

# Evolution architecturales des EHPAD face à l'évolution des aspirations et besoin



**Fany CERESE**

Dr. en architecture programmatrice, associée Atelier AA – Architecture Humaine

# 1.

Une évolution des aspirations qui invite à un **changement** de culture ;  
moins sanitaire,  
**plus domiciliaire**

Les EHPAD actuels sont le plus souvent constitués tels des « hôtels avec du soin », avec des modalités de prise en charge pensées en termes de prestations et de prescriptions, **avec un fonctionnement et une organisation spatiale calquée sur celle du sanitaire**. Pour autant, cette solution offre peu de désirabilité pour les personnes âgées qui préfèrent vivre et mourir chez elles, dans un environnement familial qu'elles maîtrisent, malgré le besoin de soins. Cela se solde par des entrées en institution toujours plus tardives, souvent en urgence, avec un niveau de dépendance très élevées, avec pour conséquence **une rupture violente dans le parcours de vie** et des situations complexes à prendre en charge et à stabiliser. **Avoir un besoin de soin important ne devrait pas avoir pour effet de renoncer à la dimension domestique des lieux et de l'accompagnement**.

En effet, la question de la santé des personnes âgées en institution ne saurait se restreindre à la prise en charge de leurs pathologies et dépendances - comme nous le rappelle la définition de l'OMS (1946) - sans quoi un modèle calqué sur l'hôpital suffirait à

satisfaire leurs aspirations et besoins. Atteindre "un état complet de bien-être physique, mental et social" requiert de s'intéresser aux delà de la satisfaction des besoins physiologiques ; être nourri, bénéficier de repos, être protégé contre la violence ou encore soigné en cas de maladie.

Selon la philosophe Simone Weil (1949)<sup>1</sup>, il est essentiel de pourvoir également aux "**besoins de l'âme**", parmi lesquels figurent la **liberté**, la **sécurité**, la **propriété privée**, le **risque**, la **responsabilité**, l'**enracinement**.

*« Ce sont, comme les besoins physiques, des nécessités de la vie d'ici-bas. C'est à dire que s'ils ne sont pas satisfaits, l'homme tombe peu à peu dans un état plus ou moins analogue à la mort, plus ou moins proche d'une vie purement végétative. »<sup>2</sup>*

Il s'agit en somme de s'intéresser à la notion plus large de qualité de vie, dans ses dimensions multidimensionnelles et interpersonnelles.

<sup>1</sup> «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 22 juillet 1946;

<sup>2</sup>Weil, S. (1949). *L'enracinement*. Paris: Gallimard.

Des nombreuses recherches scientifiques internationales ont été menées sur les critères de qualité de vie liée à l'environnement en institution pour personnes âgées (cf. Figure 01<sup>3</sup>), notamment lorsque les personnes sont atteintes de troubles cognitifs (ce qui est le cas d'une grande majorité des personnes institutionnalisées).

CARACTÉRISTIQUES ENVIRONNEMENTALES ÉVALUÉES	COMPORTEMENTS IMPACTÉS
Espace privatif et personnalisation de l'environnement	Agression, agitation, sommeil, qualité de vie
Espace commun et ambiance résidentielle	Retrait social
Circulations articulées à des activités	Fuites, humeur, implication des familles
Ambiance domestique	Retrait social, autonomie, sommeil, visites des familles, qualité de vie, déambulation
Compréhension sensorielle	Agitation verbale
Accès libre au jardin	Tentatives de fuite, sommeil
« Cadre de vie » devant la porte de chambre et personnalisation	Orientation spatiale

Figure 01 - Impacts de caractéristiques environnementales sur les troubles liés à la maladie d'Alzheimer issu de la littérature (Charras et al., 2011)

Ainsi, créer un **environnement domestique** (-homelike) vise à renforcer la possibilité de comprendre et de s'approprier le lieu dans lequel on vit, de **se sentir chez soi**. La possibilité d'habiter un lieu et de ne pas en être simplement résident ou hébergé est une **condition essentielle de l'épanouissement personnel** (Bachelard, 1957<sup>4</sup>, Besse, 2013<sup>5</sup> Paquot, 2005<sup>6</sup>) et par voie de conséquence de la santé humaine, et ce **quel que soit l'âge et le niveau de dépendance**.

<sup>3</sup> Charras, K., Demory, M., Eynard, C., & Viatour, G. (2011). Principes théoriques et modalités d'application pour l'aménagement des lieux de vie accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Rev Francoph Geriatr Geronto/2011*, 18, 205-10.

<sup>4</sup> Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*.

<sup>5</sup> Besse, J. M. (2013). *Habiter: un monde à mon image*. Flammarion.

<sup>6</sup> Paquot, T. (2005). *Demeure terrestre: enquête vagabonde sur l'habiter*. "Les" Éditions de l'Imprimeur.

Il est important de rappeler ici que la *Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie* a acté dans son chapitre prospectif « *Pour une société inclusive ouverte à tous* » paru en juin 2018 cette volonté de changer de paradigme d'accompagnement afin de développer **non plus des réponses sanitaires mais domiciliaires**, en considérant que **l'essentiel devait être la possibilité de se sentir chez soi**. Ce changement de paradigme est clairement exprimé dans son approche sémantique (cf. Figure 2).

Terme/notion fréquemment utilisés	Termes retenus par les membres du Conseil
Personne âgée Personne en situation de handicap Malade Personne vulnérable/en situation de vulnérabilité	› Personne (quel que soit l'âge ou la situation de handicap)
Besoins	› Aspirations et besoins
Offre	› Réponse
Acteurs	› Parties prenantes, au premier rang desquelles la personne <sup>1</sup>
Perte d'autonomie	› Besoins d'accompagnement à l'autonomie
Mixité sociale	› Mixité d'usage
Établissement d'hébergement (exemples : EHPAD, FAM, MAS)	› Chez-soi, une réponse domiciliaire
Par et pour la personne	› Avec et pour la personne
Production d'une offre	› Construction de réponses
Mesurer, évaluer	› Évaluer par la preuve
Usagers, patients, bénéficiaires	› Citoyens, personnes
Diagnostics	› Diagnostics partagés à 360° (prenant en compte toutes les dimensions de la vie de la personne)

Figure 2 - Approche sémantique pour la transformation de l'offre médico-sociale dans une logique inclusive (CNSA, 2018)

Il s'agit finalement de considérer qu'il est essentiel de construire **des lieux de vie où il y a du soin** plutôt que **des lieux de soin où il y a de la vie**, un virage qui a déjà été pris par certaines structures de soin palliatives, malgré un besoin de soin très grand et une technicité accrue.



## FOCUS SUR ...

### ... le centre de soin palliatif La Maison à Gardanne (13)



Située à Gardanne, La Maison est un centre de soins palliatifs extra hospitalier accueillant 24 personnes en fin de vie souffrant de toutes pathologies, en leur proposant un accompagnement personnalisé avec une ambition forte :

**humaniser l'accompagnement** des personnes en fin de vie au sein d'une structure novatrice qui soit avant tout un lieu de vie,

*"pour que la vie ne soit pas une survie",*

*"pour mener un travail sur le corps et l'esprit",*

*"permettre de redonner du sens à son quotidien",*

*"pour optimiser les capacités des individus".*

(Propos du Dr. Jean-Marc La Piana).

Il propose **un accompagnement à la carte** entre accueil de jour, intervention à domicile, séjour de répit, accueil longue durée. De nombreux bénévoles apportent aux résidents et aux salariés leur aide et leur disponibilité à tout instant.

Sur le plan architectural, ce centre **à l'échelle humaine** a tout d'une grande maison structurée autour d'un patio, puit de lumière, cœur de verdure, Le grand hall d'entrée dessert de plain-pied la salle à manger, le salon et les bureaux. Deux demi-étages permettent d'accéder au patio et aux chambres. La salle à manger est conçue pour accueillir une soixantaine de personnes. **Résidents, salariés, bénévoles et familles y mangent ensemble.**

# 2.

Une évolution des profils  
et des besoins qui invite  
à des **solutions**  
**diversifiées**

# PRENDRE EN COMPTE LES ÉVOLUTIONS GÉNÉRATIONNELLES

Selon le rapport d'études du *Think Tank Matière grise* <sup>7</sup>, en 2030, la génération des premiers baby-boomers – ceux qui avaient 20 ans en 1968, parviendra à l'âge de 85 ans.

L'écart – considérable - entre le public actuel et cette génération qui arrive se caractérise par une vision et un mode de vie **plus individualiste**, avec une revendication à **l'autonomie** et à la **liberté** très grande, une **maîtrise de l'outil numérique** avec tout ce que cela implique.

Concevoir un EHPAD aujourd'hui (en 2021) amène à livrer d'ici 4 à 5 ans et exploiter durant 25-30 ans (soit jusqu'en 2050), il y a urgence et nécessité pour garantir l'attractivité de l'offre (d'habitat et d'accompagnement), de venir

**interroger les représentations que l'on peut avoir de ce que sont les besoins des personnes âgées.**

Ainsi, le « confort attendu » des espaces privatifs est aussi à reconsidérer : 20m<sup>2</sup> minimum est une exigence qui est issue du cahier des charges de la convention tripartite, un minimum défini dans l'arrêté du 26 avril 1999.

Le niveau de confort minimum a évolué en 20 ans et s'il est inimaginable aujourd'hui de ne pas avoir une salle de bain privative, **pouvoir bénéficier d'un véritable logement permettant une vie sociale et intime en dehors du regard des professionnels** – même lorsque l'on est alité - va devenir la norme.

---

<sup>7</sup> Guedj J., Broussy, L., Kuhn Lafont, (2018) A. Les personnes âgées en 2030. Etat de santé, démographie, revenus, territoires, modes de vie : portrait-robot de la génération qui vient



Ce besoin d'autonomie se satisfait également de la **possibilité de choisir et de faire évoluer ses choix.**

Cela requiert de la souplesse dans les organisations et dans les rythmes (pouvoir choisir de prendre son petit-déjeuner dans son logement ou avec d'autres dans un espace collectif, pouvoir choisir ce que l'on mange, pouvoir participer à la préparation de son repas, etc.).

Par ailleurs, être innovant et attractif, c'est aussi **se donner les moyens** au niveau du projet d'établissement **de pouvoir « choisir » non seulement qui on accueille, mais également qui on recrute.**

En effet, porter une philosophie d'accompagnement atypique requiert la présence de professionnels qui en comprennent le sens et y adhèrent.

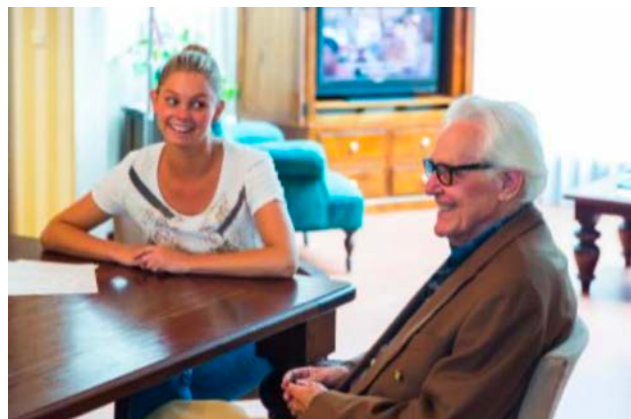
Autant dire que ce sera mission impossible si l'établissement se voit contraint de recruter les seuls professionnels qui se présentent faute de candidature

ou pire fonctionner en grande partie avec des contractuels et intérimaires pour faire face à la pénurie (ou à l'absentéisme) de professionnels souvent las et désenchantés par la difficulté des missions qui leur sont confiées.

**Si le profil des futurs habitants est en mutation profonde, celui des professionnels l'est également,** qui sont de plus en plus difficiles à recruter et qui aspirent à un travail qui présente davantage de sens et une meilleure qualité de vie au travail. Celle-ci ne pouvant se résumer à l'installation de rails en plafond afin de limiter les troubles musculosquelettiques.

Repenser l'EHPAD, imaginer de nouvelles organisations moins aliénantes, c'est être **attractif pour les professionnels.**

**Une grande partie de la qualité de vie des résidents repose sur la qualité de ceux qui les accompagnent.**



# PRENDRE EN COMPTE LES TROUBLES COGNITIFS

Comme le montre la présente étude, la prévalence des troubles cognitifs et comportementaux augmente au sein des EHPAD. Afin de limiter les **pratiques de contention, l'épuisement des professionnels et le risque de maltraitance**, dans un contexte où les solutions médicamenteuses étant limités, l'état de l'art scientifique invite à repenser non seulement les modalités de soin (moins de *cure*, plus de *care*) mais aussi de penser la **question spatiale** autrement.

Le *World Alzheimer Report (Design, dignity, Dementia)*<sup>8</sup> consacré à la conception de l'environnement bâti met en avant les grands principes suivants :

- Réduire discrètement les risques
- Offrir une taille humaine
- Permettre aux personnes de voir et d'être vus
- Réduire la stimulation inutile
- Optimiser la stimulation utile
- Soutenir le mouvement et l'engagement
- Créer un lieu familier
- Offrir des opportunités d'être seul ou avec d'autres
- Permettre le lien avec la communauté
- Cristalliser une conception en réponse à la conception de son mode de vie

---

<sup>8</sup> Fleming, R., Zeisel, J. Bennett, K. (2021). Design, Dignity, Dementia : Dementia-related design and built environment. World Alzheimer Report 2020, Vol 1



# ÉVOLUER EN S'INSPIRANT DES MODÈLES ÉTRANGERS

## L'EXEMPLE DES PAYS-BAS

Les Pays-Bas, comme beaucoup de pays occidentaux, sont marqués par **un vieillissement exponentiel** de leur population avec **une diminution du nombre d'actifs**, **une pénurie de professionnels** et **une augmentation des coûts** peu soutenable pour l'Etat.

Cela dans un contexte singulier néerlandais, où les personnes âgées de plus de 65 ans recourent massivement aux divers services d'accompagnement ou structures de soin (environ 21% d'entre elles contre 5% seulement en France).

Après une première réforme du système d'assurance de santé en 2006, le gouvernement néerlandais a décidé en 2014 d'un changement de politique caractérisé essentiellement par une rationalisation et une décentralisation de la gestion des soins de long terme, avec plus de copaiement par les usagers (François, Verdier-Molinié, 2016), ce qui s'est incarné par **une diminution de la médicalisation de la prise en charge au profit de plus d'accompagnement social** face notamment à la raréfaction des professionnels soignants (il manque actuellement 500 000 professionnels de santé).





L'ambition première affichée est alors de permettre à chacun de vieillir chez soi en favorisant le maintien à domicile des personnes ou le développement de solutions équivalent-domicile, et ce, quel que soit le niveau de dépendance et d'assistance requis.

Ce changement a nécessité d'innover dans la mise en place de solutions radicalement différentes, avec pour effets :

- La priorité donnée à la **qualité de vie** des personnes, et au **respect de leur mode de vie**.
- Le **démantèlement** progressif **des structures d'hébergement médicalisées** au profit de nouvelles solutions mixtes, appelés « logements assistés ».
- Le recours massif au **bénévolat** afin de maintenir une **bonne qualité d'accompagnement** malgré des moyens financiers et humains limités.

Concrètement, ces nouvelles structures, accessibles uniquement aux personnes les plus dépendantes, nécessitant un accompagnement 7j/7, 24h24, sont des ensembles de logements sociaux (plus d'une centaine de logements en moyenne par structure), adossés à une structure d'aide et de « soins intensifs », avec une partie collective de services accessible à tous.

L'ensemble est construit par un bailleur social, qui propose à la location les appartements en direct aux personnes âgées avec un bail de location de droit commun. Les parties collectives et de service sont louées à la structure d'aide et de soins. Les habitants contractualisent alors séparément avec l'association pour ce qui est des prestations.

Le gouvernement a fortement soutenu les municipalités et les bailleurs sociaux, de telle sorte qu'il existe aujourd'hui 124 000 logements assistés ont ainsi vu le jour aux Pays-Bas<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Cérèse , F. (2021). De l'EHPAD aux logements assistés : la leçon néerlandaise. Gérontologie et société, sous presse.



# FOCUS SUR ...

## ... L'établissement Mennistenerf - Pennemes



Cette structure de logement assistés comporte :

- 143 appartements de type T2 et T3 pour personnes âgées handicapées physiques et mentales,
- 32 appartements regroupés en maisonnées communautaires pour les personnes atteintes de démence,
- 32 appartements en résidence.

Plusieurs entrées résidentielles permettent d'accéder à ces logements **en toute autonomie**. Des parkings pour scooters électriques sont implantés en RDC afin de faciliter la mobilité de tous. Le bâtiment principal regroupe nombreuses installations, dont un restaurant, des transports, une blanchisserie, une boutique, un grand café et le centre de quartier Dirk Prins avec de nombreuses activités.

Mennistenerf se caractérise par un projet d'établissement **extrêmement dynamique** centré sur la volonté d'attirer des bénévoles jeunes :

- Les jeunes n'ont pas spontanément envie de venir exercer leur bénévolat dans les institutions alors il a fallu identifier un thème d'accroche transgénérationnel : celui de la nature et de l'investissement dans la biodiversité.
- Pour renforcer le vivier de bénévoles, l'établissement intègre de nouveaux migrants qui ont besoin d'apprendre le néerlandais. Ils viennent dans l'EHPAD échanger avec les résidents et faire du jardinage, de même que des détenus.
- Des adultes en réhabilitation en raison de phobies sociales, de burn-out, addictions diverses, etc sont hébergés dans les mêmes bâtiments et viennent animer des ateliers, faire des promenades avec les habitants âgés,

Le centre s'appuie sur des équipes universitaires pour démontrer par les preuves l'efficacité de son approche.

L'impact de la présence de bénévoles a été évalué. Cette présence l'absentéisme du personnel de moitié. Les professionnels sont satisfaits et leur turn-over a été réduit.

Le fait que les jeunes puissent venir travailler dans cet environnement via le projet vert leur permet de découvrir des métiers auxquels ils ne pensaient pas et leur en donne une bonne image. Le taux de cortisol (hormone du stress) baisse chez les employés qui travaillent dans un environnement vert. Ils sont plus détendus et moins stressés que les autres.





# FOCUS SUR ...

## ... Le Dementia Village de Hogeweick



Le village de Hogeweick Dementia (qui a servi de modèle pour le village landais Alzheimer de Dax) est une “ville dans la ville” composée de 27 maisons, abritant 169 personnes âgées dans des états avancés de maladie d’Alzheimer et de démences.

L’objectif du Dementia Village d’Hogeweick est de **recréer un quartier comme celui dans lequel les habitants ont vécu toute leur vie**, à savoir une banlieue néerlandaise, et de pouvoir y poursuivre leur vie d’auparavant dans un quartier sécurisé. **Ici, on ne parle pas de soins mais plutôt d’appui aux personnes**. Le quartier a été créé il y a 10 ans après avoir rasé un établissement mono bloc qui fonctionnait traditionnellement.

Les habitants sont regroupés par maisonnées de 6 à 7 personnes en fonction de leur style de vie antérieur, les modes de vie qui recoupent quelque peu les classes sociales. L’idée étant que quand on a eu des styles de vie proches on aura plus à partager, même lourdement atteint par la maladie.

Les salles de bains sont partagées par 3 habitants comme dans une famille, et le grand salon est commun. Les chambres, à part le lit, sont **aménagées comme les habitants le veulent** mais chaque grand salon est aménagé par l’établissement.

La cuisine est faite par maisonnée en fonction du style de vie, chaque jour 27 repas/menus différents sont donc préparés par du personnel affecté dans chaque maison. **Les résidents participent à la confection du repas** avec les professionnels en fonction de leurs capacités restantes. Le linge est entretenu au sein de chaque maison, chacun y participe et peut sentir l'odeur du linge propre.

**Les habitants sont libres** de mener une vie sociale dans le village. Ils retrouvent des noms de rue et des magasins comme dans leur quartier d'origine. Ils peuvent aller faire les courses en vue des repas, dans un véritable supermarché. Ils peuvent aller au théâtre, au café ou au restaurant avec leurs invités et de nombreux bénévoles du quartier les accompagnent aux activités proposées chaque jour.

Les portes sont fermées de 22h30 à 7h du matin. Les habitants dorment la nuit car ils ont pu se promener à l'extérieur pendant la journée dans le village et ont pu faire beaucoup d'activités. Aucun professionnel ne dort dans la maisonnée. Le choix a été fait de capteurs acoustiques et de mouvements pour détecter tout problème de chute, angoisse, levée inopinée ou intrusion dans une autre chambre. Il y a un rejet de systèmes de caméra ou de GPS. Les capteurs sont reliés à l'accueil chargé de la levée de doutes en faisant intervenir des professionnels de nuit « volants » entre toutes les maisonnées

En savoir plus : visionner La video de CNN :  
<https://youtu.be/LwiOBlyWpko>



# 3.

Une **évolution** qui invite  
à refonder les processus  
et les référentiels de  
**conception des  
établissements**



Si dans le champ du handicap, le cadre de réflexion est plutôt large, avec une place très grande pour l'innovation dans la diversification des modalités d'habitat et d'accompagnement, avec un degré de dépendance comparable aux EHPAD, il en est un peu autrement dans le champ des personnes âgées.

En effet, il existe plusieurs documents, qui bien qu'ils ne soient pas officiellement opposables par les autorités de tutelle et de tarification, font office de référence non seulement dans l'instruction des demandes de financement mais aussi pour les programmistes et concepteurs.

Parmi ceux-ci, deux ont un impact particulièrement significatif :

- La document « Repères organisationnels et de dimensionnement en surface en EHPAD » publié par l'ANAP en décembre 2016 ;
- Le référentiel "Conception et rénovation des EHPAD - Bonnes pratiques de prévention" publié par l'INRS et la CARSAT en février 2012.

Si ces guides ont contribué à une optimisation de la conception architecturale, selon des critères que l'on considérait comme opérant au moment de leur parution, il n'en reste pas moins que ceux-ci génèrent inévitablement la **reproduction de modèles** à un moment où tout appelle à une **remise en question des modèles**.



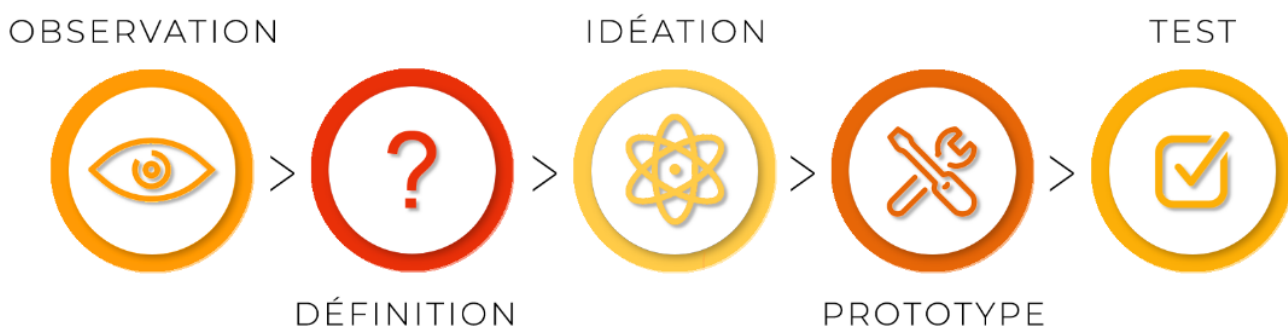
Trop souvent, ces référentiels présentent les structures **uniquement sous l'angle fonctionnel** avec des pôles centralisés (cuisine, buanderie, etc..) et excentrés des espaces de vie des résidents alors même que ces fonctions, essentielles dans la vie domestique, devraient être au sein même de l'habitat ouvert sur celui-ci.

L'autre effet "pervers" de ce type de conception est que **la gestion des flux** (du linge, des repas, des soins, etc.) et par là-même les espaces de circulations finissent par être au centre de la réflexion, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. **Sans jamais être remis en cause, ce choix de base génère des distances à parcourir, des chariots multipliés pour chaque chose, des espaces pour les stocker et bientôt des moteurs pour les pousser...** Autant de dispositifs

qui renforcent le poids de l'institution et de l'organisation sur la vie des résidents, sans parler de la difficulté pour donner un caractère ordinaire et domestique à ces lieux.

Dans tous les cas, il conviendrait d'acter leur obsolescence et de réfléchir à ce qui pourrait constituer un nouveau socle de référence pour le futur des établissements médico-sociaux, fondé sur l'actualisation des savoirs scientifiques.

Si l'on reste dans une optique d'innovation, sans doute **qu'une méthodologie** (comme la méthode SEPIA réactualisée et optimisée, ou les méthodologies de type *Design Thinking*, etc.) serait plus opérante et **moins limitante** qu'un nouveau référentiel, l'objectif étant de sortir d'une logique de filière pour entrer dans une logique de parcours et de territoire<sup>11</sup>



Le Design Thinking en 5 étapes

<sup>11</sup> Cerèse, F., & Eynard, C. (2014). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD: quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel?. Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 99-115.

# 4.

## La question réglementaire : **Type U et J**

En matière de sécurité incendie, les établissements recevant du public sont classés suivant **leur activité (le type)** et **leur capacité d'accueil (la catégorie)**. Ces informations sont généralement indiquées par les commissions de sécurité incendie sur les procès-verbaux de visites périodiques.

## LE TYPE

Les établissements accueillants des personnes âgées sont répartis en deux types : le type J et le type U. Parmi ces types, il existe différentes catégories qui dépendent du nombre de personnes accueillies.

- **Les établissements de type J** correspondent aux structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées, du secteur médico-social.

*« Depuis le 7 avril 2002, les EHPAD sont soumis aux normes de sécurité incendie de type J en matière de sécurité incendie. Dans ce cadre, il n'y a aucune exigence de comportement au feu ni pour les revêtements, ni pour le mobilier, ni pour la literie ».*

- **Les établissements de type U** correspondent aux établissements de soins, du secteur sanitaire, mais auxquels des Ehpads peuvent être adossés. Ce classement est notamment obligatoire lorsqu'il y a la présence de fluides médicaux dans les murs (oxygène).

*« Pour les établissements dont la construction est **antérieure au 7 avril 2002**, un certain nombre sont restés en type U à la demande des commissions de sécurité. Dans ce cas, les exigences de comportement au feu sont requises pour tous les revêtements textiles, le mobilier et la literie »<sup>12</sup>.*

---

<sup>12</sup> ANESM. (2011). Qualité de vie en Ehpads (volet 2): Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, p14.

## LES CATEGORIES

Les établissements recevant du public sont classés en **5 catégories** en fonction du nombre de personnes accueillies. La nature de l'activité ainsi que l'effectif dans les étages ont également une influence sur le classement :

la majorité des Ehpad est classée en **4ème catégorie** à l'exception des petites unités :

- tous les Ehpad de **type J** sont classés en 4ème catégorie sauf ceux avec un **effectif inférieur à 25 lits** qui sont classés en 5ème catégorie,
- tous les établissements de **type U** sont classés en **4ème catégorie sauf ceux** avec un effectif **inférieur à 20 lits** qui sont alors classés en 5ème catégorie.

Les normes incendie varient notamment en fonction de ces classements (type et catégorie).





Afin de faciliter les évolutions décrites précédemment, il conviendrait de :

- **Faire en sorte que l'ensemble des établissements puissent être classés de type J**, car d'une manière générale, l'analyse fine des textes réglementaires montre qu'il est possible de créer un environnement domestique,

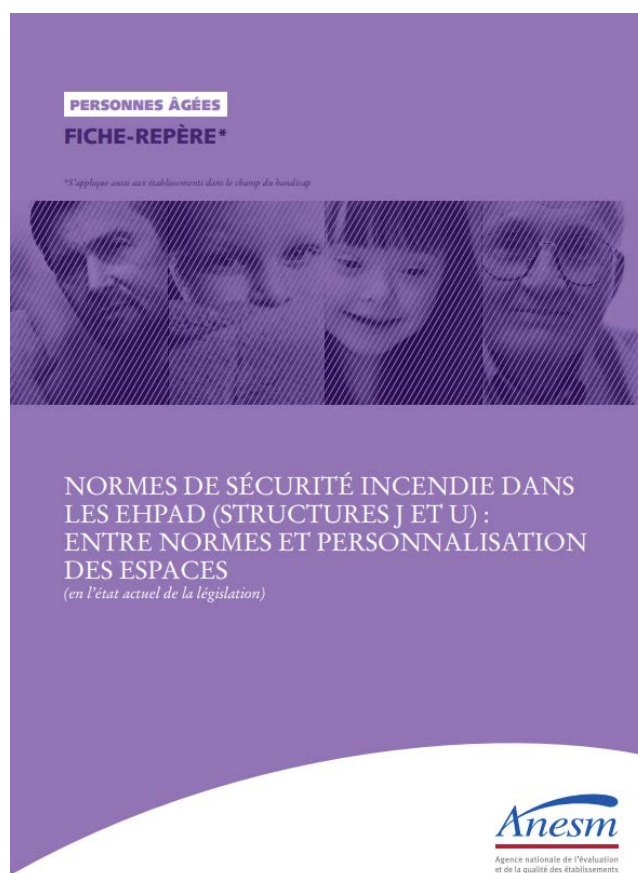
*« confortable, rassurant et stimulant »*,

comme inscrit dans le décret, en toute sécurité tout en respectant la réglementation applicable en matière de sécurité incendie, notamment lorsque les établissements sont classés en type J.

**Le type J permet notamment d'avoir des espaces de vie collectifs entièrement ouverts sur les circulations**, ce qui est plus repérant pour les personnes et permet de créer des environnements plus structurants et conviviaux. Cette classification permet également de laisser **une totale liberté aux résidents** dans l'ameublement et la personnalisation de leur espace privatif (chambres), mais aussi dans la gestion de leur accès (la fermeture à clé est possible) puisqu'étant considérées comme le domicile de la personne, aucune contrainte en matière de sécurité incendie ne s'y applique, contrairement au type U.

- **Supprimer les flux médicaux présents dans les murs** et faire en sorte de recourir le plus possible à **des unités mobiles d'oxygène** (et donc prévoir un espace de stockage adapté et sécurisé) à proximité des espaces d'utilisation, afin de supprimer l'obligation de ferme-portes sur les portes des chambres des résidents, ce qui entrave souvent leurs mouvements et donc leur autonomie fonctionnelle et décisionnelle. Ce point est une condition *sine qua none* pour qu'un établissement classé type U puisse être reclassé en type J.

- **Renforcer la diffusion de la Fiche repère ANESM** <sup>13</sup> auprès des établissements, des SDIS, des contrôleurs techniques et concepteur afin que limiter la méconnaissance et/ou la surreprésentation de la norme qui existe de manière très forte dans les structures et qui aboutit à des règlements très contraignants en matière d'aménagement.
- En ce qui concerne les petites structures, de type J classées de 5<sup>ème</sup> catégorie, qui pourraient émerger des propositions faites dans le présent rapport, la réglementation impose la présence de ferme-portes dans les chambres, même lorsque la structure est classée de type J afin de compenser un système de détection moins performant. **Ce point est particulièrement problématique et devrait faire l'objet d'une révision**, quitte à surdimensionner le système de sécurité incendie. Paradoxalement, cette obligation n'est pas présente pour les structures de type U de 5<sup>ème</sup> catégorie. Un affaiblissement est donc possible, quitte à réduire le nombre de personnes.



<sup>13</sup> ANESM. (2019). Normes de sécurité incendie dans les EHPAD (structures J et U : entre normes et personnalisation des espaces. Fiche-repères Article PE 29 de l'arrêté du 22 juin 1990 concernant les dispositions particulières du type PE.



Atelier

a r c h i t e c t u r e

h u m a i n e

www.atelier-aa.fr

Découvrez toutes nos publications sur [www.unmondeapart.org](http://www.unmondeapart.org)

©Atelier AA - 2020 – Tous droits réservés