuses and transitions. But at the individual level, every person creates for herself a particularized version of the collective life course, a life story, depending upon her specific experiences and the meaning she attaches to them. » (Peace, 2005, p.3)*

L'identité sociale et l'identité personnelle sont intimement liées à la maison (Feddersen, 2009). Oswald (2005) parle même de la maison comme de l'extension de soi dans l'espace. Selon Sixsmith (2008), ce lieu est un symbole physique, social et personnel qui permet plusieurs interprétations du rôle et de l'importance du chez-soi pour un individu. La figure 4 recense ces trois aspects de la maison selon plusieurs auteurs.

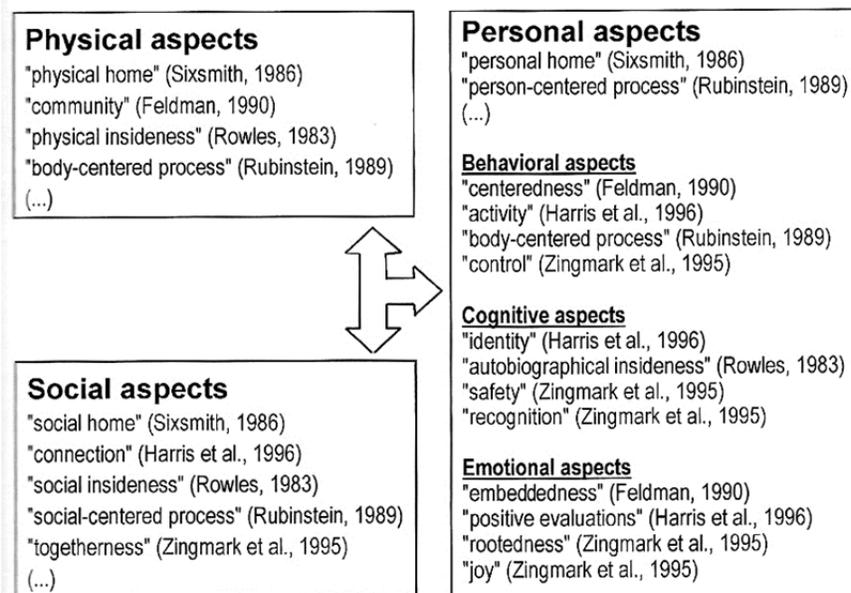


Figure 4 : Aspects identitaires du chez soi

Source : Oswald, 2005

À partir des trois aspects physiques, sociaux et personnels de la maison, le chez-soi englobe plusieurs significations selon les auteurs. Aux yeux de la société, la maison représente l'indépendance et le statut social. Pour l'individu, la maison cristallise des souvenirs, des événements et une connexion avec leur passé (Tinker, 1997 dans Sixsmith, 2008). La maison se transforme également en espace social pour recevoir et entretenir le réseau social de la famille, des amis et du voisinage. Enfin, toujours selon Sixsmith (2008), la maison permet l'intimité et le contrôle de sa vie privée. D'autres comme Markus (1995, dans Oswald, 2005) résument le chez-soi par un contrôle physique et psychologique de l'espace, une personnalisation pour le confort et un sentiment de continuité sur les lieux et les personnes. Enfin Caouette (2005) élabore le chez-soi en synthétisant toutes les facettes précédentes :

*« Home allows one to control his or her environment and assures a sense of security. It offers freedom of action and expresses its resident's ideas and personal values. The experience of home establishes a state of permanence and continuity, which provides a sense of belonging. Home permits us to develop and secure our relationships with family and friends. Home is the center of daily activities; a refuge, a restful and calm sanctuary where one retires far from the daily pressures of the outside world. Home is an indicator of social status. Finally, owning one's own dwelling strengthens a sense of positive relationship to the home. » (Caouette, 2005, p. 254)*

Complémentaire à ces définitions, Peace (2005) associe l'identité du chez-soi à une question d'échelle. Le lieu identitaire le plus fort commence par la chambre, puis la maison, puis la zone de vue autour de la maison. Ensuite vient le quartier apportant des affinités sociales et fonctionnelles. La ville se rattache à une identité fractionnée plus faible qui est composée d'espaces non connectés entre eux et l'extérieur de la ville comporte quelques points importants.

En regard à l'identité à la maison, les descriptions de la littérature permettent d'identifier des aspects qu'un centre d'hébergement ne pourra jamais combler tels que les souvenirs reliés au lieu physique. Par contre, il est encourageant de constater les nombreux aspects composant l'identité qui peuvent se transporter dans un nouveau lieu à condition d'adapter celui-ci. Ainsi, l'identité macro comme l'image sociale d'indépendance ou l'espace accueillant le réseau social peut se poursuivre en centre d'hébergement. Également, certains aspects de l'identité micro comme l'intimité, le contrôle sur son environnement et sa vie et le sentiment d'appartenance sont possibles dans un nouveau

chez soi. Enfin, l'identité à l'échelle du quartier et de la ville apparaît importante comme lien de continuité entre la maison et le centre d'hébergement. Pour arriver à maintenir toutes ces sphères de l'identité chez la personne âgée, un travail important sur l'environnement physique et organisationnel doit être accompli dans le contexte des CHSLD actuels.

Complémentairement à l'identité liée à la maison, l'identité de l'individu peut se définir par son rôle dans la société (Charpentier, 2007). Cette identité est fortement encouragée dans la société active et peut devenir un vide lorsque la personne ne peut plus remplir son rôle. Ainsi, il est difficile pour des femmes ayant toujours eu un rôle d'aidante familiale de recevoir de l'aide elles-mêmes pour des activités de la vie quotidienne. Aussi, les hommes se définissent souvent dans leur rôle de travailleur productif et de pourvoyeur pour la famille. L'incapacité physique à participer dans des activités concrètes et productives peut représenter un deuil important. Un sentiment d'utilité et d'accomplissement facilite la gestion des pertes identitaires. C'est pourquoi le milieu de vie doit soutenir les capacités des résidents en leur offrant la plus grande autonomie possible dans leurs activités de la vie quotidienne.

## **4] Réflexions sur l'environnement physique**

---

Ce chapitre aborde le côté architectural de la problématique de la qualité de vie des personnes âgées en hébergement. À ce stade, nous voulons donc comprendre les caractéristiques de l'architecture qui offre une qualité de vie aux aînés. L'architecture recherchée ici est celle qui rend les gens heureux, en plus de bien fonctionner. Il s'agit d'un sujet moins étudié dans la littérature que l'on peut mieux comprendre par des exemples construits. Quelques auteurs comme Regnier, Zeisel ou Sixsmith offrent des recommandations d'aménagement basées sur l'*Evidences based design*. La recherche semble plutôt axée sur les milieux pour les personnes ayant des déficits cognitifs que sur les milieux adaptés au vieillissement en général. Par ailleurs, bien qu'ils ne fassent pas l'objet d'études recensées, beaucoup de projets exemplaires s'illustrent par leurs approches renouvelées. Ces précédents se situent principalement en Europe du Nord, mais de plus en plus de projets novateurs voient le jour aux États-Unis et au Québec.

### **4] 1. L'importance de l'environnement physique chez les aînés**

L'environnement physique joue un rôle très important dans la vie des personnes âgées puisque ceux-ci passent en moyenne 80% de leur journée à la maison (Oswald, 2005). Ainsi, lorsque leur milieu de vie s'adapte et compense les déficiences du vieillissement, la maison permet l'autonomie, le confort et la sécurité. L'environnement physique peut ainsi contribuer au maintien de la santé physique et mentale (Sixsmith, 2008). Les aînés en perte d'autonomie deviennent presque dépendants de leur milieu et subissent ses déficiences. L'environnement physique peut également devenir une barrière au quotidien. À l'extérieur, l'inadaptation des lieux ou l'incertitude de la sécurité entraîne la peur de sortir et l'isolement social. Dans la maison même, le contexte physique peut réduire la sécurité et les capacités de l'individu dans ses activités de la vie quotidienne et avoir des conséquences physiques et émotionnelles négatives.

*«The ENABLE-AGE study has shown that frailty, loss of energy, decreased functionality and health problems all have the potential to transform a comfortable and manageable home environment into a place of social exclusion, isolation, fear and vulnerability.» (Sixsmith, 2008, p.225)*

## **4] 2. Les caractéristiques d'un milieu de vie selon la littérature**

Plusieurs auteurs ont tenté de synthétiser les caractéristiques et les concepts essentiels à l'aménagement de milieu d'hébergement pour personnes âgées. Nul ne l'a fait plus clairement et pertinemment que Regnier, entre autres dans son ouvrage *Design for Assisted Living* (2002) et dans un article plus récent en collaboration avec Denton (2009) : « Ten new and emerging trends in residential group living environments ».

Dans cet article, dix principes de design sont discutés, soient :

1. Des maisonnées de petite échelle connectées à un système de services à grande échelle
2. Une image et une ambiance intérieure et extérieure non institutionnelle
3. Un lien visuel et physique fort avec les espaces extérieurs
4. Des aménagements soutenant les activités de la vie quotidienne et les capacités de chacun
5. Des ambiances et aménagements favorisant l'implication des amis et de la famille
6. L'encouragement du mouvement et des échanges par l'aménagement des espaces
7. Le design de chambres privées personnalisables et adaptables
8. Les appartements pour la vie s'adaptant aux besoins des résidents vieillissants (*Appartments for Life*)
9. Le soutien à domicile plutôt que l'institutionnalisation
10. La stimulation des sens et du bonheur

En discutant de la taille que doivent prendre les noyaux résidentiels, un constat tout simple est ressorti pour Regnier : « *Often the size of the dining room table established what providers considered the "right size".* » (Regnier et Denton, 2009, p.171).

## **4] 3. Les particularités de l'environnement physique pour les aînés avec déficit cognitif**

Les caractéristiques et les bienfaits de l'environnement physique pour les personnes âgées ayant un déficit cognitif sont des sujets bien représentés dans la littérature. Plusieurs études d'*Evidence Based Design* relient des caractéristiques d'un milieu aux améliorations de qualité de vie et même thérapeutiques. Quelques chercheurs, tant des milieux cliniques que de l'architecture, se sont illustrés comme Cohen (2010), Fleming (2010), Regnier

(1998, 2002, 2003, 2009), Verbeek (2009) et Zeisel (2003). Les critères de design qui ressortent de la littérature peuvent se classer en deux catégories soit ceux qui ont démontré une amélioration de la qualité de vie et ceux qui en plus d'influer sur la qualité de vie ont des bienfaits thérapeutiques prouvés (Fleming, 2010). En effet, Zeisel (2003) démontre l'influence de l'environnement physique sur l'agression, la dépression, l'isolement social et les symptômes psychotiques de patients atteints d'Alzheimer. Certains vont même plus loin en affirmant que « *(Campion, 1996) [...] Care in a supportive environment can protect function for years.* » (Zeisel, 2003, p. 697). Il est certain que les personnes atteintes de troubles cognitifs sont plus sensibles à leur environnement et aux variations de celui-ci (van Hoof, 2010). Ce type de pathologie rend plus difficile la communication verbale concrète, mais ouvre la porte à des échanges et une sensibilité par les sens auxquels il faut être attentif.

*« [...] the symptoms or the sufferings generally considered to be inevitable and incident to the disease are very often not symptoms of the disease at all, but of something quite different – of the want of fresh air, or of light, or of warmth, or of quiet, or of cleanliness, of each or of all of them. » (van Hoof, 2010, p. 1 245)*

En premier lieu, la qualité de vie des aînés souffrant de déficit cognitif peut être améliorée, entre autres, par un milieu à caractère résidentiel, un aménagement centré autour des activités de la vie quotidienne, un milieu de vie de petite taille, un environnement utilisant des symboliques fortes et un accès à des espaces extérieurs (Fleming, 2010). Plus précisément, il faut privilégier des caractéristiques domestiques comme la présence d'un salon, d'une salle à manger et d'une cuisine comme éléments centraux de l'activité quotidienne dans une maisonnée pouvant accueillir de 5 à 15 personnes (Verbeek, 2009). L'intention ici est de recréer une ambiance familiale où les résidents, leurs proches et le personnel interagissent de façon personnelle. L'intégration des meubles des résidents, d'animaux domestiques, de foyers et de petits jardins contribue également à cette ambiance. Les cantous, en France, utilisent cette approche en maisonnée avec du personnel accompagnant la vie quotidienne plutôt que spécialisé aux soins des résidents.

Une deuxième catégorie de caractéristiques de l'environnement physique se dresse comme ayant des effets thérapeutiques soit un contrôle des stimuli, un champ de vision libre, des mesures de sécurité non restreignantes, un aménagement varié de l'espace et des

chambres en occupation simple (Fleming, 2010). Zeisel (2003) démontre que l'intimité, la personnalisation et le contrôle des stimuli représentent les caractéristiques ayant l'impact le plus important sur le comportement des résidents. La question des stimuli est étudiée par van Hoof (2010) qui fait ressortir l'odorat comme le sens le plus fortement lié à la mémoire interne et à la stimulation du subconscient. Ainsi, la qualité de l'air, l'aromathérapie, tout comme l'orientation spatiale et la stimulation de l'appétit par l'odeur permettent d'interagir même avec les personnes les plus atteintes cognitivement. La lumière joue également un rôle important. Tant le niveau d'éclairage élevé, sans reflets, facilite les déplacements et les interactions que l'accès à la lumière naturelle, surtout à l'extérieur, régularise le cycle circadien et améliore l'orientation spatio-temporelle. La réduction du niveau sonore et des bruits de fond augmentent la concentration et réduit l'anxiété. Des mesures organisationnelles touchant les téléphones, les cloches d'appel ou les alarmes sont à considérer tout comme la compatibilité sonore des usages à proximité et l'absorption acoustique des matériaux de finitions.

Il est important de retenir que comme 80% de la population en CHSLD est atteinte à un certain niveau de troubles cognitifs, les recommandations d'aménagement doivent influencer l'environnement physique de tous les milieux spécialisés recevant un public âgé. De plus, les caractéristiques démontrant une amélioration de la qualité de vie peuvent s'étendre à la clientèle âgée en général puisque celle-ci aussi bénéficierait d'une amélioration de son milieu de vie.

#### **4] 4. Le caractère domestique**

Le caractère résidentiel est inversement lié au caractère institutionnel d'un lieu, surtout dans le cas d'un centre d'hébergement. Les deux concepts s'opposent tant sur le plan physique que fonctionnel. Les stéréotypes résidentiels et institutionnels qui guident le public dans son regard sur un lieu sont propres à une culture et aux expériences personnelles ou collectives (Robinson, 2006). Une revue de littérature de Després (1991, dans Caouette, 2005) associe le terme « *home* » en Amérique du Nord au contexte physique, à l'expression stylistique de l'habitat, à la matérialité, à l'organisation spatiale et au quartier. Comme discuté précédemment, la maison représente également l'identité et le sentiment de contrôle sur sa vie. Les caractéristiques physiques du caractère domestique

symbolisent toute cette problématique, car elles se trouvent souvent liées à des souvenirs ou des sensations dans le subconscient (Robinson, 2006). Dans le cas d'un centre d'hébergement, l'image résidentielle se situe à deux niveaux. L'image extérieure influençant la relation du bâtiment avec le public est très importante pour la personne âgée qui se fera une idée sur le lieu avant d'y déménager. Également, la communauté rattache les résidents à l'image que projette le bâtiment, puis est appelée à interagir avec ces résidents dans ce lieu. Si l'image du CHSLD communique l'institutionnalisation et la dépendance, les résidents reçoivent alors cette étiquette aux yeux de leur communauté. Le deuxième niveau du caractère résidentiel touche directement les résidents qui seront influencés positivement ou négativement par le milieu dans lequel ils vivent au quotidien.

La littérature relève de nombreuses caractéristiques domestiques d'un bâtiment à l'opposé de l'institution (Robinson, 2006). Il est possible de relever les plus importantes touchant l'image publique du bâtiment puis la perception interne des résidents. Une étude de Robinson en 1985 (dans Robinson, 2006) relève l'expression institutionnelle comme une architecture monumentale avec de hauts plafonds, de grands espaces et un aménagement paysager comme un parc. Ce type d'environnement supportant beaucoup d'usagers à la fois est conçu pour assurer la surveillance et la sécurité (Caouette, 2005). À l'opposé, selon Robinson (2006) l'architecture domestique propose une image extérieure plus découpée avec un toit pentu, une galerie et des détails de matérialité. L'entrée se fait par une transition de la rue publique à l'intérieur privé qui est contrôlé par les résidents. L'aménagement intérieur, quant à lui, ne comporte pas de longs corridors ou d'espace d'attente à l'entrée. Les pièces de vie se trouvent près de l'entrée tandis que celles intimes, à l'écart, ne sont pas sur le parcours d'un visiteur. Selon la taille de la maison, la majorité des pièces peuvent accueillir au plus six personnes et s'adaptent à diverses activités au fil du temps. La cuisine joue un rôle important dans la vie quotidienne d'une maison, elle est au centre des interactions et permet à tous les résidents de participer au repas. La taille des électroménagers tout comme les dimensions de la cuisine et de la salle à manger reflètent le petit nombre de personnes qui résident normalement dans une maison. Enfin, les chambres, lieu le plus intime de la maison, sont individuelles ou partagées avec un proche. Cette pièce permet le maximum de personnalisation et représente le plus les goûts de l'individu, bien que le reste de la maison comprenne également des marques de personnalisation de chaque résident.

Bien conscients de la contradiction entre la maison pavillonnaire qui est souhaitée et l'image institutionnelle qui est offerte, les aînés en résidence dans l'étude de Caouette (2005) préfèrent l'association à un milieu hôtelier plutôt que strictement résidentiel. Ils voient, dans la signification de l'hôtel, un repos où le luxe est bien mérité à l'opposé de l'institution où l'inactivité est un fardeau pour la société.

#### **4] 5. Une étude de précédents architecturaux exemplaires**

À la lumière des caractéristiques souhaitées selon la littérature et de la réflexion sur les dynamiques humaines, de nombreux précédents sont analysés. L'objectif ici est de déterminer la relation entre les besoins d'une clientèle et les caractéristiques des aménagements. Ainsi, les différents précédents sont caractérisés non seulement d'un point de vue morphologique, mais également selon les services offerts, la clientèle, les relations entre la communauté, le milieu de vie et l'organisation spatiale. Vu la diversité des réponses offertes, il paraît difficile de regrouper des types morphologiques et de formuler des solutions toutes faites. L'analyse de la syntaxe spatiale d'exemples les plus pertinents permettra de s'orienter vers une organisation du public au privé répondant bien au besoin des aînés en hébergement.

L'annexe 8]3. contient un tableau d'analyse de précédents selon des caractéristiques telles que la taille, la clientèle, la superficie des chambres, la typologie et les services offerts. 15 précédents sont observés en plus d'un CHSLD conventionnel. Ces projets exemplaires ont été retenus pour leur originalité à la réponse conventionnelle de l'hébergement et pour leur effort à recréer les qualités du chez soi dans un milieu de vie. Cette analyse fait ressortir que bien que les résidents sont regroupés en petits groupes de vie de dix en moyenne, les noyaux font la plupart du temps partie d'un ensemble d'environ 79 résidents en 5 noyaux en moyenne avec quelques services centralisés comme une cuisine, une salle à manger, un salon, un jardin et des espaces de soins médicaux. Rares sont les centres d'hébergement offrant des services aux aînés non résidents et encore plus rares ceux ouverts à la population générale. Pour ce qui est de l'espace privé, il se réduit souvent à une chambre simple d'environ 27 m<sup>2</sup> avec une salle de bain complète privée attenante. Il ressort aussi que peu de centres peuvent recevoir un couple âgé autre qu'en doublant une petite chambre simple ou dans des appartements assistés connexes au

centre. Comme ces centres s'orientent vers un milieu de vie, il n'est pas surprenant de constater qu'aucun d'entre eux ne s'organise autour de postes de garde. De plus, la clientèle est accueillie en plus grande proportion pour des déficits physiques que pour des troubles cognitifs et est majoritairement séparée par noyau selon le déficit dominant.

Voici trois précédents se démarquant chacun pour leurs innovations dans des milieux de vie complètement différents l'un de l'autre. Les trois projets présentent des tailles bien distinctes avec respectivement 16, 60 et 250 résidents. Ces projets proposent des pistes de réponse dans le traitement des relations entre les espaces publics et privés. En plus du plan, l'organigramme de la syntaxe spatiale permet de comparer les typologies et de faire ressortir les avantages et inconvénients de chacun. Un organigramme d'un CHSLD typique et d'une maison unifamiliale type enrichit la comparaison.

### Légende des plans et organigrammes :

-  Espaces publics – ouverts aux résidents et non-résidents
-  Espaces semi-publics – ouverts aux résidents et une clientèle spécifique de non-résidents
-  Espaces semi-privés – accessibles à tous les résidents
-  Espaces intimes – désignés à un ou deux résidents
-  Espaces du personnel – accès restreint aux résidents

EP: espace public

EV: espace de vie

M: salle à manger

C: cuisine

E: espace extérieur

EA: espace d'activités spécialisées

H: espace d'hygiène

I: espace d'intimité (chambre)

A: administration

P: espace du personnel

———— Lien de proximité directe

- - - - Lien de proximité indirecte, par une circulation

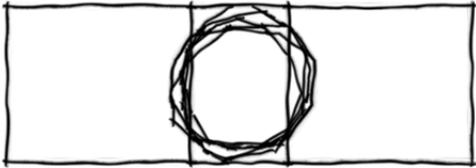
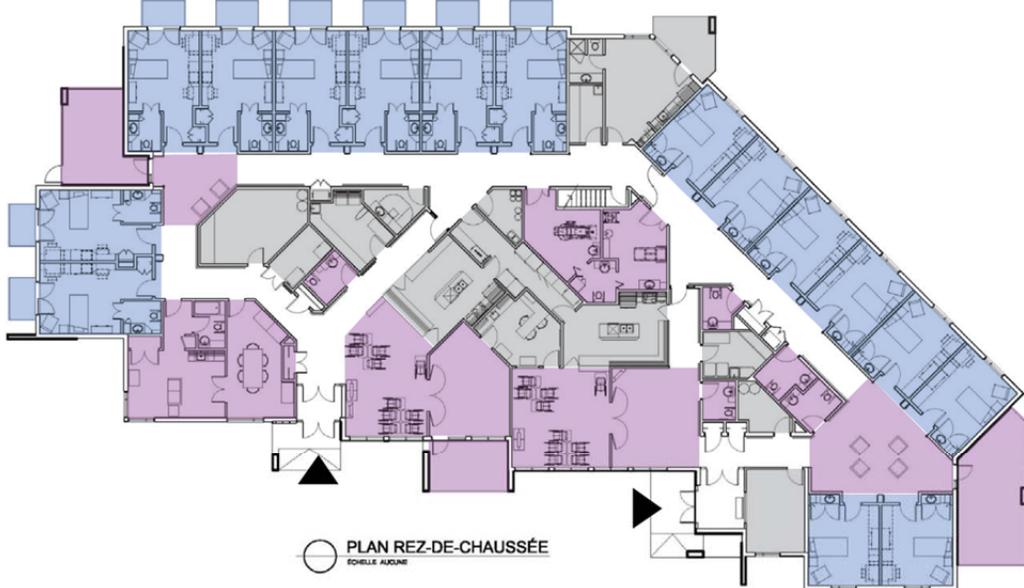
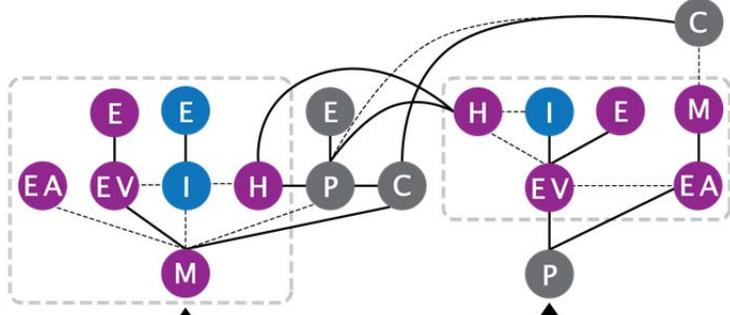
<p>typologie</p>	 <p>pavillon avec déambulatoire</p>	<p><b>CHSLD Saint-Eugène,</b>                  Saint-Eugène, Québec                  Robitaille, Larouche, Déry architectes</p> <p>année de livraison: 2010                  nombre de résidents: 16                  superficie totale: 1 234 m<sup>2</sup>                  superficie totale / résident: 77 m<sup>2</sup>                  nombre d'étages: 1                  contexte: village</p>
<p>organisation public - privé</p>	 <p>PLAN REZ-DE-CHAUSSÉE                  ECHELLE AUGURE</p>	
<p>syntaxe spatiale</p>		
<p>avantages / inconvénients</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Échelle non institutionnelle</li> <li>✓ Entrée sur la rue pour chaque noyau</li> <li>✓ Boucle de déambulation sans cul-de-sac</li> <li>✓ Gradation des espaces publics-privés</li> <li>✓ Accès facile aux espaces extérieurs</li> <li>✓ Partage des espaces de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Corridors sans ouvertures sur l'extérieur</li> <li>✗ Cuisine peu accessible aux résidents</li> <li>✗ Aucun espace communautaire</li> <li>✗ Bâtiment mono-vocation d'hébergement</li> <li>✗ Chambres donnant sur longs corridors</li> </ul>

Figure 5 : Analyse du CHSLD Saint-Eugène  
 Source du plan : Montmagny, 2007

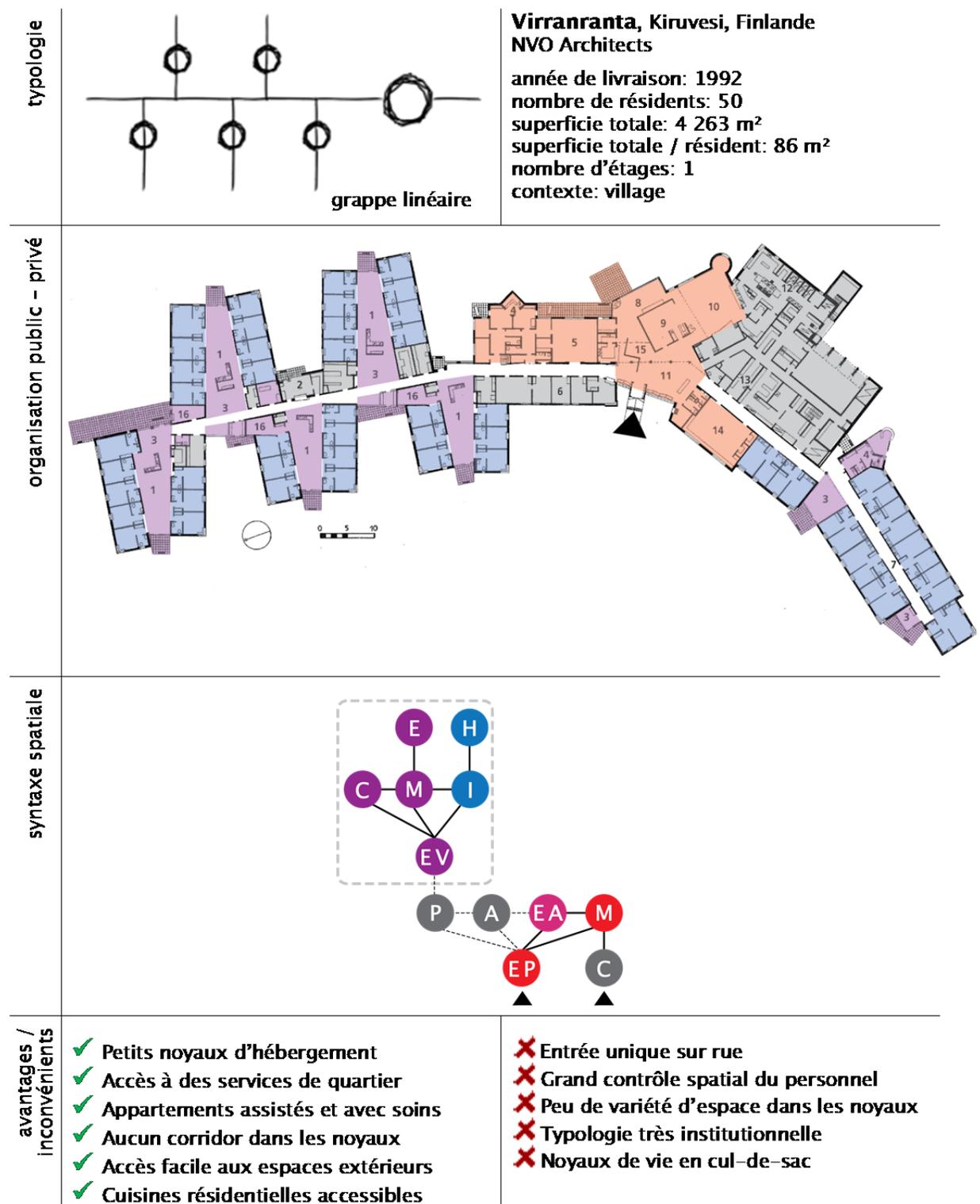


Figure 6 : Analyse du centre Virranranta  
 Source du plan : Regnier, 2002

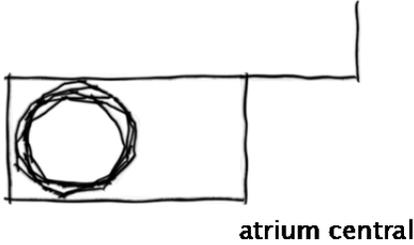
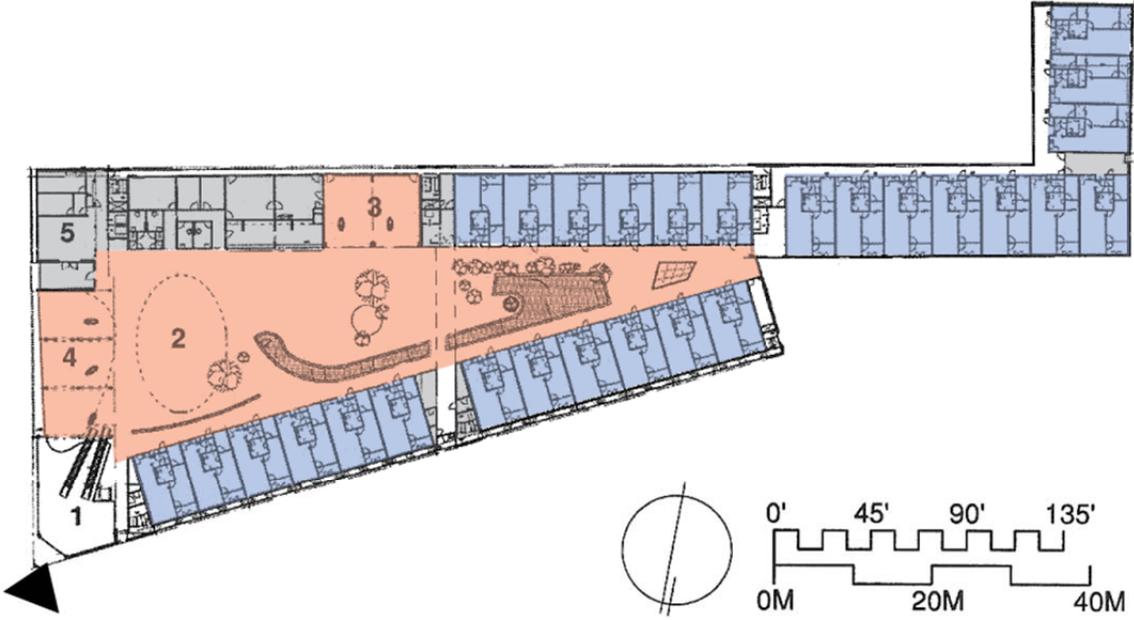
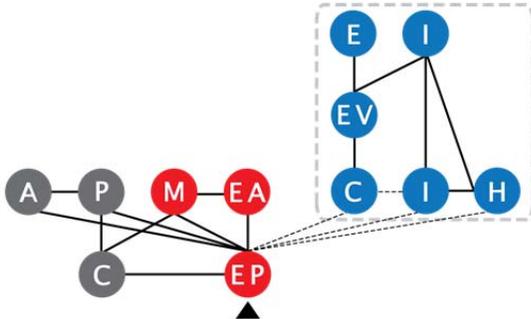
typologie	 <p>atrium central</p>	<p><b>Humanitas Bergweg,</b> Rotterdam, Pays-Bas EGM architecten bv</p> <p>année de livraison: 1996 nombre de résidents: 250 superficie par appartement: 70 m<sup>2</sup> nombre d'étages: 12 contexte: urbain</p>
organisation public - privé		
syntaxe spatiale		
avantages / inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Appartements adaptables selon soins</li> <li>✓ Noyau d'intimité fort</li> <li>✓ Services ouverts pour le quartier</li> <li>✓ Syntaxe résidentielle du public-privé</li> <li>✓ Grande mixité de résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Peu adapté au déficit cognitif</li> <li>✗ Accès extérieur difficile</li> <li>✗ Demande beaucoup d'espace</li> <li>✗ Difficulté sociale pour faible mobilité</li> </ul>

Figure 7 : Analyse du centre Humanitas Bergweg  
Source du plan : Regnier, 2002

typologie	 <p>linéaire ou panoptique</p>	<p><b>CHSLD type</b></p> <p>nombre de résidents par unité: 32          nombre d'unités : 2 à 5          superficie par chambre: 17 m<sup>2</sup>          nombre d'étages: 2 à 5          contexte: urbain ou périurbain</p>
syntaxe spatiale		
avantages / inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Facilité à prodiguer les soins</li> <li>✓ Requier peu d'espace par résident</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Peu adapté au déficit cognitif</li> <li>✗ Accès extérieur difficile</li> <li>✗ Très faible noyau d'intimité</li> <li>✗ Image institutionnelle forte</li> <li>✗ Peu adapté aux activités du quotidien</li> <li>✗ Potentiel de sociabilité faible</li> <li>✗ Aucune interaction avec la communauté</li> <li>✗ Grand contrôle spatial du personnel</li> </ul>

Figure 8 : Analyse d'un CHSLD type

typologie		<p><b>maison privée type</b></p> <p>nombre de résidents par unité: 1 à 5                  superficie: 100 à 200 m<sup>2</sup>                  nombre d'étages: 1 à 3</p>
syntaxe spatiale		
avantages / inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accès contrôlé par les résidents</li> <li>✓ Noyau de vie fort au cœur de l'espace</li> <li>✓ Espace d'intimité à l'écart</li> <li>✓ Continuité extérieure du noyau de vie</li> <li>✓ Grande personnalisation de l'espace</li> <li>✓ Symbole de l'identité des occupants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Adaptation difficile pour accessibilité</li> <li>✗ Peu adapté au déficit cognitif</li> <li>✗ Difficulté sociale pour faible mobilité</li> </ul>

Figure 9 : Analyse d'une maison privée type

À la lumière de ces projets exemplaires, la question de l'échelle se pose. Bien qu'un centre puisse présenter une taille importante, il est possible de constater que le noyau de vie des résidents présente toujours une petite échelle se rapprochant d'une taille résidentielle avec 6 à 8 individus, comme dans le projet Virranranta. Également, le contrôle de l'espace par le personnel pour des raisons de sécurité s'oppose fortement à la logique spatiale de la maison privée. Le CHSLD de Saint-Eugène présente un compromis où les résidents et le personnel sont en contrôle du milieu de vie. Finalement, la différence la plus marquée entre l'hébergement et la maison privée est la taille des espaces d'intimité. Le projet Humanitas d'appartements adaptables selon les besoins d'accessibilité et de soins semble être un compromis intéressant et complètement différent de l'hébergement traditionnel.

## 5] Réponses du projet

---

### 5] 1. Prise de position face à la problématique

Suite aux réflexions sur les dynamiques humaines et l'environnement physique, la mission du projet d'architecture se présente comme :

*Aménager un milieu de vie pour les personnes âgées non autonomes vivant en hébergement qui encourage l'interaction sociale et l'intimité dans leurs activités de la vie quotidienne. Le centre combinera partage, animation et services pour les aînés du Vieux-Limoilou, leurs proches et les gens du quartier.*

Quelques enjeux forts ressortent pour composer ce milieu de vie. La question de l'échelle du projet apparaît primordiale tant d'un point de vue identitaire social que personnel. La taille du centre devra répondre aux besoins d'hébergement et de services du quartier sans plus. Le caractère résidentiel du lieu tant par son échelle que par son aménagement doit soutenir les activités de la vie quotidienne pour favoriser l'accompagnement des résidents par le personnel et leurs proches. Bien implanté dans son quartier, le projet devra s'ouvrir sur la communauté pour nourrir l'identité sociale des résidents afin que ceux-ci maintiennent leur réseau social, leur sentiment d'appartenance et leur image identitaire publique. Le but du projet est de décroquer le milieu de vie des résidents pour que la communauté vienne à eux puisqu'ils ne peuvent plus aller vers elle. Du point de vue de l'identité personnelle, le noyau d'intimité devra être personnalisable et adaptable selon les besoins de soin pour favoriser le sentiment d'appartenance au chez-soi.

## 5] 2. Un programme comme une solution potentielle

La traduction de la mission en programme se fait en deux temps. Au niveau du centre en entier, le projet offrira des lieux à l'échelle du quartier comme un café, une garderie, un centre d'activité physique, des espaces communautaires et un centre de jour pour nourrir l'identité sociale des résidents. La figure 10 illustre le programme à l'échelle du centre.

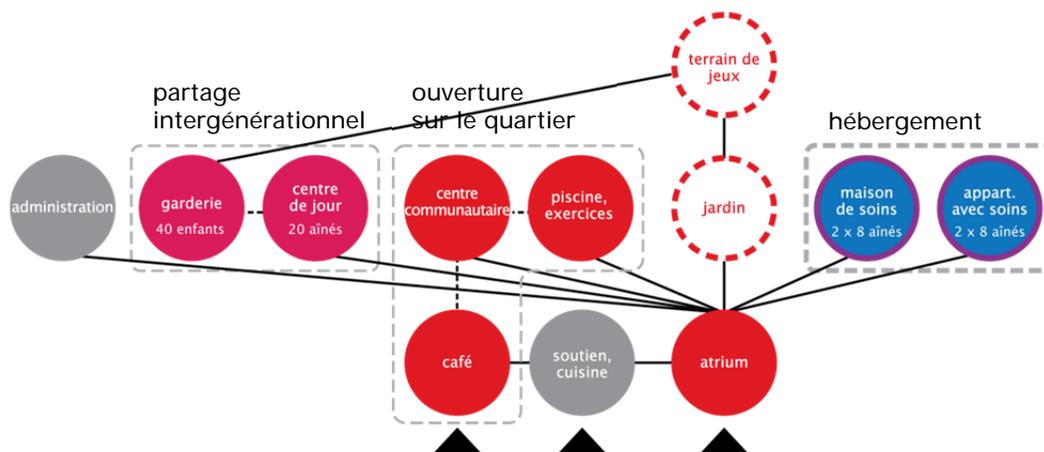


Figure 10 : Organigramme de la syntaxe spatiale du projet en entier

À l'échelle de l'hébergement, il paraît important de distinguer deux types de milieux de vie pour les deux clientèles prédominantes en CHSLD puisque ceux-ci interagissent avec leur environnement physique différemment. Les personnes avec déficit physique qui sont encore en mesure de gérer leurs activités quotidiennes requièrent des espaces d'intimité plus spacieux et une plus grande attention portée à une sociabilité extérieure à leur milieu de vie. La syntaxe spatiale de ce milieu de vie, tel qu'illustré dans la figure 11, reprend celle d'une maison privée où les espaces les plus publics sont accessibles à partir de l'entrée vers les espaces plus domestiques. À l'opposé, les résidents avec prédominance de déficit cognitif sont souvent plus mobiles, mais requièrent un accompagnement constant puisqu'ils n'ont plus la capacité de gérer leur intimité et leur quotidien. Ce milieu de vie doit permettre une surveillance sans restreindre les activités des résidents. Leur environnement physique devra s'adapter à l'errance et favoriser l'orientation spatio-temporelle. L'importance du contrôle des stimuli et la difficulté de communication pour cette clientèle réduisent la sociabilité directe à l'extérieur du milieu de vie. La figure 12 montre les relations spatiales suggérées pour l'hébergement des résidents avec déficit cognitif.

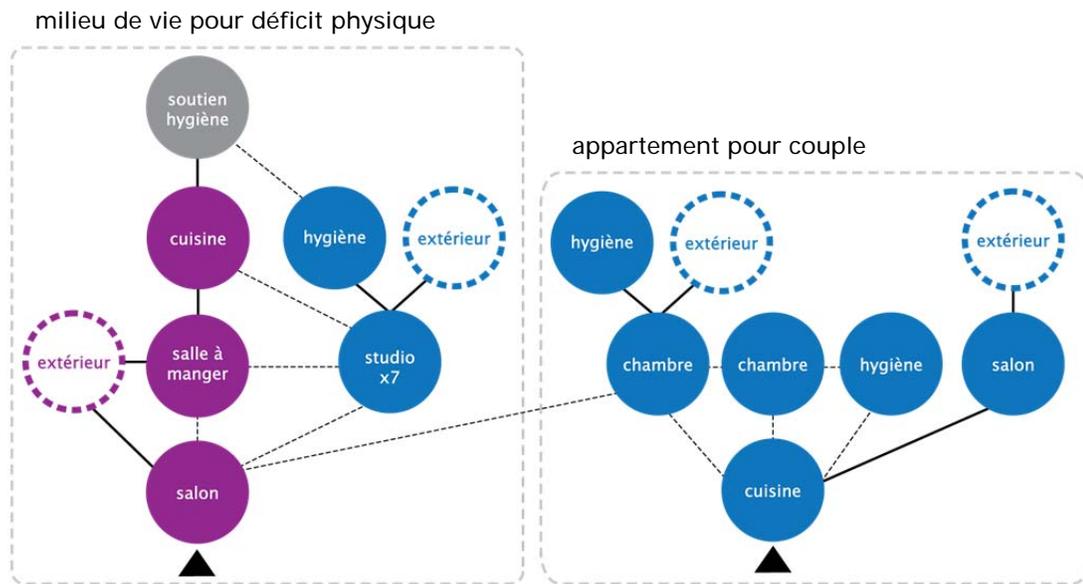


Figure 11 : Organigramme de la syntaxe spatiale de l'hébergement pour déficit physique

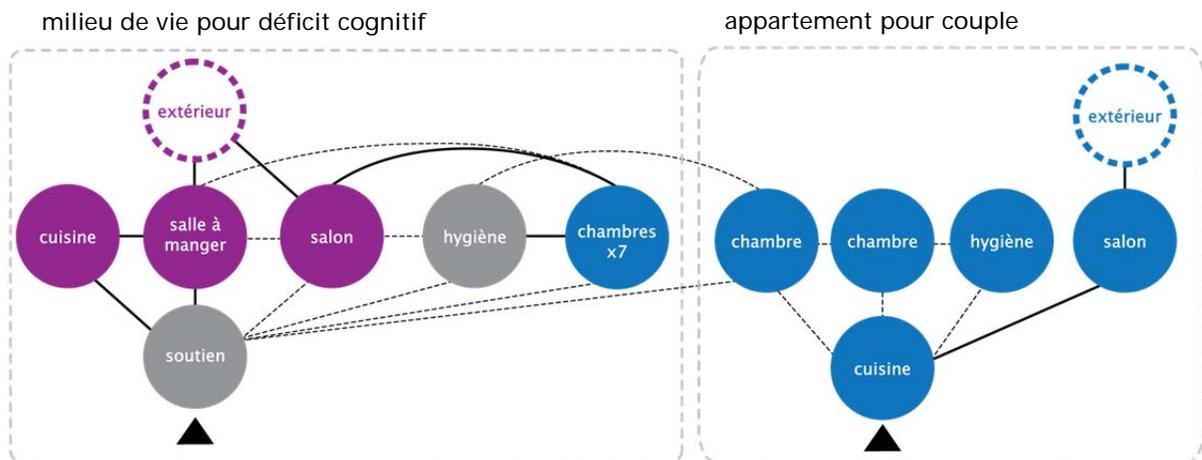


Figure 12 : Organigramme de la syntaxe spatiale de l'hébergement pour déficit cognitif

Des exemples quantitatifs de programmes d'hébergement qui serviront à titre de référence se trouvent en annexe 8]4.

### **5] 3. Un site qui sied au programme**

Afin de servir le programme et de répondre aux enjeux de qualité du milieu de vie, de perception des centres d'hébergement et d'interaction avec la communauté, le quartier du Vieux-Limoilou a été ciblé. Le CHSLD Saint-Charles ayant récemment déménagé à l'extérieur du secteur, aucune ressource d'hébergement public n'est disponible à même le quartier pour les personnes âgées non autonomes souhaitant rester dans leur milieu. Pour les résidents de longue date, le sentiment d'appartenance au quartier Limoilou est souvent fort et le déménagement entraîne une coupure importante. De plus, ce quartier présente un grand potentiel d'animation communautaire, mais offre peu de lieux pour soutenir cette vitalité. Enfin, la population âgée du secteur n'est majoritairement pas très fortunée et ne peut donc pas se payer les services en résidences privées.

Le site retenu, sur la 1<sup>ère</sup> avenue entre la 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> rue, offre autant une interface publique bien visible et animée sur la 1<sup>ère</sup> avenue qu'une image résidentielle plus calme sur les rues. En plus, la proximité du métrobus sur la 1<sup>ère</sup> avenue facilite l'accès pour les aînés, les proches et le personnel. Dans un rayon de marche de 400 m, la 3<sup>e</sup> avenue et ses services se trouvent accessibles pour les personnes mêmes à mobilité réduite. Par contre, pour les aînés à mobilité très réduite, peu de services sont offerts à une distance de marche d'au plus 200 m. Pour cette clientèle, majoritairement résidente, le projet devra offrir des services et des interactions avec la vie publique pour compenser sa relative immobilité. Le site, assez central dans le quartier, permet également une facilité d'accès pour les aînés de la communauté qui bénéficieront des services offerts. Entre autres, une résidence pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes a pignon sur rue directement en face sur la 1<sup>ère</sup> avenue.

Une carte expliquant le choix du site selon les potentiels spatiaux du quartier se trouve en annexe 8]5.

Cet emplacement a finalement été choisi pour son potentiel de redéveloppement. Actuellement, ce sont des garages et un stationnement qui occupent les terrains (voir figure 13). C'est usages se rattachent à une époque du quartier où la 1<sup>ère</sup> avenue servait de transit routier vers Charlesbourg et présentait une image très automobile. Trois époques de

*Entre communauté et intimité : Un centre d'hébergement de soins de longue durée repensé*

développement du secteur peuvent être distinguées (voir l'annexe 8]6). Le redéveloppement présent du site avec des usages résidentiels et communautaires suivrait la vague de reconstruction et de densification résidentielle autour de la 1<sup>ère</sup> avenue entreprise depuis 30 ans. Dans cette foulée, les logements et petits commerces d'un ou deux niveaux occupant l'îlot sur la 1<sup>ère</sup> avenue pourraient être remplacés par du bâti de plus forte densité accueillant commerces et bureaux avec vitrine sur l'activité de la 1<sup>ère</sup> avenue.

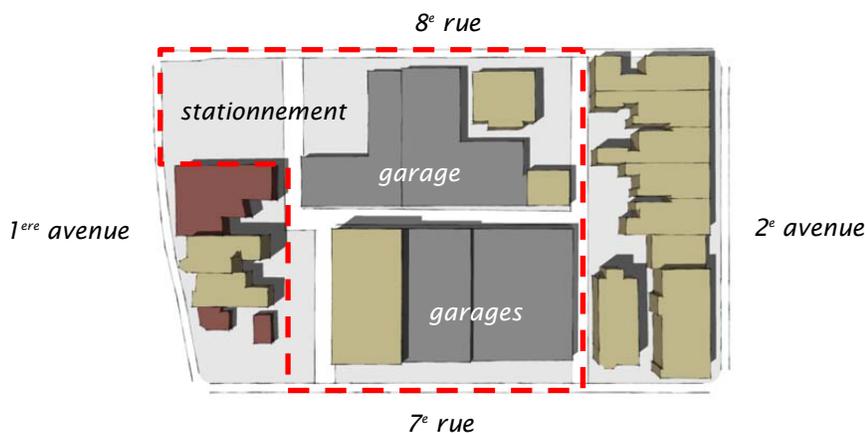


Figure 13 : Îlot d'implantation du projet

Une lecture plus fine du bâti du Vieux-Limoilou permet l'intégration du projet au quartier. La dualité entre les ruelles et les rues est un exemple caractéristique du quartier comme le montrent les figures 14 et 15. Les ruelles avec leurs longues percées visuelles sont des lieux d'animation éclectique où règne un heureux désordre. Ces façades sur cour sont les plus domestiques des logements avec les cuisines, terrasses, tambours et escaliers. Les façades sur rue, quant à elle, présentent une grande uniformité typologique avec une trame rythmée forte. Ce sont les façades publiques des logements qui renvoient aux aspects sociaux de l'identité du chez soi.



Figure 14 et 15 : Ruelle et rue

Il est également intéressant de décomposer les façades sur rue en fonction de trois vitesses de lecture. En voiture, les lignes horizontales des balcons et la séquence des arbres ressortent. Pour le piéton, la lecture des lignes verticales des triplex prédomine. Lorsqu'on s'arrête, chaque unité de logement se distingue pour marquer l'identité sociale de ses occupants. La figure 16 illustre ces 3 vitesses de lecture.

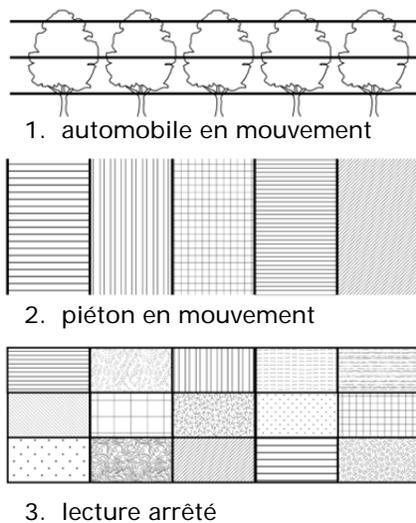


Figure 16 : Trois vitesses de lecture des façades sur rue

## **5] 4. Description du projet**

À la suite de la réflexion sur le programme qui compose un CHSLD, le projet se veut en lien direct avec les constats et recommandations qu'apportent la littérature et les précédents exemplaires. Les thèmes de l'interaction sociale, de l'intimité et de l'identité du chez soi sont principalement travaillés de manière à réinventer le CHSLD type. Les principes d'aménagement qu'avancent les auteurs comme Regnier (1998, 2002, 2003, 2009), Robinson (2006) et Zeisel (2003) guident les orientations du projet de l'échelle publique aux espaces privés.

En se référant aux planches de présentation du projet en annexe 8]1, le projet s'implante en trois volumes, un public sur la 1<sup>ère</sup> avenue et deux résidentiels sur les rues. Cette implantation est structurée autour de la trace de la ruelle et de la trame type des ilots de Limoilou. L'axe existant de la ruelle permet de traverser le centre d'hébergement d'une rue à l'autre en devenant distributeur et, par le fait même, un lieu de rencontre par excellence. Ce mode de distribution réinventé tente de répondre au besoin d'interaction communautaire des résidents, ainsi tous les usagers du projet se croisent dans cet espace transition.

L'intégration avec la communauté est également travaillée par les façades sur rues qui reprennent les trois vitesses de lecture du front bâti de Limoilou. Comme la littérature le suggère, une image résidentielle en continuité avec celle du quartier bénéficie à l'identité sociale des résidents. Sur la 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> rue, l'interface entre la communauté et l'intimité est marquée par les balcons individuels rappelant l'image publique des résidents. Du côté de la cour, aucune trame n'est définie, les façades s'accordent plutôt aux usages domestiques tels que les cuisines, les terrasses et cages d'escaliers en s'inspirant des arrière-cours de Limoilou.

Comme une vitrine ouverte sur le quartier, le café, s'ouvre sur la 1<sup>ère</sup> avenue et invite toute la population à entrer dans le centre d'hébergement. Il s'agit du lieu le plus public du projet où le potentiel d'interaction communautaire est le plus fort. De l'autre côté de l'atrium, sur la 8<sup>e</sup> rue, se trouve le centre de jour qui rejoint une clientèle plus spécifique. Des espaces s'ouvrant sur la cour permettent des activités sociales de toutes sortes et

encouragent l'interaction entre les résidents et la clientèle externe. Une grande cuisine est partagée avec la garderie puisque cuisiner et manger sont des moments privilégiés pour le partage entre les générations. Avec sa façade sur rue, ce lieu d'animation intergénérationnelle expose l'effervescence du centre aux regards des passants. Les espaces de la garderie et du centre de jour permettent une certaine animation sans forcer l'interaction puisque les enfants et les aînés ont leurs espaces respectifs bien définis.

Sur la 7<sup>e</sup> rue, un centre de bien-être physique est en lien étroit avec les besoins du centre de jour et de l'hébergement en plus de pallier au manque de services dans le quartier. Les activités de physiothérapie, ergothérapie, bain thérapeutique et exercices peuvent être partagées avec les gens du quartier. L'aménagement permet à tous d'observer et d'interagir avec les activités aquatiques au cœur du centre de bien-être physique, même s'ils ne peuvent y participer activement.

Les deux bâtiments implantés sur rue viennent définir la cour comme espace semi-public d'animation ou de contemplation. Tout en reprenant une typologie propre au quartier, la cour est un autre espace aménagé pour favoriser l'interaction sociale des résidents avec leur communauté. En plus de l'aire de jeux pour enfants bien délimitée, un potager surélevé, une aire de pétanque et plusieurs terrasses ombragées sont accessibles par de larges promenades pavées.

Le cheminement des espaces communautaires à l'intimité se poursuit dans les milieux de vie. Chacun d'eux regroupe huit résidents pour conserver une échelle résidentielle. Comme Regnier et Denton (2009) le disaient : le nombre juste de résidents par maisonnée se détermine par la taille de la table de cuisine! Les deux bâtiments sur rue soutiennent deux types d'hébergement reliés par un passage intérieur. Le 1<sup>er</sup> type d'hébergement s'adresse aux personnes avec des déficits physiques qui ont encore la capacité de gérer leurs activités quotidiennes. L'aménagement de leur milieu de vie reflète la syntaxe spatiale d'une maison, proposée par Robinson (2006), où les pièces les plus publiques se trouvent à l'entrée (le salon, la terrasse et la salle à manger) tandis que les espaces plus domestiques (la cuisine, la salle de bain, la salle de lavage et les studios) se situent plus en retrait. Cette organisation très résidentielle reflète les besoins de sociabilité extérieure et de sentiment du chez-soi propre à cette clientèle. Comme le suggère Regnier (2002), l'aménagement de la cuisine permet la préparation complète ou partielle des repas

par les résidents et le personnel afin de conserver au maximum les capacités des aînés dans leurs activités du quotidien. Cette orientation du milieu de vie autour des activités de la vie quotidienne, accomplies le plus possible par les résidents, encourage leur identité sociale et personnelle, en plus de leur sentiment d'appartenance et de leur contrôle sur leur vie privée.

Les espaces d'intimité de chaque résident sont des studios meublés et décorés au goût de chacun tout en permettant les dégagements nécessaires aux soins. En plus de l'espace type pour le lit, chaque studio possède une cuisinette avec coin repas, un espace salon, un balcon sur rue et une salle de bain privée avec douche. Ces attentions particulières à l'aménagement nourrissent l'identité personnelle des résidents puisqu'elles agrandissent leur sphère d'intimité. Le positionnement des espaces privés sur la rue permet la visibilité, même en fin de vie, de l'identité publique de l'individu.

Du côté de l'hébergement pour les personnes avec déficit cognitif les besoins sont plutôt d'accompagnement dans les activités quotidiennes, de contrôle des stimuli et d'orientation. L'aménagement de ce milieu de vie permet l'errance par plusieurs parcours en boucles dont celui autour d'un grand puits de lumière central. Celui-ci oriente le milieu un peu plus sur lui-même pour réduire les stimuli et répondre aux besoins de visibilité des espaces. L'aménagement de la cuisine est également particulier pour cette clientèle. L'ilot central et deux portes restreignent l'accès en dehors des heures de repas pour une question de sécurité sans pour autant perdre la symbolique visuelle importante de la pièce. Les différences importantes d'aménagement entre les deux types d'hébergement sont bien visibles sur la coupe avec les espaces privés du deuxième type plus à l'écart des stimuli des activités de la cuisine et de la cour.

Les espaces d'intimité reprennent les mêmes principes que ceux de l'autre type d'hébergement en étant plus petits puisque cette clientèle a moins la capacité à gérer son intimité. Ainsi, contrairement au studio, la chambre n'a pas de cuisinette et la salle de toilette privée est accessible à partir d'une alcôve d'entrée pour faciliter la surveillance. Cette dernière peut être personnalisée pour faciliter l'orientation dans le corridor et l'appropriation du chez soi.

Les deux types d'hébergement offrent également chacun un appartement pour couple dont seulement l'une des personnes nécessite des soins. Le logement est

*Entre communauté et intimité : Un centre d'hébergement de soins de longue durée repensé*

complètement autonome et possède sa propre entrée tandis que l'une des deux chambres s'ouvre directement sur l'hébergement. Cette offre d'hébergement veut réduire le déchirement que doit vivre un couple âgé lorsque l'une des deux n'est plus autonome et que les tâches de l'aidant naturel deviennent trop lourdes.

## 6] Conclusion

---

### 6] 1. Retour sur l'essai (projet)

À la lumière des commentaires du jury et d'un regard critique sur la démarche et le projet d'architecture, il semble possible de tirer des réflexions qui permettraient à l'essai (projet) de s'enrichir. La recherche de l'essai a fait ressortir tant l'importance de l'identité publique que personnelle des personnes âgées ainsi que le maintien des activités de la vie quotidienne. La démarche programmatique adoptée a été très porteuse pour la mise en place du projet présentant une certaine ampleur. Par contre, cette approche n'a pas permis de développer un réel concept architectural dépassant le fonctionnalisme. L'étude du contexte d'implantation a été la source d'inspiration de l'architecture du projet. Celui-ci aurait donc gagné à intégrer une réflexion conceptuelle plus tôt dans la démarche qui aurait pu s'inspirer de précédents ou même de recherche des formes répondant directement à la sociabilité.

Dans l'élaboration du projet, les aspects publics de l'architecture répondent plus directement aux intentions que les lieux d'intimité. Ces derniers auraient mérité un travail plus détaillé. Également, le projet pourrait s'enrichir d'explorations d'aménagements encourageant le maintien des capacités du quotidien. Bref, il serait intéressant d'entrer plus en détail dans les aménagements pour vraiment être à l'échelle de la personne qui y vit.

À l'échelle du centre en entier, le programme complexe du projet est bien développé avec une hiérarchie public-privé claire, tout en découlant naturellement des constats tirés de la recherche. La réflexion sur les caractéristiques particulières du bâti du Vieux-Limoilou a permis une intégration juste du projet dans l'ilot. Par contre, les espaces extérieurs gagneraient à mieux relier le centre avec la rue. L'aménagement de terrasses ou balcons au rez-de-chaussée participerait plus à l'interaction entre les usagers et les résidents du quartier. Les espaces publics au rez-de-chaussée sont généralement bien gérés, mais gagneraient à être plus en relation avec la rue et la cour. L'expression de la communauté et de l'animation à l'intérieur du centre demande encore un travail de raffinement surtout en

façades sur rues. Une meilleure cohérence de la façade publique avec les usages intérieurs serait souhaitable pour des façades plus expressives.

Au niveau de l'hébergement, beaucoup d'efforts ont été portés dans l'aménagement et dans l'image sur rue. Tant les plans que les façades présentent bien l'expression de la communauté et de l'intimité. C'est dans cette section du projet que l'intégration de la typologie du quartier est la plus forte et la plus cohérente avec la fonction résidentielle. L'aménagement des deux types de milieu de vie montre une étude approfondie des besoins spatiaux et identitaires des clientèles. La littérature et les précédents se sont avérés particulièrement utiles pour l'aménagement des milieux de vie tant au niveau des caractéristiques de l'environnement physique pour la clientèle âgée que du caractère résidentiel. Par contre, les moyens architecturaux promouvant l'intimité semblent plus difficiles à cerner et mériteraient réflexion.

## **6] 2. Conclusion**

La réflexion de cet essai (projet) sur le programme, la typologie et l'aménagement d'un CHSLD a permis de repenser l'image institutionnelle du centre d'hébergement. Une typologie plus résidentielle, à petite échelle, connectée à des services à l'échelle du quartier s'inspire de la littérature et de précédents européens. Le travail sur l'intégration du centre dans le quartier et du quartier dans le centre nourrit l'identité sociale des aînés. De plus, l'attention portée aux milieux de vie et aux espaces d'intimité encourage l'identité personnelle et la dignité de la personne en fin de vie.

Il serait intéressant de présenter les résultats de cet essai (projet) à divers intervenants en CHSLD. Leurs regards concrets sur les enjeux quotidiens en hébergement enrichiraient la réflexion du projet et, peut-être, les amèneraient à juger différemment l'environnement physique encadrant leurs pratiques.

## 7] Bibliographie

---

- Boisvert, Karine. 2002. « L'organisation du bâti face aux nouvelles réalités du maintien à domicile : création de points de services pour les CLSC ». Essai (projet) M. Arch., Québec, Université Laval, 75 p.
- Bond, John, Cattan, Mima, Learmouth, Alison et White, Martin. 2005. « Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions ». *Ageing & Society*. V.25, p. 41-67
- Boucher, Julye. 2006. « Un nouveau parcours pour le couvent Notre-Dame : Résidence de retraite au cœur du vieux St-Romuald pour personnes âgées actives ». Essai (projet) M. Arch., Québec, Université Laval, 54 p.
- Caouette, Éline. 2005. « The Image of Nursing Homes and Its Impact on the Meaning of Home for Elders » dans Chaudhury, H. et Rowles, G. 2005. *Home and Identity in Late Life*. International Perspectives. New York : Springer, p. 251 - 275
- Charpentier, Michèle. 2007. *Vieillir en milieu d'hébergement - Le regard des résidents*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 164 p.
- Cohen Mansfield, J., Theina, K., Dakheel, M. S., Marx A. et M., 2010. « Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics ». *Aging & Mental Health*. Vol. 14, No. 4, p. 471-480
- Covinsky, K., Dowling, G., Sands, L., Schmitt, E. M. et Weiss, S. 2010. « Adult Day Health Center Participation and Health-Related Quality of Life ». *The Gerontologist*. V.50, N.4, p. 531-540
- Dehan, Philippe. 1997. *L'habitat des personnes âgées, du logement adapté aux établissements spécialisés*. Paris : Le Moniteur, 323 p.
- Dickinson, Joan I. 2004. « Nursing home design: a student challenge and call for change ». *Journal of interior design*. v.30, n.1, p.31-55
- Dilani, Alan et Agneta Morelli. 2005. *Health Promotion by Design in Elderly Care*. Stockholm: Research Center Design and Health, 104 p.
- Duerk, Donna P. 1993. *Architectural Programming, Information Management for Design*. New York: John Wiley and Sons, 258 p.
- Fänge, A. et Ivanoff S. Dahlin. 2009. «The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project ». *Archives of Gerontology and Geriatrics*. V.48, n.3, p. 340-345
- Feddersen, Eckhard et Lüdtke, Insa. 2009. *A Design Manuel, Living for the Elderly*. Basel: Birkhäuser, 247 p.
- Fleming, Richard et Purandare, Nitin. 2010. «Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines ». *International Psychogeriatrics*. V.22, N.7, p. 1084-1096
- Gouvernement du Québec. 2006. « Pistard Archives » *site officiel de la Bibliothèque et archives nationales*, [en ligne]. [http://pistard.banq.qc.ca/unite\\_chercheurs/recherche\\_simple](http://pistard.banq.qc.ca/unite_chercheurs/recherche_simple) (page consultée le 12 octobre 2010).
- Grenier, Claudette. 2004. Les concepts de milieu de vie et de qualité de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée : la vision des intervenants. Thèse, Québec, Université Laval, 151 p.
- Levitt, Andrew. 2000. «Houses to call home: Houses of Providence, Providence Centre, Scarborough, Ontario ». *Canadian Architect*. Nov., v.45, n.11, p.26-29

- Milligan, Christine. 2005. « From Home to 'home': situating emotions within the caregiving experience ». *Environment and planning*. Dec., v.37, n.12, p.2105-2120
- Montmagny, Centre de santé et des services sociaux de Montmagny-L'Islet. 2007. *Info Maisons d'hébergement*. Janvier. année 2. N. 1, 12 p.
- Montréal, Association pour la santé et la sécurité au travail, secteur affaires sociales. 2002. *Concevoir et aménager un milieu de vie prothétique fermé*. Montréal, 30 p.
- Oswald, F., et Wahl, H.-W. 2005. « Dimensions of the Meaning of Home in Later Life » dans Chaudhury, H. et Rowles, G. 2005. *Home and Identity in Late Life*. International Perspectives. New York : Springer, p. 21 - 45
- Peace, Holland et Kellaher. 2005. *Environment and Identity in Later Life*. Maidenhead: McGraw-Hill Education, 182 p.
- Paquin, Yan. 2006. « L'architecture et le Grand Âge: un environnement physique au soutien de l'autonomie des aînés ». Essai (projet) M. Arch., Québec, Université Laval, 46 p.
- Québec, Corporation d'hébergement du Québec, Direction de la normalisation et de la veille technologique. 2008. *Répertoire des guides de planification immobilière : Centres d'hébergement - CHSLD*. Québec : Corporation d'hébergement du Québec, 108 p.
- Québec, Institut de la statistique. 2010. *Le Québec chiffres en main*. Québec, 71 p.
- Québec, Institut de la statistique. 2009. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, 133 p.
- Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. 2004. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Visites d'appréciation de la qualité des services*. Québec, 155 p.
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles*. Québec, 25 p.
- Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. 2002. *Guide d'aménagement des centres d'hébergement et de soins de longue durée : Édifices neufs, rénovation d'édifices existants*. Préparé par la Direction de l'expertise technique de la Corporation d'hébergement du Québec. Québec, 85 p.
- Richard, Lucie, Lise Gauvin, Céline Gosselin et Sophie Laforest. 2008 « Staying Connected: Neighbourhood Correlates of Social Participation Among Older Adults Living in an Urban Environment in Montréal, Québec ». *Health Promotion International*, v.24, n.1, p. 46-57
- Rigby, J., Payne, S. et Froggatt, K. 2010 « What evidence is there about the specific environmental needs of older people who are near the end of life and are cared for in hospices or similar institutions? A literature review ». *Palliative Medicine*. V.24, N.3, p. 268-285
- Regnier, Victor. 2003. « Environmental Design Can Benefit Dementia Care ». *The Gerontologist*. Vol. 43, No. 4, p. 595-598
- Regnier, Victor. 2002. *Design for Assisted Living*. New York: John Wiley and sons, 344 p.
- Regnier, Victor. 1998. « An Environment-Behavior Model of Alzheimer Special Care Units ». *Places*. V. 12, N. 1, p.42-43
- Regnier, Victor et Denton, Alexis. 2009. «Ten new and emerging trends in residential group living environments ». *NeuroRehabilitation*. N.25, p.169-188
- Robinson, Julia W. 2006. *Institution and Home: Architecture as a Cultural Medium*. Amsterdam : Techne Press, 268 p.

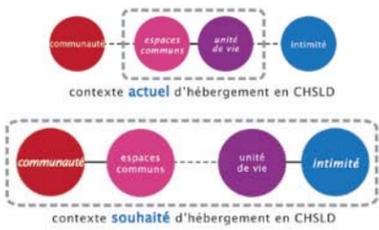
- Sixsmith, Andrew et Judith Sixsmith. 2008. « Ageing Place in the United Kingdom ». *Ageing Int.* n. 32, p. 219–235
- Société Alzheimer de la Mauricie. 2007. « Maison Carpe Diem » *de la Société d'Alzheimer de la Mauricie*, [en ligne]. <http://www.alzmauricie.org/> (page consultée le 21 septembre 2010).
- van Hoof, J., Kort, H.S.M., Duijnste, M.S.H., Rutte, P.G.S. et Hensen, J.L.M.. 2010. «The indoor environment and the integrated design of homes for older people with dementia ». *Building and Environment* V. 45, p. 1244–1261
- Verbeek, Hilde, van Rossum, Erik, Zwakhalen, Sandra M. G., Kempen, Gertrudis I. J. M. et Hamers, Jan P. H. 2009. « Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review ». *International Psychogeriatrics*. V.21, n.2, p. 252–264
- Ville de Québec. 2011. « Carte interactive » *site officiel de la Ville de Québec*, [en ligne]. [http://www.ville.quebec.qc.ca/carte\\_interactive/index.aspx](http://www.ville.quebec.qc.ca/carte_interactive/index.aspx) (page consultée le 19 janvier 2011).
- Villeneuve, Johanne. 2007. État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie. Québec : Conseil des aînés, 64 p.
- Zeisel, John, Silverstein, Nina M., Hyde, Joan, Levkoff, Sue, Powell Lawton, M., et Holmes, William. 2003. « Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units ». *The Gerontologist*. V. 43, No. 5, p. 697–711

**8] 1. Planches de présentation de la critique finale**

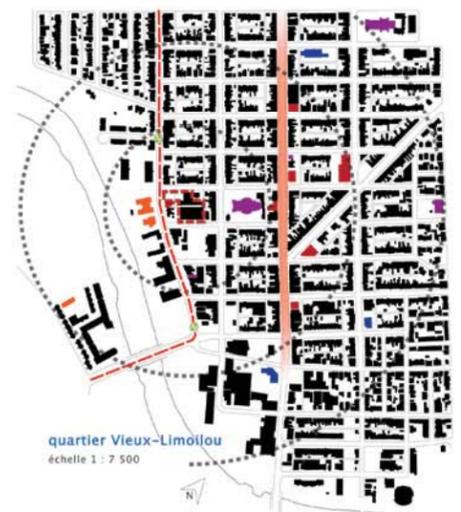
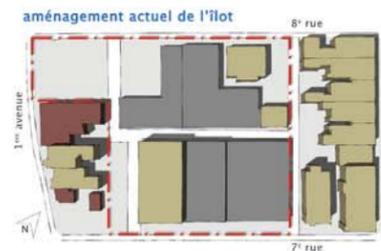


## Entre communauté et intimité

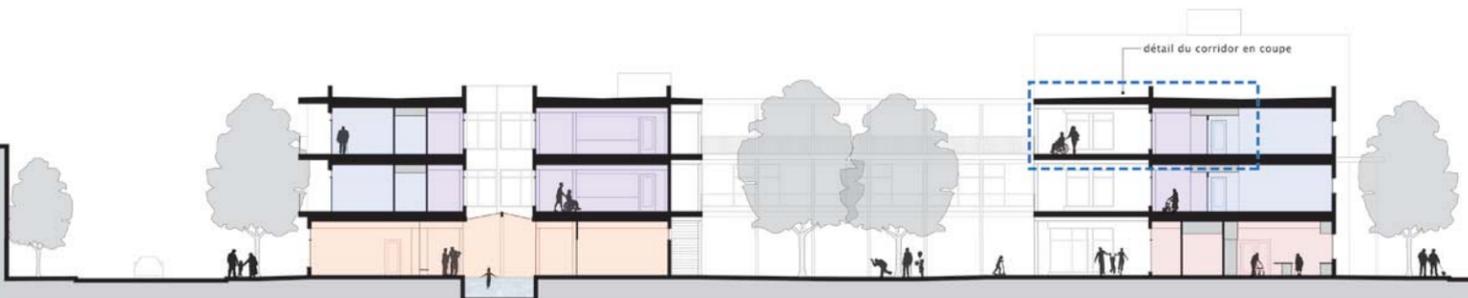
un centre d'hébergement de soins de longue durée repensé



Aménager un **milieu de vie** pour les personnes âgées non autonomes vivant en centre d'hébergement qui encouragera l'**interaction sociale** et l'**intimité** dans les activités de la vie quotidienne. Le centre combinera **partage, animation et services** pour les aînés du Vieux-Limoilou, leurs proches et la population du quartier.



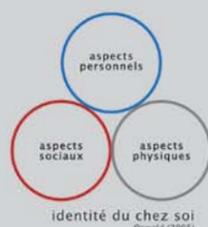
coupe transversale de l'îlot  
échelle 1 : 100



**clientèle en CHSLD:**  
personne ayant un **déficit physique**, besoin de **soins et de soutien** dans certaines activités, capacité à gérer ses activités de la vie quotidienne

personne ayant un **déficit cognitif**, besoin de **soins et d'accompagnement ou de surveillance** dans toutes les activités quotidiennes, incapacité à gérer son quotidien

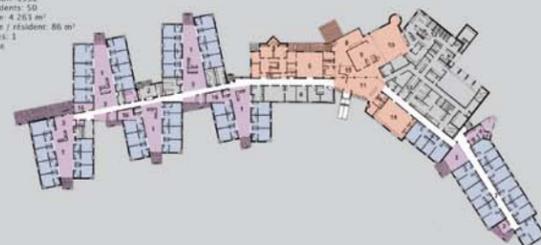
**milieu de vie:**  
« Dans un réel milieu de vie, on doit sentir une âme, on doit voir **des sourires**, entendre des rires, car la **chaleur humaine** a fait son nid. Mais un milieu de vie, c'est aussi un milieu où la vie a le droit et le temps de **s'éteindre doucement**, où la famille peut accompagner son parent dans le **calme et l'intimité**, loin des bruits et des rires. »  
Grenier (2004)



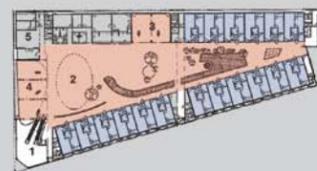
**maisonnées avec déambulateur**  
Competence Centre for People with Dementia, Nuremberg, Allemagne  
Fédérationsarchitectes  
échelle 1 : 5 000  
année de livraison: 2006  
nombre de résidents: 96  
superficie totale: 3 313 m<sup>2</sup>  
superficie totale / résident: 37 m<sup>2</sup>  
nombre d'étages: 3  
contexte: urbain



**noyaux de vie connectés à des services pour le quartier**  
Virsuuranta, Kiruvesi, Finlande  
NVO Architects  
échelle 1 : 500  
année de livraison: 1992  
nombre de résidents: 50  
superficie totale: 4 263 m<sup>2</sup>  
superficie totale / résident: 86 m<sup>2</sup>  
nombre d'étages: 1  
contexte: village



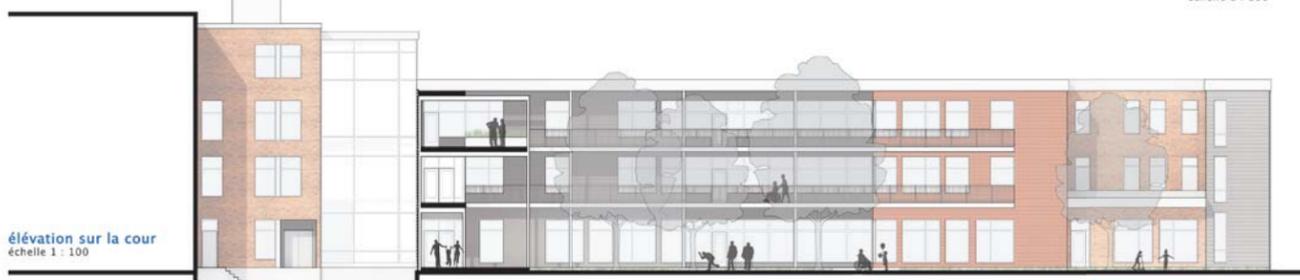
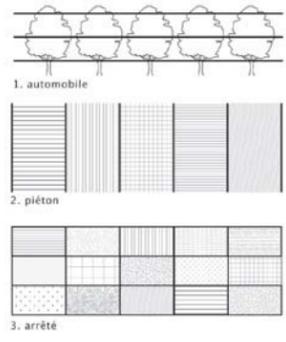
**appartements s'adaptant au besoin de soins**  
Humantitas Bergweg, Rotterdam, Pays-Bas  
ECM architecten bv  
échelle 1 : 500  
année de livraison: 1996  
nombre de résidents: 250  
superficie appartement: 70 m<sup>2</sup>  
nombre d'étages: 12  
contexte: urbain





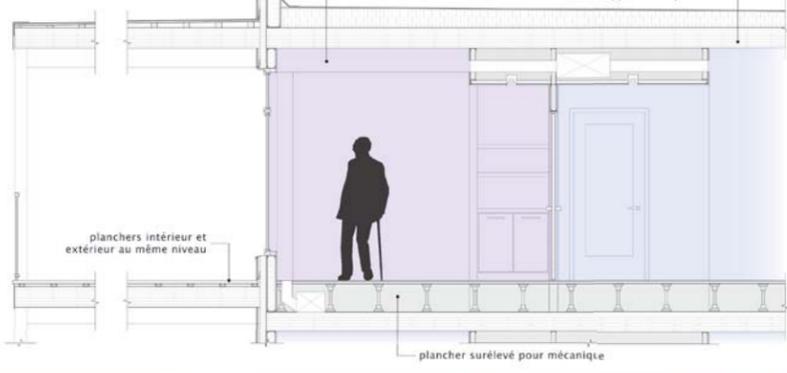
élévation sur la 8<sup>e</sup> rue  
échelle 1 : 100

échelles de lecture des façades sur rue



élévation sur la cour  
échelle 1 : 100

détail du corridor en coupe



caractérisation dualité rue / ruelle



animation éclectique, désordre heureux, façades domestiques / uniformité formelle, trame rythmée, façades publiques



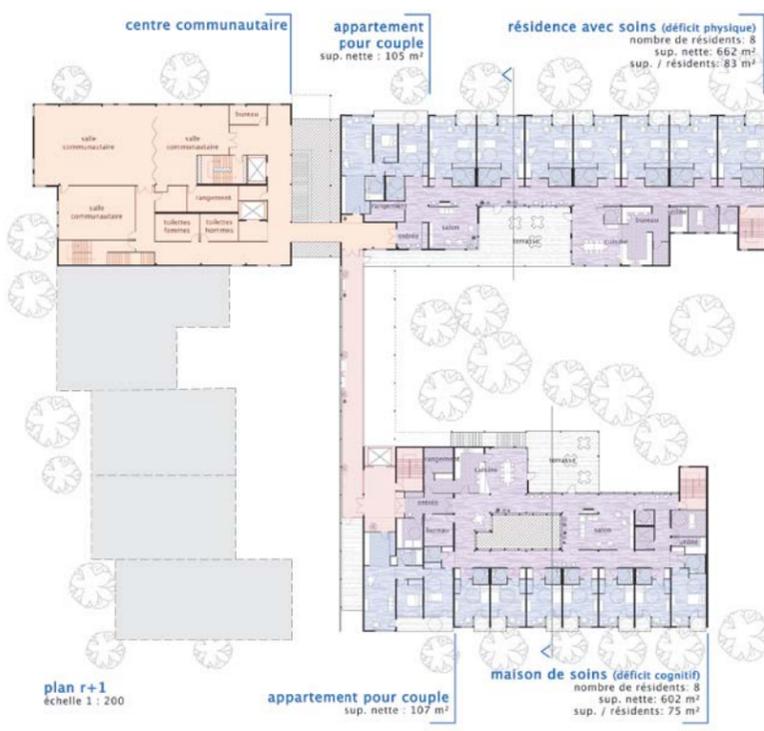
préparation du brunch du dimanche



maisonnée ensoleillée en avant-midi

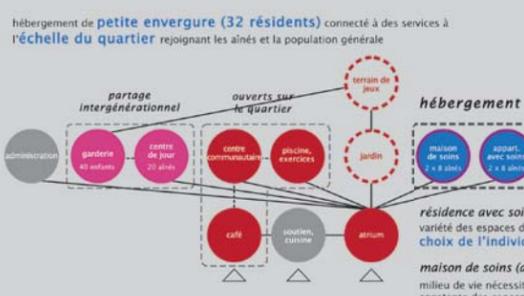


le studio de Mme Richard sur la 8<sup>e</sup> rue



CHSLD d'échelle résidentielle

CHSLD Saint-Eugène, Saint-Eugène, Québec  
Rochet, Larouche, Déry architectes  
échelle 1 : 500  
année de livraison: 2010  
nombre de résidents: 10  
superficie totale: 1 214 m<sup>2</sup>  
superficie totale / résident: 77 m<sup>2</sup>  
nombre d'étages: 1  
contexte: village



plan d'une chambre (25 m<sup>2</sup>) clientèle avec déficit cognitif



plan d'un studio (42 m<sup>2</sup>) clientèle avec déficit physique

critique finale - 21 avril 2011  
essai (projet) à la m. arch. - école d'architecture de l'université laval  
directeurs de projet: François Dufaux - Anne Vallière

christine miqueu

## **8] 2. Caractéristiques des clientèles des CHSLD**

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

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

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

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

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

### **2. Résident ayant de multiples problèmes graves de santé physique**

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

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

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

Personne incapable de se déplacer de façon autonome ou qui éprouve des difficultés à marcher si grandes que son rayon de déplacement est extrêmement limité, jusqu'à être considérée comme grabataire<sup>2</sup>. Pour certaines de ces personnes, les déplacements se font à l'aide d'une marchette ou d'une canne, en fauteuil roulant ou en fauteuil gériatrique et les transferts, par exemple du lit au fauteuil, requièrent la présence d'aidants et l'utilisation de leviers mobiles ou sur rails. Certaines pathologies, telles que la sclérose en plaques et l'hémiplégie, entraînent ce type d'incapacité, d'où un haut degré de dépendance dans l'accomplissement des activités quotidiennes. Les personnes en fin de vie sont considérées dans ce groupe de résidents.

### **4. Résident âgé de 85 ans et plus**

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

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

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

### **6. Résident ayant une déficience intellectuelle**

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

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

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

### 8] 3. Caractéristiques de précédents étudiés

Nom du projet	Contexte physique du projet							Unités/ noyau
	Année ouverture	Contexte	Nbre étages	Forme bâtie	Unités tot	Nbre de noyaux	Unités/ noyau	
1. CHSLD actuel	Québec	ville	≥3	barre, L, X, U	≥64	≥ 4	16	16
2. Humanitas	Rotterdam, Pays-Bas	ville	12	U atrium	195	0	—	—
3. Wilhelmiiina	Helsinki, Finlande	ville	3 – 8	pavillons+cour	171	14	12 avec soins 2 cognitifs	5 avec soins 13 cognitif
4. Virranranta	Kiruvesi, Finlande	village	1	Spine	50	6	5 avec soins 1 autonome	8 10 appartements
5. Matsätähti	Hankasalmi, Finlande	village	1	Spine	14	3	5 4 cognitif	5 4 cognitif
6. Goddard House	Brookline, MA	banlieue	3	L + U	115	4	4 cognitif	10 cognitif
7. Alby Ång	Botkyrka, Suède	ville	2	L+U	61	6	9 cognitif 8 déficience 11 avec soins	9 cognitif 8 déficience 11 avec soins
8. Säby Elderly Home	Salem, Suède	2003 et 2005	2	cour+L	36	4	3 cognitifs 1 avec soins	8 cognitif 10 avec soins
9. Competence Centre for People with Dementia	Nuremberg, Allemagne	2006	3	pavillons	82	16	5 cognitif 3 court terme	10
10. St. Michael Center for the Elderly	Berlin, Allemagne	2004	2 – 3	pavillons à cour	128	8	—	11
11. Vjgs Ångar	Köpingebro, Suède	1995	1	cour intérieure	32	2	— assisté	8 avec soins
12. Ulrika Eleonora Home for the Elderly	Loviisa, Finlande	2002	1	2 L	32	4	—	8
13. Burgbreite	Wernigerode, Allemagne	2000	4	barre et cour	98	5	4 avec soins 1 cognitif	16 11
14. Maison St-Eugène	Saint-Eugène, Québec	2008	1	pavillon	32	4	—	8
15. Unité Méan	Saint-Nazaire, France	1995	1	pointe	14	1	—	14
16. Résidence Louis-Fort	Villeurbanne, France	1995	2	barre	11	1	—	11
<b>Moyenne</b>					<b>71,4</b>	<b>5,2</b>		<b>9,7</b>

Nom du projet	Contexte physique des unités										ratio unité/total	Sdb privée	Cuisine	Acc. Uni
	Types unités	Nbre pièces	m <sup>2</sup> /unité	pers/unité	m <sup>2</sup> /pers	m <sup>2</sup> /noyau	m <sup>2</sup> total	ratio unité/noyau	ratio unité/total	Sdb privée				
1. CHSLD actuel	chambres simples chambres double	1½ 1½	22 2	1 2	22 22	3 230	0,007	non	non	oui				
2. Humanitas	195 appartements	3½	70	1 ou couple	35 ou 70	—	—	oui	oui	oui				
3. Wilhelmiina	60 studios avec soins 26 studios cognitif 38 app. assistés 48 chambres rehab	2½ 1½ 2½ et 3½ 1½	30 23 40 à 60 21	1 1 1 ou couple	30 23 25			oui	non	oui				
4. Virranranta	40 chambres 10 app. Assistés	1½ 3½	21 50	1 2	21 25			oui	pour 2	oui				
5. Matsätähti	12 studios 2 appartements	2½ 3½	28 42	1 2	28 21			oui	oui	...nette oui ...nette oui				
6. Goddard House	37 studio assistés 38 app. assistés 40 studios cognitif	2½ 3½ et 4½ 2½	33 39 23	1 1 ou couple	33 20 ou 39 23			oui	oui	...nette 6				
7. Alby Äng	55 studio avec soins 6 app. avec soins	2½ 3½	30 40	1 2	30 20	5 000	0,051	0,006	oui	oui	...nette oui ...nette oui			
8. Säby Elderly Home	36 studio	2½	28	1	28			oui	oui	...nette oui				
9. Competence Centre for People with Dementia	68 chambres 14 chambres	1½ 1½	1 0	1	28	3 513		oui	non	3 / noyau				
10. St. Michael Center for the Elderly	76 chambres 12 chambres 20 appartements	1½ 1½ 3½ et 4½	1 2	1 1 ou 2	21 20	6 117		oui	non	non	non	non		
11. Vigs Ängar	28 studios 4 appartements	2½ 3½	35 60	1 1 ou 2	35 30	2 700	0,013	oui	oui	oui	oui	oui		
12. Ulrika Eleonora Home for the Elderly	32 chambres (24 app. à venir)	1½	1	1	28	1 950		oui	oui	...nette oui				
13. Burgbreite	74 chambres 15 chambres 8 appartements	1½ 1½ 3½	1 2	1 1 ou 2	28	6 440		oui	non	non	non	non		
14. Maison St-Eugène	16 chambres soins 16 chambres cognitif	1½ 1½	1	1	28			oui	pour 2	oui	oui	oui		
15. Unité Méan	14 chambre soins	1½	19	1	19	554	0,034	0,034	oui	oui	non	non		
16. Résidence Louis-Fort	11 studios	2½	32	1	32	652	0,049	0,049	oui	oui	oui	oui		
Moyenne			35,5		26,5	3 366								

Nom du projet	Présence de:											Ouverts ext.
	Jardin	Balcons	Poste de garde	Corridors	Salon	Salle à manger	Cuisine	Salle empl.	App ass.	CDJ	Services	
1. CHSLD actuel	peu accessible	commun	oui, central aux unités	double	commun	commune et centrale	centrale	oui	non	oui, séparé	Physio/ergo	non
2. Humanitas	non	privé	non	simple	–	privée et centrale	privé et centrale	oui et bureaux	oui	oui	Restaurant, bar Clinique médicale Physio/ergo	oui
3. Wilhelmiana	oui	commun	non	aucun	commun et central	commune et centrale	commune et centrale bureaux	oui et bureaux	oui	non	Clinique médicale Physio/ergo Piscine	oui
4. Virranranta	oui et serre pour l'hiver	commun	comptoir attaché cuisine et un central	aucun	commun et central	commune et centrale	commune et centrale bureaux	oui et bureaux	oui	oui	Bibliothèque Sauna Physio/ergo Consultations médicales	oui
5. Matsätähti	oui	commun	non	aucun	commun	commune et centrale	centrale	non	non	oui, bâtiment séparé	Garderie Clinique médicale Clinique des naissances	oui
6. Goddard House	oui	commun	non	double	privé, commun et central	privée, centrale, cogn commune	centrale, cognitif commune	oui	oui	non	Bibliothèque Café Spa	non
7. Alby Ång	oui	commun et balcon français	non, bureau	double	commun	commune	commune	oui	non	oui	non	non
8. Säby Elderly Home	oui	privé et commun	non	simple	commun et central	commune	commune	oui	non	oui	Garderie BBQ Mini-spa	oui
9. Competence Centre for People with Dementia	oui	commun	non, bureau	double	central	commune	commune	oui, autre bâtiment	non	oui	Centre d'information Centre de soins externes	oui
10. St. Michael Center for the Elderly	cour intérieure	commun	non, bureau	simple	commun et central	commune et centrale	commune	non	oui	non	non	non
11. Vigs Ångar	cour et jardins	privé et commun	non	simple et double	commun et central	commune et centrale	commune et centrale	oui	non	non	Piscine et spa	oui
12. Ulrika Eleonora Home for the Elderly	oui	commun	non	double	commun	commune	commune non	à venir	non	non	Sauna	oui
13. Burgbreite	cour intérieure et jardins	privé app. et commun	oui	simple et double	commun et central	commune	commune	oui	oui	non	Clinique médicale	oui
14. Maison St-Eugène	oui	privé app. et commun	non, bureau	double	commun	commune	commune	oui	non	non	non	non
15. Unité Méan	oui, gazon	terrasse	non, bureau	double	commun	commune	commune vestiaires	non	non	non	non	non
16. Résidence Louis-Fort	oui	terrasse	non, bureau	double	commun	commune	commune vestiaires	non	non	non	non	non
Moyenne												

Nom du projet	Caractéristiques de la clientèle			Commentaires
	Résidents tot	Types hébergement	ratio personnel/client	
1. CHSLD actuel		avec soins cognitif		
2. Humanitas	250	app. for life	0,36	philosophie de séparation de l'habitation et services use it or lose it
3. Wilhelmina	178	avec soins assisté cognitif réhabilitation		un déménagement pour toute la vieillesse petites unités familiales avec choix espaces communs unités meublées par résidents
4. Virranranta	60	avec soins assisté cognitif	0,03 la nuit	
5. Matsäätähti	14 plus 21 enfants	avec soins cognitif	0,2 incluant CPE	chaque clientèle à son espace et partage une salle à manger beaucoup d'interaction enfants /résidents dû au petit nombre espaces de vie multifonctions
6. Goddard House	120	assisté cognitif	8%	beaucoup implication bénévole de la communauté beaucoup espaces communs variés
7. Alby Ång	67	avec soins cognitif	0,75	noyaux autonomes, peu de services centralisés espace de relaxation au centre de jour espaces de vie commune par noyau petit
8. Säby Elderly Home	36	cognitif avec soins	1	se veut le meilleur centre en Suède beaucoup espaces de vie commune par noyau garderie accessible par extérieur et espace employés composition architecture et matérialité intéressantes
9. Competence Centre for People with Dementia	96 plus 12 CDJ	cognitif temporaire	possible 14	cour intérieure au coeur des noyaux, pas pièces de vie
10. St. Michael Center for the Elderly	120		possible en appartement ou double	
11. Vigs Ångar	36	avec soins cognitif	possible en appartement	espace privé grand reconnu par les Nations Unies
12. Ulrika Eleonora Home for the Elderly	32	avec soins cognitif	non	
13. Burgbreite	114	avec soins assisté cognitif	possible en appartement	réhabilitation et agrandissement bâtiment existant
14. Maison St-Eugène	32	avec soins cognitif	non	appartement pour famille en visite entrée distincte pour chaque noyau
15. Unité Méan	14	avec soins et cognitif	non	type cantou petit pavillon lié à un réseau de services à domicile
16. Résidence Louis-Fort	11	avec soins	oui	petite unité intégrée dans un immeuble à logements pour familles
Moyenne	78,7			

## 8] 4. Programmes références

### 1. CHSLD Saint-Sacrement, Québec - 64 lits

Source : Paquin, 2006, p.44 tiré de CHQ (2004), *Programme fonctionnel et technique construction CHSLD - 64 lits, Centre hospitalier Saint-Sacrement Ltée*, direction de l'expertise technique, Corporation d'hébergement du Québec, Québec

TABLEAU DES SUPERFICIES DE L'UNITÉ DE VIE

LOCAUX	QTÉ	Superf. min. (m <sup>2</sup> ) /unité	Superficie totale (m <sup>2</sup> )	REMARQUES
Centre de services	2	30,0	60,0	
Toilette du personnel	2	2,5	5,0	
Dépôt de pharmacie	2	7,0	14,0	
Utilité propre	2	10,5	21,0	Espace pour 2 chariots de 1735x725mm
Utilité souillée	2	9,0	18,0	Espace incluant la chute à linge et le vide-ordure
Dépôt de conciergerie	2	4,0	8,0	
Réserve de matériel	2	12,0	24,0	
Bureau	2	10,0	20,0	
Salle de réunion	2	15,0	30,0	Salle pour 6 personnes
Salle d'activités	2	50,0	100,0	
Fumoir	0	15,0	0,0	Non requis par l'établissement
Buanderette	2	8,0	16,0	
Salle familiale (excluant toilette et douche adaptée)	2	28,0	56,0	Une salle familiale par unité
Salle de toilette et douche adaptée	2	8,0	16,0	
Toilette adaptée	2	4,5	9,0	
Chambre	66	17,5	1 155,0	
Toilette mitoyenne adaptée	33	4,0	132,0	
Bain à hauteur variable	2	15,0	30,0	
Douche civière	2	9,0	18,0	
Douche adaptée	2	9,0	18,0	Douche adaptée polyvalente
Toilette adaptée (attenante aux salles d'eau +1)	8	4,5	36,0	
Salon pour îlot de 12 chambres	4	30,0	120,0	
Salon pour îlot de 9 chambres	2	22,5	45,0	
Salle à manger pour îlot de 12 chambres	4	44,0	176,0	incluant 2 intervenants et 1 chariot
Salle à manger pour îlot de 9 chambres	2	35,0	70,0	incluant 2 intervenants et 1 chariot
Local électrique	6	2,0	12,0	
<b>Sous-total pour deux unités de vie</b>			<b>2 209,0</b>	

TABLEAU DES SUPERFICIES DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

LOCAUX	QTÉ	Superficie min. (m <sup>2</sup> )	Superficie totale (m <sup>2</sup> )	REMARQUES
Bureau médecin	1	10,0	10,0	
Bureau professionnel	2	10,0	20,0	Physiothérapeute et animation-loisirs
Laboratoire orthèse	1	12,0	12,0	
Réserve de physiothérapie	1	16,0	16,0	
Autre bureau partagé	1	7,5	7,5	
Réserve animation-loisirs	1	16,0	16,0	
Local du comité des résidents et/ou des bénévoles	1	20,0	20,0	
Salle de réunion	0	15,0	0,0	Non requise par l'établissement
Toilette adaptée	1	4,5	4,5	
Toilette du personnel	1	2,5	2,5	
Pharmacie CHSLD	1	18,5	18,5	
<b>Sous-total Services multidisciplinaires</b>			<b>127,0</b>	

**TABLEAU DES SUPERFICIES DES ESPACES PUBLICS**

LOCAUX	QTÉ	Superficie min. (m <sup>2</sup> )	Superficie totale (m <sup>2</sup> )	REMARQUES
Entrée principale (vestibule)	1	5,0	5,0	
Réception	1	10,0	10,0	
Vestiaire des visiteurs	1	9,0	9,0	66 visiteurs
Place publique (avec 2 distributrices)	1	58,0	58,0	
Boutique dépanneur	1	9,0	9,0	
Local de coiffure	1	13,0	13,0	
Lieu réservé aux cultes	1	14,0	14,0	
Salle polyvalente (salle à manger)	1	102,0	102,0	32 personnes et 3 chariots de 2m <sup>2</sup>
Salle de zoothérapie	1	25,0	25,0	
Toilette adaptée	2	4,5	9,0	
Toilette	1	2,5	2,5	
Dépôt concierge	1	4,0	4,0	
<b>Sous-total Espaces publics</b>			<b>260,5</b>	

**TABLEAU DES SUPERFICIES DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

LOCAUX	QTÉ	Superficie min. (m <sup>2</sup> )	Superficie totale (m <sup>2</sup> )	REMARQUES
Directeur général	1	16,0	16,0	
Secrétaire de direction	1	10,0	10,0	
Cadres supérieur ou intermédiaire	2	12,0	24,0	
Assistante à la directrice des soins infirmiers	1	10,0	10,0	
Responsable : horaire et soutien au traitement de la paie	1	10,0	10,0	
Soutien administratif et secrétariat	1	7,5	7,5	
Opérations comptables	1	10,0	10,0	
Local du serveur	1	5,5	5,5	
Salle de conférence (et polyvalente)	1	30,0	30,0	Salle pour 12 personnes
Rangement de dossiers actifs	1	9,5	9,5	
Archives	1	14,0	14,0	
Local de photocopie	1	6,0	6,0	
Dépôt de papeterie	1	10,0	10,0	
Toilette du personnel	1	2,5	2,5	
Rangement audio-visuel	1	4,0	4,0	
Vestiaire du personnel administratif	1	1,0	1,0	
<b>Sous-total Services administratifs</b>			<b>170,0</b>	

**TABLEAU DES SUPERFICIES DU SOUTIEN AU PERSONNEL**

LOCAUX	QTÉ	Superficie min. (m <sup>2</sup> )	Superficie totale (m <sup>2</sup> )	REMARQUES
Vestiaires	1	42,0	42,0	Casier pour 110 personnes
Toilettes multiples	2	7,0	14,0	
Salle de repos du personnel	1	24,0	24,0	Salle pour 12 personnes
Local des syndicats	1	10,0	10,0	
Dépôt de concierge	1	4,0	4,0	
<b>Sous-total Soutien au personnel</b>			<b>94,0</b>	

**TABLEAU DES SUPERFICIES DU SERVICE ALIMENTAIRE**

LOCAUX	QTÉ	Superficie min. (m <sup>2</sup> )	Superficie totale (m <sup>2</sup> )	REMARQUES
Sas de réception des denrées	1	4,0	4,0	
Entreposage sec	1	16,0	16,0	
Entreposage des produits non alimentaires	1	5,0	5,0	
Bureau	1	7,0	7,5	
Préparation, production-cuisson et distribution	1	80,0	80,0	
Lavage de vaisselle, marmites et ustensiles de cuisine	1	28,0	28,0	
Déchets organiques et rebuts	1	5,0	5,0	
Matières recyclables	1	2,0	2,0	
Toilette du personnel	1	2,5	2,5	
Conciergerie	1	4,0	4,0	
Dépôt de produits d'entretien d'équipements des services alimentaires	1	2,5	2,5	
Salle de mécanique (compresseurs de réfrigérateurs)	1	8,5	8,5	
<b>Sous-total Service alimentaire</b>			<b>165,0</b>	

**TABLEAU DES SUPERFICIES DU SERVICE DE SOUTIEN TECHNIQUE**

LOCAUX	QTÉ	Superficie min. (m <sup>2</sup> )	Superficie totale (m <sup>2</sup> )	REMARQUES
Sas de réception de la marchandise	1	10,0	10,0	
Local d'approvisionnement	1	77,5	77,5	
Dépôt de déchets biomédicaux	1	3,0	3,0	
Dépôt pour bonbonnes d'oxygène	1	2,0	2,0	
Dépôt objets extérieurs	0	21,0	0,0	Espace prévu dans le stationnement souterrain
Rangement de valises	1	16,5	16,5	
Local principal de buanderie-lingerie	1	27,0	27,0	
Dépôt linge souillé	1	12,0	12,0	
Salle d'expédition (sas souillé)	1	9,5	9,5	
Local principal d'entretien ménager	1	22,0	22,0	
Dépôt déchets	1	6,0	6,0	
Local d'entretien des installations	1	16,5	16,5	
Garage et sas	0	18,0	0,0	Espaces prévus dans le stationnement souterrain
Toilette du personnel	1	2,5	2,5	
<b>Sous-total Services de soutien technique</b>			<b>204,5</b>	

**2. Unité décentralisée (cantou) de Heinlex, Saint-Nazaire, France – 15 lits**

Source : Dehan, 1997, p. 62

	Quantité	Surface unitaire	Surface totale
<b>Espaces collectifs</b>			<b>201</b>
Salon avec coin-feu	1	44	
Salle de restaurant	1	60	
Salon fermé	1	16	
Circulations	1	81	
<b>Services</b>			<b>110</b>
Sas	1	4	
Bureau	1	15	
Cuisine	1	16	
Office	1	9	
Salle de bains	1	11,5	
Sanitaires	1	3	
Vestiaires du personnel	1	14	
Réserve fluides médicaux	1	3	
Linge sale	1	4	
Lingerie	1	10	
Local fauteuils roulants	1	5	
Matériel d'entretien	1	6,5	
Chaufferie	1	9	
<b>Chambres</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>285</b>
<b>Total</b>			<b>596</b>

## 8]5. Sites potentiels et opportunités spatiales

### QUARTIER VIEUX-LIMOILOU

-  Terrains non-bâti / vacants
-  Terrains sous-utilisés / à densifier
-  Terrains dont la vocation peut changer

 Zone d'activité commerçante piétonne

Rayons de marche: 200m 400m 600m

- École de cirque – salle de spectacle 1
- Résidence pour aînés 2
- Clinique médicale 3
- Pharmacie avec clinique médicale 4
- Banque – Caisse 5
- Épicerie 6
- Bibliothèque 7
- Centre communautaire 8
- Église 9
- Hôpital 10
- École primaire 11
- Garderie – CPE 12



## 8] 6. Phases de développement du secteur

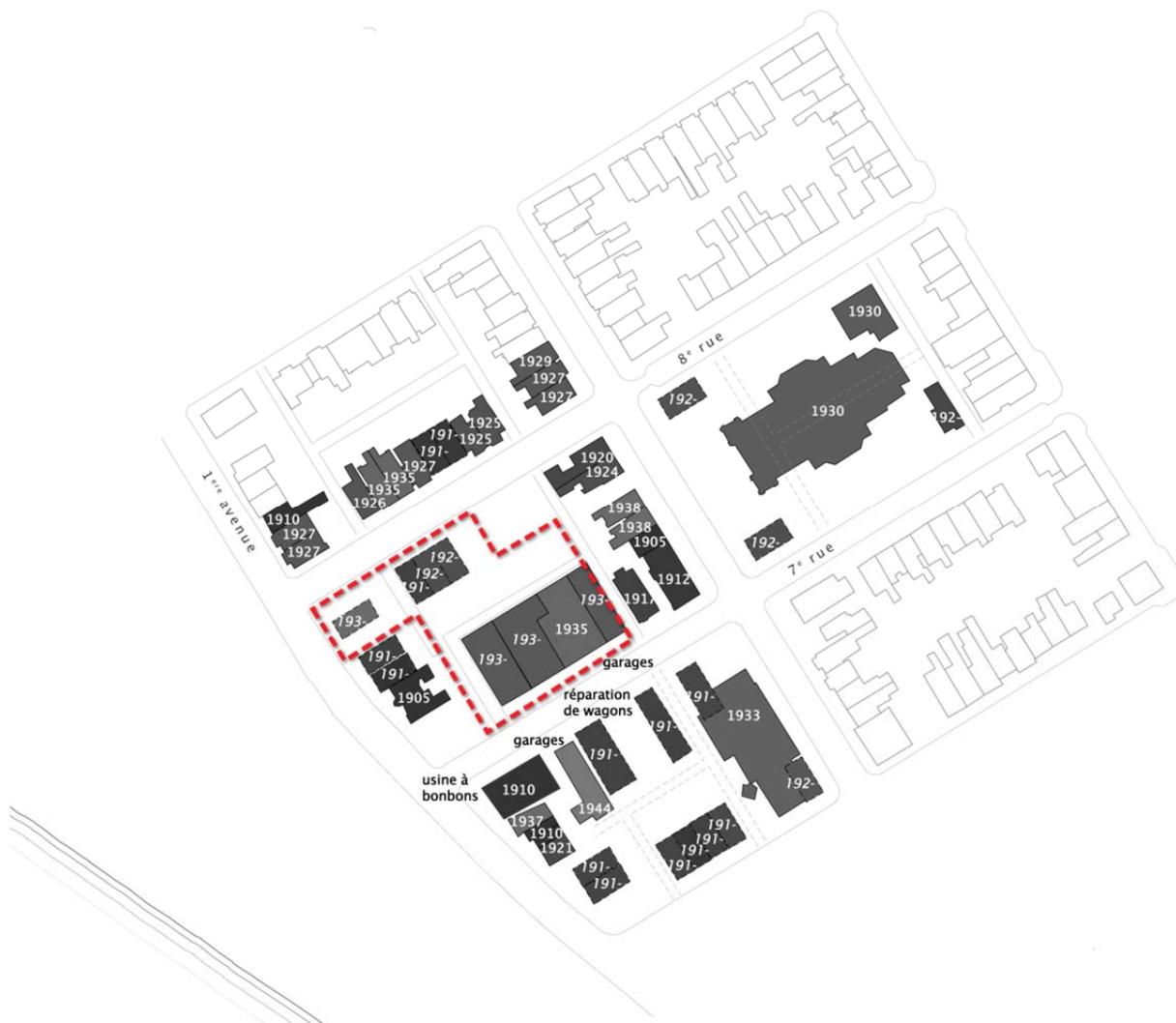
Informations tirées de :

*Carte interactive de la Ville de Québec* (Ville de Québec, 2011)

*Archives nationales de la Bibliothèque et archives nationales* (Gouvernement du Québec, 2006)

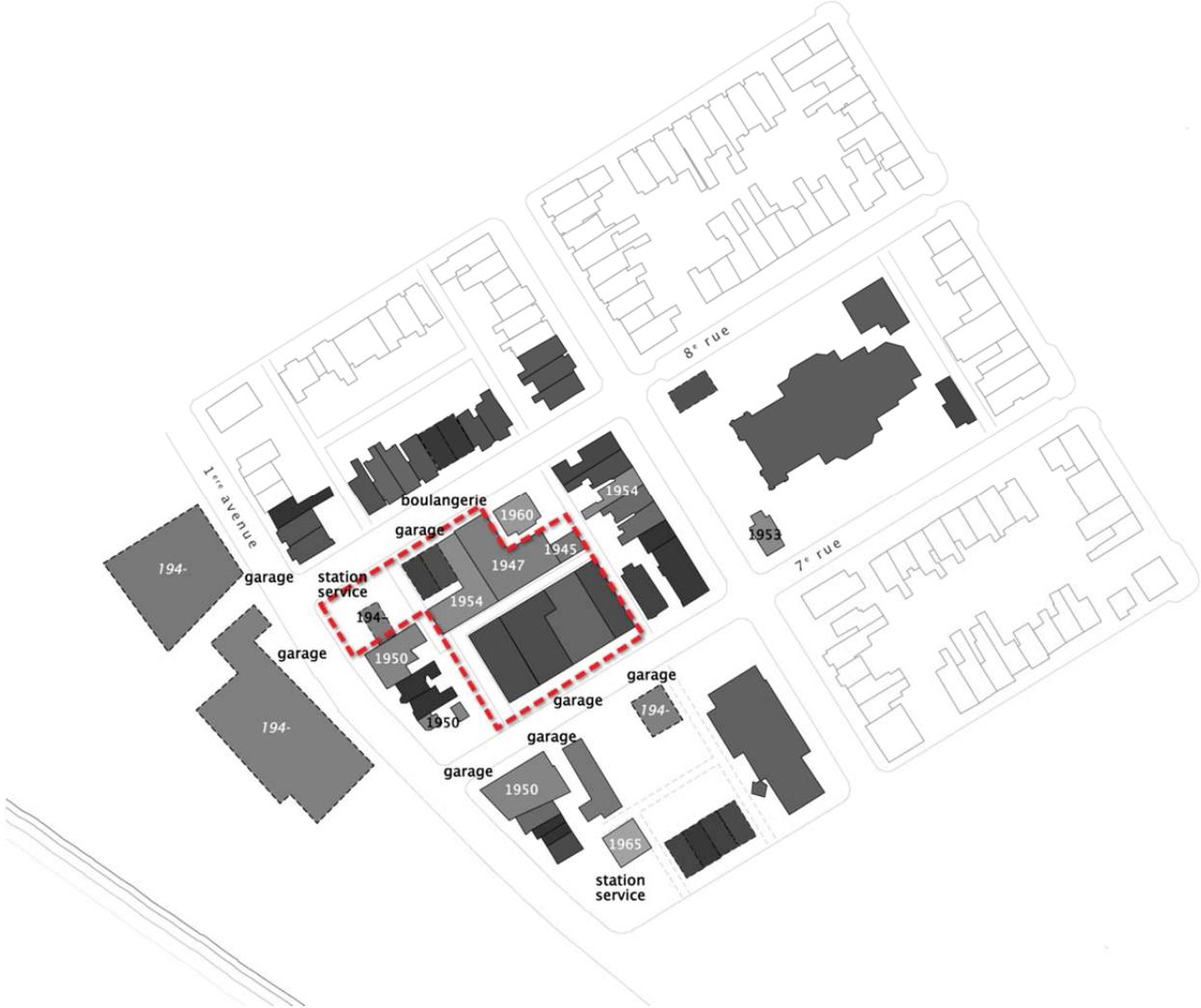
### Phase 1 : 1906 à 1944

Premier développement de plex et d'industries artisanales



**Phase 2 : 1945 à 1979**

La 1<sup>ère</sup> avenue à vocation automobile



**Phase 3 : 1980 à 2011**

Un redéveloppement résidentiel dû à la perte de vocation automobile de la 1<sup>ère</sup> avenue

