

Planification Médico-Sociale pour les personnes âgées PMS

Projet Accueil & Séjour

Normes et recommandations architecturales : long séjour, court- séjour et pension

Membres du GT Séjour : Marie-France Vaucher (Présidente)
Marie-Claire Chatelain
Serge Keller
Claudine Mangeat
Jean Messerli
Catherine Panighini
Claude-Alain Roy
Fernanda Santos
Patrick Schneider
Angelica Torres

SOMMAIRE

1.	<u>NORMES ARCHITECTURALES – ÉTAT DES LIEUX.....</u>	3
1.1.	LOI SUR LE FINANCEMENT DES EMS (LFINEMS)	3
1.2.	RÈGLEMENT SUR L'AUTORISATION D'EXPLOITATION ET LA SURVEILLANCE DES INSTITUTIONS (RASI)	4
1.3.	PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE (PMS).....	5
2.	<u>OBJECTIFS.....</u>	6
3.	<u>NORMES ET RECOMMANDATIONS ARCHITECTURALES</u>	6
3.1.	PRINCIPES GÉNÉRAUX	6
	3.1.1. EVOLUTION FUTURE.....	7
	3.1.2. CONCEPT DE BASE	8
3.2.	DÉFINITIONS	13
3.3.	NORMES ET RECOMMANDATIONS ARCHITECTURALES SPÉCIFIQUES SELON LA MISSION ...	15
3.4.	GÉNÉRALITÉS	16
	ORGANISATION SPATIALE DE L'EMS.....	16
	IMPLANTATION ET EXIGENCES DE CONSTRUCTION	17
	Accessibilité	18
	Sécurité et confort.....	19
	Sécurité et incendie	20
	Orientation et lisibilité	21
	Concept énergétique	22
	PRINCIPES POUR LA SUBDIVISION SPATIALE.....	23
	PRINCIPES POUR L'ÉQUIPEMENT ET L'AMEUBLEMENT.....	24
	PRINCIPES POUR LES CHAMBRES	25
	EXIGENCES POUR L'AMÉNAGEMENT DES UNITÉS DE VIE PSYCHOGÉRIATRIQUES	27
	CAPACITÉ D'HÉBERGEMENT 3.3.1.....	28
	TAILLE DES UNITÉS DE VIE (NE CONCERNE PAR L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ET LA PENSION)	28
	SURFACES MINIMALES ET MAXIMALES PAR RÉSIDENT (1.18 ET 3.6.1).....	29
3.5.	ESPACES PRIVÉS ET UNITÉS DE VIE.....	31
3.6.	ESPACES COLLECTIFS	36
3.7.	ESPACES PROFESSIONNELS.....	38
3.8.	ESPACES TECHNIQUES.....	39
3.9.	CIRCULATIONS ET PARCOURS	40
3.10.	ESPACES EXTÉRIEURS	43
4.	<u>REMARQUES À L'ATTENTION DU COPIL PMS.....</u>	44

1. Normes architecturales – état des lieux

1.1. Loi sur le financement des EMS (LFinEMS)

La Loi sur le financement des EMS a été adoptée le 28 septembre 2010 et a remplacé la Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA). Elle a fait l'objet d'un référendum et n'est finalement entrée en vigueur que le 1^{er} janvier 2013, hormis la « prestation loyer » et « missions » qui sont, pour l'heure encore ouvertes.

Dans son rapport au Grand Conseil¹, le Conseil d'Etat relève que les prix de pension varient de manière importante. *Cela s'explique par le fait que les dispositions de la LESPA se fondent sur la reconnaissance des coûts de chaque institution pour déterminer les tarifs propres à chacune d'entre elles. Or, les dispositions légales laissent une certaine marge d'appréciation pour la reconnaissance des coûts d'exploitation et d'investissements (en raison par exemple du nombre et du niveau de formation des collaboratrices et des collaborateurs, des conditions générales de travail ou encore du coût des infrastructures).*

Parmi les objectifs du projet de loi, le nouveau mode de financement doit :

- Être plus équitable pour les personnes hébergées ;
- Permettre une optimisation de l'allocation des ressources financières investies par l'assurance obligatoire des soins et par les pouvoirs publics ;
- Inciter à la bonne gestion et à la responsabilité des dirigeants des institutions ;
- Promouvoir la qualité des prestations et plus globalement la prise en charge ;
- Assurer la pérennité des infrastructures pour les personnes âgées.

Le chapitre 8.6. du rapport¹ définit le périmètre relatif aux infrastructures. Dans l'analyse qui y est faite, la question des infrastructures mobilières et surtout immobilières est centrale dans la problématique du financement des EMS. « *En effet, pour répondre aux besoins du canton en matière d'offre de lits d'EMS, le canton n'a pas investi lui-même et s'est appuyé sur des investisseurs privés, à but lucratif ou non. Les principales difficultés viennent du fait que l'état du patrimoine varie très fortement d'un EMS à l'autre. Dans certains cas, les infrastructures ont été sous-amorties alors que, dans d'autres, elles ont été sur-amorties. Il s'agit donc de mettre en place un système de financement qui reconnaisse et rémunère de manière appropriée les engagements financiers réalisés et à réaliser.* » La solution proposée pour les infrastructures immobilières est de calculer un loyer en fonction de la valeur intrinsèque reconnue de chaque EMS et d'un taux de rendement unique cantonal.

Ainsi, la LFinEMS prévoit différents articles :

Art. 19 ¹*La prestation journalière loyer représente la mise à disposition par l'EMS de son infrastructure mobilière et immobilière.*

²*Elle est rémunérée sur la base du tarif fixé pour chaque EMS en fonction des valeurs de ses infrastructures mobilière et immobilière, conformément au chapitre 5.*

¹ Conseil d'Etat (2010); Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS); page 4 ; 10.033

dans son chapitre 5 :

Généralités

Art. 25 *La valeur de l'infrastructure mobilière et immobilière reconnue sert de base au tarif fixé pour chaque EMS en vue de la rémunération de la prestation journalière loyer.*

*Infrastructure
mobilière*

Art. 26 *1Le Conseil d'Etat fixe la valeur forfaitaire d'équipement mobilier par lit.*

2Dans le cadre du contrat de prestations, le département peut s'écarter de cette valeur pour tenir compte des infrastructures particulières en lien avec la mission de l'EMS.

*Infrastructure
immobilière*

Art. 27 *1La valeur de l'infrastructure immobilière est fonction de l'utilité que l'infrastructure représente pour la mission de l'EMS et de son degré d'entretien.*

2Le Conseil d'Etat fixe et définit, après consultation des associations professionnelles d'EMS, les critères à prendre en considération pour déterminer la valeur de l'infrastructure immobilière.

3La valeur de l'infrastructure immobilière de chaque EMS est déterminée par expertise, selon la procédure définie par le Conseil d'Etat.

En 2013, le service de la santé publique a tout d'abord proposé au Comité de pilotage de la LFinEMS (COFIL LFinEMS), composé de représentants des trois associations cantonales d'EMS, un tableau pour le calcul de la valeur intrinsèque. Ce tableau a été conçu par deux architectes mandatés par la santé publique et dans l'esprit du référentiel vaudois². Une institution a été évaluée sur la base de ce tableau. Malheureusement, cet outil fixe un prix, mais ne délivre aucune vision en matière d'investissements ou d'évolutions futures.

Le 4 juin 2014, le service de la santé publique a proposé au COFIL LFinEMS le projet de l'Institution Economique de la Construction. La démarche envisagée prévoit d'établir une valeur intrinsèque de l'infrastructure à partir de 50 items par groupe d'éléments (installation, gros œuvre, aménagements intérieurs, fondations, etc), sur la base de valeurs de références en matière de coûts et pondérée selon 5 critères (neuf, bon état, état moyen, très détérioré, vétuste/à démolir). Une phase de tests se déroulera sur plusieurs établissements et est prévue au printemps 2015. L'objectif de ce projet est de fournir une analyse détaillée sur l'état des bâtiments et leur potentiel de développement, analyse qui permettra ensuite de définir les mécanismes de financement du loyer.

1.2. Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI)³

Jusqu'ici, les contraintes architecturales pour les EMS ainsi que des dispositions particulières sont fixées dans le Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions³, sous la forme de trois articles (39, 40 et 41). Y sont notamment prescrits la surface utile des chambres, les équipements, aménagements

² Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS), version 7.1, 1^{er} novembre 2003

³ Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions, RASI, du 21 août 2002

et installations nécessaires, mais aussi des possibilités de dérogation moyennant certaines conditions fixées à l'article 41. Aucune distinction des normes n'est faite par rapport aux différentes missions.

En 2013, le service de la santé publique a confié aux membres du COPIL LFinEMS un projet de référentiel, basé pour la majeure partie sur les directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS)⁴. Ce référentiel a été remis le 30 septembre 2013 à la santé publique, annoté des différentes remarques et commentaires des trois associations d'EMS. Constitué d'une quarantaine de pages et d'un niveau de détails important, il n'a pas fait l'objet d'un positionnement de la part de la santé publique.

1.3. Planification médico-sociale (PMS)

Le mandat confié au GT Séjour a comme objectif de *disposer de normes architecturales en complétant le référentiel existant pour la gériatrie somatique en fonction des besoins particuliers des nouvelles offres*⁴.

Les normes architecturales n'ont pas été concrètement thématiques dans la planification médico-sociale. Le résumé du rapport⁵ du Conseil d'Etat au Grand Conseil indique en page 3 que : « *La planification médico-sociale a notamment pour but de décrire un modèle global d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans et atteintes dans leur santé et de définir les conditions de mise en œuvre à court et à moyen terme en privilégiant l'efficacité (c'est-à-dire en recherchant le meilleur équilibre entre la qualité et le coût des prestations) et l'équité (c'est-à-dire que les prestations doivent être abordables pour toutes les personnes âgées indépendamment du niveau de leur fortune ou de leurs revenus)* »⁵.

Les objectifs de la planification médico-sociale définissent que « *la planification doit s'attacher à adapter le système de prise en charge des personnes âgées en prenant compte le facteur temporel. Dans le cas des lits d'EMS, cela signifie une augmentation du nombre de lits en raison de l'accroissement prévu du nombre de personnes âgées. Il s'agit donc de réduire, à l'horizon 2022, la capacité totale du canton en lits d'hébergement de longue durée de 341 unités. Cette réduction peut se faire par une transformation de lits de long séjour en lits de pension et en lits d'accueil temporaire, par une transformation en appartements adaptés, sécurisés ou protégés, ou enfin par une réaffectation de certains bâtiments* »⁵.

Par rapport à la diminution du nombre de lits d'EMS, le rapport recense, en 2012, 440 chambres doubles et 1310 chambres simples et précise que la réduction de la capacité en lits d'EMS devrait se faire principalement par la transformation des chambres doubles en chambres à un lit. A noter que tous les projets de transformation d'EMS réalisés ces dernières années vont déjà dans cette direction.

La diminution prévue à hauteur de près de 400 lits permettrait de supprimer pratiquement toutes les chambres à deux lits. Or, il s'agit d'en conserver un certain nombre pour garantir la qualité de la prise en charge de certains résidents (lutte contre l'isolement pour les personnes désorientées, couples, etc.). De plus, il n'est

⁴ Mandat COPIL « Accueil et Séjour » - validé par le COPIL PMS – 16.12.2013

⁵ Conseil d'Etat (2012); Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification médico-sociale pour les personnes âgées); Planification médico-sociale 12.013

pas toujours possible ni raisonnable de transformer certaines chambres doubles en chambres simples pour des raisons architecturales ou économiques.

2. Objectifs

La mise en place d'une vision globale et à long terme des travaux de construction, de réalisation et de transformation dans les établissements médico-sociaux (EMS) représente l'une des tâches importantes à mener par le service cantonal de la santé publique.

La rédaction de normes et recommandations architecturales vise les objectifs suivants :

- Assurer une vision globale de la planification à court, moyen et long terme.
- Disposer d'infrastructures appropriées pour la prise en charge des personnes âgées.
- Maîtriser de nouvelles conditions-cadres lors de construction de bâtiments et des contraintes matérielles sur plusieurs années.
- Fixer un certain nombre de normes afin de garantir un niveau de confort hôtelier et d'hébergement pour les résidents des EMS ou de pensions (pensionnaires) et de leur offrir, quel que soit le choix de leur nouveau domicile, des conditions de vie équitables (LFinEMS).
- Déterminer une base de référence à partir de laquelle les maîtres d'ouvrage et leurs architectes élaborent leur projet de construction ou de transformation.
- Engager une réflexion sur les coûts d'exploitation des bâtiments, versus des coûts de construction.
- Protéger le capital immobilier investi à long terme.

3. Normes et recommandations architecturales

3.1. Principes généraux

Les normes architecturales se veulent prospectives et axées en premier lieu sur les défis que les EMS seront amenés à relever par rapport à l'évolution prévisible dans le domaine des soins et de la prise en charge des personnes âgées en milieu résidentiel. Elles visent à satisfaire aux exigences requises tout en laissant la marge de manoeuvre nécessaire pour permettre à l'institution de s'adapter et évoluer en fonction des missions.

Pour les plans des nouveaux bâtiments et les projets de rénovation d'assez grande envergure, il faut s'efforcer d'optimiser la souplesse d'utilisation. La structure du bâtiment et des installations seront être conçues de façon à permettre un changement d'affectation des locaux sans grandes transformations.

L'expérience des dernières décennies a montré que, dans les EMS, les prestations de soins et d'accompagnement, tout comme les formes d'habitation, n'ont cessé

d'évoluer. On peut donc supposer que cette évolution va se poursuivre. Aussi, il est dans l'intérêt de chacun de prévoir des infrastructures aussi souples que possible et d'éviter des normes rigides.

La conception des bâtiments est au service de la personne âgée, quel que soit son niveau de dépendance. Elle prend en compte les pertes d'autonomie physique, et/ou psychique, qui se définissent par des déficiences sensorielles (malvoyance, surdité), des déficiences cognitives (perte de mémoire et désorientation), des difficultés de la locomotion (handicap physique, fatigue, perte de la locomotion) et/ou des troubles psychologiques (troubles du comportement, dépression).

L'accueil des aidants de la personne âgée (le conjoint, le personnel, les proches, les bénévoles, etc.) est réfléchi lors de la conception du bâtiment.

3.1.1. Evolution future

La planification médico-sociale fixe comme premier objectif l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées, répondant ainsi à leur souhait de rester chez elles le plus longtemps possible. On constate ces dernières années une augmentation constante de l'âge moyen et des besoins en soins des personnes âgées lors de leur admission dans un établissement, mais aussi du degré de dépendance moyen des résidents.

Il faut s'attendre également à un accroissement des cas souffrant de pathologies démentielles et de troubles du comportement. D'une manière générale, les infrastructures seront adaptées de manière à répondre aux besoins de la population hébergée.

Compte tenu de ces évolutions, les établissements aménagés il y a plusieurs années comme homes pour personnes âgées se voient confrontés à différentes difficultés.

Le constat du canton de Berne peut être également fait chez nous, dans une large mesure⁶ :

- L'infrastructure est conçue à l'origine pour des résidents indépendants et ne nécessitant que peu de soins et d'accompagnement.
- La disposition et la distribution des pièces sont semblables à celle d'un hôtel : chambres de part et d'autre d'un long couloir plutôt étroit et sombre, quasi-absence de lieux de rencontre et de séjour à l'étage. Ces derniers se trouvent au rez-de-chaussée, dans le secteur réservé au public de l'institution, loin des chambres.
- Les salles de bains des chambres ne se prêtent ni aux déambulateurs ni aux fauteuils roulants ; elles n'offrent pas, pour la plupart d'entre elles, d'espace suffisant au personnel soignant pour les soins quotidiens et pour aller aux toilettes.
- L'infrastructure est insuffisante pour le personnel soignant : souvent absence aux étages d'habitation de vidoirs, d'un bureau pour les soignantes et de locaux de stockage pour le matériel de soins et les moyens auxiliaires. Cela implique des

⁶ Projets de construction ou de transformation dans les établissements médico-sociaux du canton de Berne : Consignes et recommandations pour la planification et l'exécution des travaux – Programme des locaux, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, version définitive du 10 juin 2013

déplacements pour le personnel, une augmentation de la durée d'accompagnement et, partant, des frais d'exploitation.

En résumé : ces structures ne sont pas adaptées aux besoins actuels, et les institutions s'interrogent sur la décision à prendre : rénover ou construire à neuf ?

Aujourd'hui, le RASI⁷ prévoit des dispositions particulières en son article 41:

« Pour les structures d'hébergement existantes qui ne remplissent pas l'ensemble des conditions fixées aux articles 39 et 40 du présent règlement, la mise en conformité des dispositifs concernés sera exigée lors de travaux de transformation ou de rénovation touchant l'un des points fixés à ces articles, pour autant que ceux-ci n'induisent pas des frais disproportionnés par rapport aux améliorations attendues. »

Le COPIL a suggéré d'étudier et de proposer de nouvelles modalités ou pistes de réflexion sur les structures qui ne sont/seraient plus adaptées aux normes minimales.

Outre l'augmentation des besoins en soins et des pathologies démentielles, les experts estiment que la population des EMS présentera à l'avenir les caractéristiques suivantes⁸ :

- *les résidents font partie d'une génération dont la vie s'est articulée autour du mariage et de la famille ;*
- *il y aura nettement plus de femmes que d'hommes ;*
- *la plupart seront des personnes seules (par veuvage, célibat ou divorce) ;*
- *les personnes sans formation seront plus nombreuses que les personnes qualifiées ;*
- *le pourcentage des bénéficiaires de prestations complémentaires sera relativement élevé ;*
- *l'âge moyen est en hausse, et la majorité des pensionnaires auront plus de 90 ans ;*
- *la majeure partie des pensionnaires seront des personnes fragiles, polymorbides, souffrant de maladies chroniques et atteintes de troubles cognitifs.*

3.1.2. Concept de base

En dépit des besoins d'assistance élevés des résidents, les conditions de résidence et l'organisation spatiale dévolue aux activités de la vie quotidienne permettent, dans toute la mesure du possible, de préserver une vie privée, une intimité, le maintien des habitudes de vie et des relations sociales et familiales antérieures. Certes, une assistance et des soins prodigués par du personnel professionnel sont requis, mais l'architecture ne doit pas, pour autant, être basée sur un modèle hospitalier.

Il importe de prendre en considération l'environnement social et personnel des résidents de même que leur suivi et leur accompagnement dans les activités de la vie quotidienne. Leur importance est souvent sous-estimée. L'institution doit disposer d'espace pour chacun des résidents, leur permettant de se retirer, en proposant des

⁷ Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions, RASI, du 21 août 2002

⁸ Cahiers de l'OBSAN ; La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, scénarios actualisés pour la Suisse ; 03.11.2011

chambres individuelles et des chambres doubles ou communicantes pour les couples.

Ces dernières années, le modèle de prise en charge axé sur les ressources des personnes âgées s'est imposé de plus en plus. Le fait de mettre désormais l'accent sur les compétences plutôt que sur le déficit a grandement contribué à améliorer la vie des personnes du 3e et du 4e âge.

Les infrastructures sont pensées de façon à exploiter et à stimuler les ressources existantes dans les activités de la vie quotidienne. Un ouvrage de référence « *De la vision au projet : nouvelle construction, agrandissement ou rénovation d'un EMS* »⁹ est paru en 2012 chez CURAVIVA et incite en ce sens. Dans son introduction, l'auteur, Felix Bohn, relève que la création d'un EMS selon les concepts modernes exige un changement de paradigme. L'EMS est un foyer nécessitant des soins et de l'accompagnement, foyer qui tient prioritairement compte des besoins sécuritaires, d'autonomie et de bien-être des personnes âgées.

Il est donc indispensable que les transformations ou constructions soient précédées d'une étude portant sur les besoins des personnes hébergées. Outre l'architecte, le personnel soignant de l'établissement devrait être sollicité dans toutes les phases de la conception pour garantir une réalisation appropriée du programme d'exploitation et de prise en charge. Il s'agit bien de repenser le programme d'exploitation en fonction des besoins et non d'adapter la vie des résidents à la structure. Il est également important d'associer dans ce processus les ergothérapeutes qui bénéficient de connaissances spécifiques et apportent de précieux conseils dans l'accompagnement de la personne âgée, par exemple dans l'aménagement de type « basse vision ».

Le personnel (soignant) a aussi besoin d'une infrastructure adéquate pour fournir un travail de qualité. Celle-ci est adaptée au programme de soins et de prise en charge, permet des processus rationnels, offre un espace suffisant pour les activités de soutien, rend en même temps la place de travail attrayante et contribue à la santé du personnel. Qui dit place de travail attrayante dit avantage sur le marché du travail à une époque de pénurie de personnel soignant.

La prise en charge et les soins s'articulent autour des deux piliers de la vie en EMS que sont **l'espace d'habitation** et **l'espace de séjour**. Habitat et séjour peuvent être agencés de diverses manières : les résidents peuvent habiter et vivre dans des pièces différentes, au gré de leurs besoins. Les pièces permettent d'une part l'intimité (propre chambre), d'autre part la vie dans un espace commun et familier (unité de vie) ou public (entrée, restaurant/caféteria, salles polyvalentes). Les institutions construites il y a plus de 20 ans comme des hôpitaux ou des hôtels ne répondent donc plus aux besoins actuels.

L'approche se fonde sur le modèle de l'unité de vie. Celle-ci accueille entre 15 à 25 personnes ; elle est le foyer des résidents, à l'instar d'un propre appartement. L'espace communautaire au sein de l'unité de vie constitue le pôle de la vie des résidents. C'est un lieu de rencontre et d'échanges informels, c'est ici qu'ont lieu les activités communes, notamment les repas.

⁹ De la vision au projet, nouvelle construction, agrandissement et rénovation d'un EMS, Felix Bohn, mars 2012

Le modèle de l'unité de vie présente les avantages suivants :

- Sa petite taille et la vue d'ensemble favorisent le sentiment de communauté et d'appartenance.
- Un environnement social et spatial limité permet aux résidents de garder leur indépendance et leur autonomie autant que faire se peut.
- Cette conception des locaux se prête à un partage judicieux des activités quotidiennes, au développement des capacités des résidents et à la structuration de leur journée.
- Le déroulement de la journée est dicté par les habitudes et les souhaits des résidents et non par les soins.
- Les conditions de logement et de vie sont au centre des préoccupations.
- Tant la vie en société/communauté que l'intimité sont possibles, selon l'envie des résidents.

Les unités de vie pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques ou maladies neurodégénératives induisant des troubles du comportement¹⁰ sont conçues de sorte qu'elles peuvent être fermées pour éviter que les résidents ne s'enfuient et ne se mettent eux-mêmes en danger. Comptant de 12 à 18 personnes, elles sont plus petites et plus calmes. La majeure partie des activités quotidiennes se déroulent au sein de l'unité, dont la pièce maîtresse est un vaste espace de séjour et d'habitation. Etant donné que ces personnes ressentent souvent un (très) grand besoin de bouger, leurs unités disposent d'un accès direct à un jardin protégé ou à une cour et de suffisamment d'espace à l'intérieur également pour leur permettre se déplacer et de circuler librement.

Ces personnes ne nécessitent pas toutes une telle forme d'habitation. Il y a lieu de tenir compte des besoins individuels aussi bien que de leur entourage. Chaque institution est confrontée au problème de la démence. Il importe que les personnes responsables s'interrogent sur les prestations que leur institution est en mesure de fournir et dans quel domaine il peut s'avérer nécessaire de coopérer avec des institutions spécialisées.

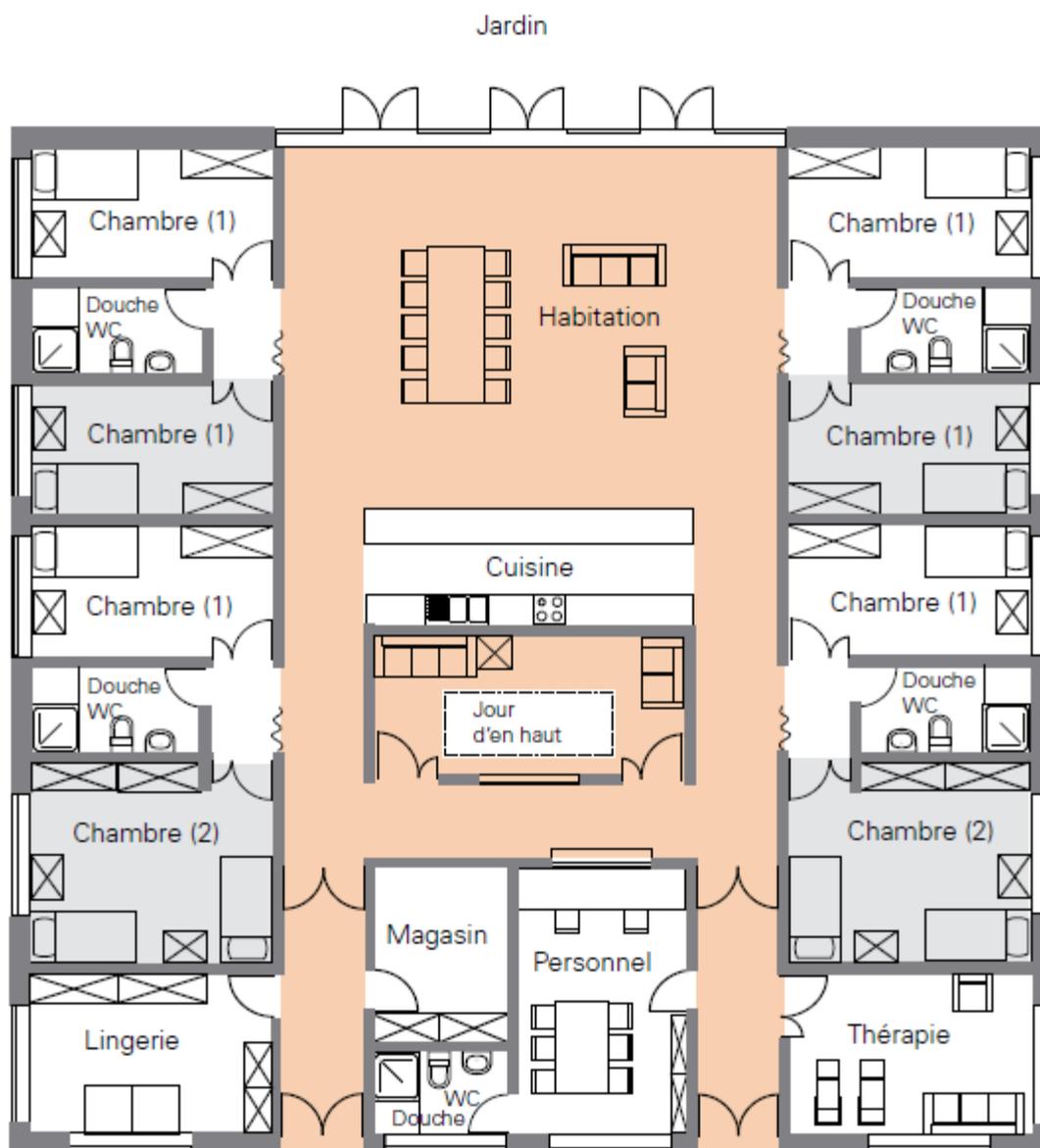
¹⁰ Selon la définition «Profil des usagers », hébergement psychogériatrique, rapport GT Séjour, février 2015

Exemple d'un EMS à Genève construit en 2013

Les étages



Exemple de groupe d'habitation (unité de vie) psychogériatrique¹¹, canton de Berne :



Groupe d'habitation pour 10 personnes (schématique)

¹¹ Pour un aménagement intérieur adapté aux personnes atteintes de démence, Recommandations à l'attention des institutions, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, Ville de Berne, 2006

3.2. Définitions

Etablissements médico-sociaux	<p><i>Institutions qui accueillent des personnes qui sont en principe en âge de bénéficier des prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, dont l'état de santé, physique ou psychique, exige de l'aide et des soins sous surveillance médicale, sans justifier un traitement hospitalier. Sur dérogation de l'autorité compétente, elles peuvent accueillir des personnes plus jeunes, dont l'état de santé, physique ou psychique, exige des aides ou des soins sans justifier un traitement hospitalier¹² et dont le maintien à domicile n'est plus réaliste ni souhaité.</i></p> <p>Selon l'évolution de l'état de santé et du niveau de dépendance des résidents depuis leur admission, et pour éviter que ces derniers doivent changer d'établissement, les EMS peuvent développer plusieurs missions complémentaires dont la distinction s'opère au niveau des unités de soins (par exemple : existence d'une unité spécifique dédiée à la prise en charge de résidents atteints de pathologies psychiatriques ou maladies neuro-dégénératives associés à des troubles du comportement¹³ et définis dans le chapitre « profils institutionnels » du rapport GT Séjour).</p>
Projet institutionnel	<p>Il permet de mesurer l'adéquation entre les objectifs propres de l'établissement et les besoins de places d'accueil définis par la planification médico-sociale.</p> <p>Il contient notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">- le nombre de places d'accueil en fonction de l'intensité de l'encadrement médico-social nécessité par les profils des soins requis des résidents;- la politique de soins et de prise en charge des résidents : l'admission, l'animation et l'hôtellerie;- la structure de gouvernance et de gestion de l'établissement;- les principales orientations et objectifs de l'établissement;- la politique de l'établissement en ce qui concerne la prévention de la maltraitance.

¹² Article 94, loi de santé (LS) du 6 février 1995

¹³ Selon la définition « Profil des usagers », hébergement psychogériatrique, rapport GT Séjour, février 2015

Espace privé	<p>La chambre, dont les composantes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'espace de l'entrée;- l'espace de séjour;- l'espace du sommeil;- l'espace dévolu au rangement des affaires personnelles;- l'espace des soins du corps, soit le sanitaire doté d'un lavabo, d'une douche et d'un WC tous adaptés aux personnes en chaise roulante;- les prolongements extérieurs éventuels.
Unité de vie	<p>Espace semi-privé composé, en plus de la chambre, des locaux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- séjour d'unité et tisanerie;- espace communautaire polyvalent ;- salle de bains thérapeutique;- local d'équipe de soins;- local linge sale;- local linge propre;- local de nettoyage;- local vidoir;- dépôt matériel. <p>Chaque unité de vie devrait idéalement être prévue pour 15-25 résidents, répartis sur un étage.</p>
Unité de soins	<p>Ensemble de deux unités de vie au maximum.</p>
Norme	<p>Standard (minimal ou maximal) admis et auquel l'établissement médico-social ne peut déroger.</p>
Recommandation	<p>Standard indicatif. Si la fonctionnalité reste garantie, il est possible de s'écarter de ce standard</p>

3.3. Normes et recommandations architecturales spécifiques selon la mission

Hébergement gériatrique	La mission gériatrique a été pensée comme un fondement du référentiel. Dès lors, les propositions formulées ci-après constituent un standard de base aux autres missions. Lorsque des exceptions sont proposées, des indications ont été apportées dans les items correspondants.
Hébergement psychogériatrique	Les standards définis dans l'hébergement gériatrique constituent le socle de base que ce soit pour l'organisation spatiale, l'implantation et les exigences de construction. Les exigences propres à cet hébergement sont clairement identifiées dans le document, lorsque cela s'est avéré nécessaire. Le référentiel ne mentionne pas trop de normes contraignantes, de manière à laisser toute latitude aux institutions de s'adapter aux multiples approches existantes et/ou qui pourraient être développées à futur. Par ailleurs et dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence sénile 2014-2017 ¹⁴ , il est prévu la création d'une boîte à outils par l'OFAS début février 2015, en collaboration avec CURAVIVA et INSOS. Des recommandations intéressantes ont été également rédigées par le canton de Berne pour l'aménagement intérieur et extérieur ¹⁵ .
Hébergement psychiatrique	Les normes et recommandations architecturales sont, en principe, identiques. Il se peut que certains résidents atteints de troubles cognitifs associés à des problèmes d'errance soient amenés à être transférés dans un espace fermé. L'hébergement psychiatrique ne nécessite pas en soi la création de structures fermées. Les spécificités particulières sont indiquées directement dans les chapitres concernés.
Hébergement temporaire	Les normes et recommandations peuvent se distinguer du long séjour, notamment pour ce qui est de la grandeur des chambres ou des unités de vie. L'objectif de la mission temporaire est de viser, dans la mesure du possible, le retour à domicile. Dès lors, l'aménagement est pensé en ce sens. Les précisions sont apportés là où cela s'avère nécessaire, voire bénéfique.
Pensions	Les normes de base gériatrique sont applicables pour les espaces privés. Les espaces collectifs sont essentiels et permettent l'intégration des pensionnaires aux activités de la vie quotidienne. Ils nécessitent des aménagements particuliers, aménagements qui sont spécifiés, cas échéant, dans les chapitres concernés. La vie s'articule principalement entre les espaces privés et les espaces collectifs.

¹⁴ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=fr>

¹⁵ http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.assetref/dam/documents/GEF/ALBA/fr/Downloads_Publikationen/Alter/demenz_broschure_innenraeume_fr.pdf,
http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.assetref/dam/documents/GEF/ALBA/fr/Downloads_Publikationen/Alter/demenz_broschuere_aussenraeume_fr.pdf

Implantation et exigences de construction			
	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
L'implantation favorise la mobilisation des ressources propres des résidents/pensionnaires et leur intégration dans la vie sociale à l'extérieur de l'établissement. 3.2.1, 3.2.2	oui	dans la mesure du possible	Pas de remise en question sur l'implantation territoriale des constructions existantes. Encouragement des EMS à développer des services pour personnes âgées (insertion dans la communauté) et la création d'accueils de jour et de nuit.
L'utilisation des bâtiments peut varier. Les structures porteuses et les installations permettent des adaptations spatiales sans intervention majeure. 3.4.6	oui	dans la mesure du possible	
L'architecture est prévue de manière à pouvoir être modulée en fonction du plan d'ensemble et des installations. 3.4.6	oui	non	

Accessibilité			
<p>En tant qu'établissement d'hébergement collectif pour personnes âgées dépendantes et accueillant également le public, l'EMS est entièrement accessible et adapté aux personnes handicapées, selon les prescriptions cantonales et fédérales en vigueur, dont la norme SIA 500.</p> <p>3.4.2</p>	oui	dépend du montant des investissements, d'un délai transitoire pour les mises en conformité et est lié aux plans quinquennaux des institutions.	dépend du montant des investissements, d'un délai transitoire pour les mises en conformité et est lié aux plans quinquennaux des institutions.
<p>En ce sens, toutes les portes ont une largeur utile d'au moins 0.80 m (normes SIA 500). Pour les personnes âgées en fauteuil roulant, il est néanmoins recommandé de prévoir 0.90 m.</p> <p>En règle générale, les portes à battant s'ouvrent vers l'extérieur des locaux. En outre, il faut éviter de mettre en place des portes trop lourdes ou difficiles à manoeuvrer et prendre en compte le fait que la poignée de porte, devant être facile à atteindre, n'est pas insérée dans un angle.</p> <p>3.7.1.1</p> <p>Les portes à ouverture automatique dans les circulations horizontales sont préconisées lorsque ce choix peut être retenu.</p>	oui	oui	oui

	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
Sécurité et confort			
<p>En plus des normes de sécurité usuelles applicables aux bâtiments publics, un soin particulier est apporté aux éléments suivants qui assurent la sécurité et le confort des résidents/pensionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le choix de matériaux faciles à entretenir; ○ le choix de finitions non rugueuses pour les surfaces murales; ○ la pose d'éléments rigides permettant de protéger les murs aux endroits critiques (angles notamment); ○ la suppression de tout angle vif sur les meubles; ○ la pose de sols non glissants; ○ l'élimination d'obstacles au sol, dont les seuils de portes, les murets de douches, les marches et les pentes supérieures à 4% (valeur admise en dérogation à la norme SIA 500 qui préconise une pente maximum de 6%); ○ le contrôle des contrastes des peintures appliquées; ○ la réalisation de surfaces acoustiques absorbant les bruits provenant aussi bien de l'extérieur du bâtiment que de l'intérieur de celui-ci; ○ l'éclairage judicieux des espaces intérieurs et extérieurs; ○ l'équipement de barres et de barrières de sécurité aux lieux critiques; la protection des accès aux escaliers est assurée par des barrières rigides, des paliers, des dégagements ou des sas selon leur degré d'accessibilité; ○ le positionnement des équipements (armoires, miroirs, etc.) et des appareillages à hauteur appropriée et l'adéquation ergonomique de leurs poignées et boutons de commande; 			

<ul style="list-style-type: none"> ○ l'aménagement de dépôts matériels de taille adéquate et en nombre suffisant pour éviter d'entreposer des objets dans les couloirs et prévenir ainsi les risques de chute; ○ le sens d'ouverture des portes et des fenêtres garantissant le maximum de sécurité pour les utilisateurs, en particulier pour les personnes en fauteuil roulant; ○ le contrôle de l'accès aux locaux et aux équipements de service qui est assuré par des serrures dont le déblocage est commandé par le seul personnel de l'EMS. <p>3.4.3, 3.4.5</p>			
	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
<p>Sécurité et incendie</p>			
<p>Parmi les éléments contribuant à la sécurité relative au feu figurent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'affichage du plan d'évacuation des locaux dans les locaux principaux et au dos des portes des chambres; ○ la prise en compte de distances maximales de fuite; ○ la signalisation des voies de fuite, y compris sonore pour les malvoyants; ○ des issues de secours praticables en tout temps, et accessibles en fauteuil roulant; ○ l'ouverture des portes de secours dans le sens de la fuite; ○ des barres anti-panique ou serrures anti-panique (fonction B), exceptionnellement bouton tournant à l'intérieur; ○ des portes feu selon l'affectation des locaux (E30 et EI30). <p>Les plans d'exécution sont soumis pour approbation à l'office de la sécurité civile et au service de la police du feu.</p> <p>3.1</p>	oui	oui	En lien avec les contrôles de la police du feu.

	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
<p>Orientation et lisibilité</p> <p>Deux moyens permettent de mieux orienter les résidents/pensionnaires et, de là, favoriser leur sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la signalisation des locaux et des étages répond au moins à deux codes distincts de lecture (codes de couleurs, pictogrammes, indications nominatives ou chiffrées, etc.), ○ le traitement lumineux des espaces de circulations verticales et horizontales est permanent ou avec détecteur de présence et éclairage instantané. En règle générale, une source de lumière de jour facilite le repérage des lieux ouverts pour des personnes malvoyantes et/ou désorientées; il faut alors éviter tout risque d'éblouissement ainsi que des sols trop brillants et réfléchissants. Les contrastes sont renforcés par des éclairages directs et indirects, ou par une lumière artificielle modulable. <p>Il est conseillé de prévoir d'autres repères tels que la présence de meubles ou une décoration appropriée. En effet, l'aménagement et le traitement mobilier des lieux permettent aux résidents/pensionnaires de distinguer aisément les espaces (publics, semi-privés, privés), comme d'identifier les différentes zones de l'établissement, zones servies (unités de vie, espaces collectifs) et servantes (soins, hôtellerie, administration, locaux techniques).</p> <p>Le plan de l'EMS ou de la pension est clairement compréhensible afin de permettre aux résidents, au personnel et aux visiteurs de s'orienter aisément dans le ou les bâtiments de l'EMS.</p> <p>3.4.1</p>			

	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
Concept énergétique			
Par concept énergétique, on entend le produit d'une démarche systématique du maître d'ouvrage, incluant une approche énergétique et l'élaboration de variantes, visant à limiter les besoins en énergie d'une construction et de ses installations et à minimiser le recours aux énergies non renouvelables.			
3.16			

Principes pour la subdivision spatiale			
	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
L'établissement est organisé en unité de vie. Celle-ci reste d'une taille raisonnable (valeur directrice à définir), par établissement entre 15 et 25 lits au maximum, et psychogériatrique entre 12 et 18 lits au maximum.	oui	oui, dans la mesure du possible	oui, dans la mesure du possible
<p>Dans les institutions comptant 80* lits ou plus, au moins une unité de vie remplit les exigences requises pour le suivi de résidents atteints de pathologies psychiatriques ou maladies neuro-dégénératives induisant des troubles du comportement et peut être utilisée à cet effet (souplesse au niveau de l'utilisation). Dans les nouveaux bâtiments, l'unité comporte un accès direct à un jardin sécurisé où les résidents peuvent déambuler sans accompagnement.</p> <p>*ce chiffre est motivé par l'atteinte des objectifs de la PMS pour cette population (10% du total des personnes hébergées en long séjour).</p>	oui	oui	oui, dans la mesure du possible
Les espaces communautaires et privés sont définis et marqués en tant que tels. 3.4.1	oui	oui	
La distribution spatiale permet le déroulement optimal des tâches ainsi qu'un fonctionnement efficient. 3.5	oui	oui	oui
Il est facile d'avoir une vue d'ensemble de l'espace et de s'y repérer.	oui	oui	oui
3.3.1 (capacité minimale d'hébergement)/ chapitre 3.4.1, 3.5.			

Principes pour l'équipement et l'ameublement									
	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant						
L'EMS a installé un système d'appel pour les patients, mobile ou fixe, et un système de détection d'incendie. (3.8.1.7)	oui	oui	oui						
Les sanitaires des résidents/pensionnaires permettent un transfert avec soutien (du personnel). (3.8.1.5)	oui	oui	oui, pas d'obligation de disposer de WC dans la chambre						
Toutes les portes de la zone de vie des résidents/pensionnaires sont suffisamment larges pour laisser passer les fauteuils roulants. (3.7.1.1). Les poignées de portes peuvent être utilisées par les résidents/pensionnaires.	oui	oui	oui						
La pose de mains courantes le long des couloirs est obligatoire sur les deux côtés. Le profil ergonomique recommandé est de 3 à 5 cm et détaché du mur de 4 cm. (3.7.1.3)	oui	obligatoire sur un côté, conseillé sur les deux côtés	obligatoire sur un côté, conseillé sur les deux côtés						
<p>Le bâtiment dispose d'un ascenseur accessible aux fauteuils roulants et aux brancards de dimensions minimales de 1.10 x 2.10 m. L'ascenseur est pourvu de portes automatiques internes et externes (RASI) (3.7.2.3):</p> <table border="1" data-bbox="147 1058 1323 1150"> <tbody> <tr> <td>Jusqu'à 39 lits</td> <td>1 grande</td> </tr> <tr> <td>De 40 à 60 lits</td> <td>2 dont au moins 1 grande</td> </tr> <tr> <td>Dès 61 lits</td> <td>3 dont 1 grande</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les boutons de commande sont adaptés en taille et en hauteur (0.85 à 1.10 m) et signalisation claire à l'intérieur et à l'extérieur de la cabine. Des barres d'appui de forme adaptée sont nécessaires.</p>	Jusqu'à 39 lits	1 grande	De 40 à 60 lits	2 dont au moins 1 grande	Dès 61 lits	3 dont 1 grande	oui	oui	Voir chapitre 3.8.
Jusqu'à 39 lits	1 grande								
De 40 à 60 lits	2 dont au moins 1 grande								
Dès 61 lits	3 dont 1 grande								
Les chambres sont équipées d'un lit électrique et d'une table de nuit permettant les soins. (3.8.1.4). Les lits de type médicalisé sont exigés avec 2 moteurs au minimum.	oui	oui	oui						

Des sources lumineuses (dont l'une proche du point de jour) et commandes de lumière sont accessibles à une personne en chaise roulante (dont une immédiatement à côté de la porte d'entrée). Il y a un équipement téléphonique fixe ou mobile et des prises pour la télévision et internet. (3.8.1.7)	oui	oui	oui
---	-----	-----	-----

Principes pour les chambres			
	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
<p>Par principe, les chambres sont à un lit. (3.8.2)</p> <p>3.8.3 : Afin de permettre l'accueil de couples notamment, il est demandé de prévoir des chambres modulables à un ou deux lits pour 5 à 10% des résidents/pensionnaires.</p> <p>Il s'agira de conserver un certain nombre de chambres à 2 lits pour garantir la qualité de la prise en charge de certains résidents/pensionnaires (lutte contre l'isolement pour les personnes désorientées, couples, personnes anxieuses, etc.). Les chambres modulables ne doivent pas être prétextes à mettre 2 résidents/pensionnaires par chambre, parce qu'ils sont conjoints. Idéalement, les couples devraient résider dans 2 chambres communicantes afin de permettre qu'il n'y ait pas épuisement de l'aidant au sein même de l'institution.</p> <p>Pour la psychogériatrie, la création/maintien de chambres à 2 lits peut s'avérer bénéfique en fonction du résident que cela soit dans les nouvelles constructions ou l'existant.</p> <p>Pour la psychiatrie, l'hébergement en chambre individuelle est favorisé, voire incité de manière à permettre au résident d'évoluer à son rythme et en fonction de ses besoins spécifiques. Il peut toutefois s'avérer bénéfique de disposer de quelques chambres modulables à 2 lits.</p>	oui	dans la mesure du possible	oui, dans la mesure du possible.

<p>Pour l'hébergement temporaire, la création de chambres à 1 lit avec quelques chambres modulables est privilégiée, car elle permet une souplesse d'utilisation et une facilité dans la gestion des entrées et sorties nombreuses. Ceci est contraignant lors des nouvelles constructions et réalisable pour l'existant dans la mesure du possible.</p> <p>Pour la pension également, la création de quelques chambres à 2 lits modulables peut s'avérer nécessaire.</p>			
<p>Un petit nombre de chambres à deux lits est autorisé en cas de besoin attesté dans le programme d'exploitation ou pour correspondre à des besoins spécifiques de résidents/pensionnaires. Les chambres sont aménagées de façon que chacun des occupants ait un espace personnel.</p>	1 à 2 par unité de vie	oui	oui
<p>Un certain nombre de chambres à un lit, reliées entre elles par une porte intérieure de façon à constituer un appartement, peuvent donner plus de souplesse au niveau de leur utilisation.</p>	à étudier	à étudier	
<p>L'obscurcissement nocturne de la chambre par un store ou un volet est prévu. (3.8.1.4)</p>	oui	oui	oui
<p>L'espace de séjour permet au résident/pensionnaire d'accueillir des visites et de ménager une vue sur le paysage extérieur (oriel, fenêtre avec vitrage judicieusement répartis en fonction de la position assise ou allongée du résident/pensionnaire). (3.8.1.3)</p>	oui	dans la mesure du possible	recommandé
<p>Au moins l'une des positions du lit dans la chambre permet l'accès depuis trois côtés, facilitant les soins en cas de besoin. Cette position permet à la personne assise (voire alitée) de regarder à l'horizontal vers l'extérieur, à travers la fenêtre. (3.8.1.4)</p>	oui	dans la mesure du possible	recommandé

Exigences pour l'aménagement des unités de vie psychogériatriques			
	Nouvelle construction	Transformation ou rénovation	Existant
Il y a suffisamment d'espace pour circuler librement au sein du groupe, afin que les résidents puissent se déplacer sans contrainte.	oui	oui	
Chaque groupe comporte un espace non-fermé pour l'habitat, la vie quotidienne et les activités de groupe.	oui	oui	
Si possible, toutes les pièces reçoivent la lumière naturelle (meilleure structuration jour/nuit).	oui	oui	
Il n'y a pas de surface éblouissante (basse vision).	oui	oui	
Les fenêtres sont sécurisées dans toutes les pièces.	oui	oui	
Le jardin est facile d'accès et équipé en conséquence. Les bénéficiaires peuvent déambuler sans accompagnement. Le cheminement est sécurisé et forme, dans l'idéal, une boucle.	oui	oui	
Le jardin comporte diverses possibilités de stimulation sensorielle.	oui	oui	
Il y a un système de sécurité adapté.	oui	oui	
ch. 3.4.8			

	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Remarques
Capacité d'hébergement 3.3.1			
Capacité minimale d'hébergement pour une institution, en cas de construction nouvelle.		48 lits	
Capacité maximale d'hébergement pour une institution, en cas de construction nouvelle.	84 lits au maximum		
Capacité minimale d'hébergement pour une institution, en cas d'agrandissements ou de transformations.		Par corps de bâtiment, entre 15 et 25 personnes.	
La capacité d'hébergement des constructions existantes n'est pas remise en question.	Pour l'existant, l'institution, qui possède un/des bâtiment/s trop vétuste/s en regard des nouvelles normes architecturales, peut construire un/des bâtiment/s correspondant à la capacité minimale de lits autorisée par le canton (autorisation d'exploitation), même si elle est inférieure à 48 lits. L'objectif est de soutenir l'adaptation aux présentes normes et ne pas freiner la volonté institutionnelle d'engager de tels investissements.		
Taille des unités de vie (ne concerne par l'hébergement temporaire et la pension)			
Unité de vie gériatrique	15 à 25 personnes		Un établissement peut avoir plusieurs unités
Unité de vie psychogériatrique	12 à 18 personnes		Un établissement peut subdiviser les unités en des unités plus petites en fonction des besoins spécifiques liés à certaines pathologies.
Unité de vie psychiatrique	15 à 18 personnes		Un établissement peut subdiviser les unités en des unités plus petites en fonction des besoins spécifiques liés à certaines pathologies.

Surfaces minimales et maximales par résident (1.18 et 3.6.1)

Le référentiel neuchâtelois fourni au SCSP définit, pour les nouvelles constructions, un minimum de 68 m² et maximum de 100 m² par résident en se basant sur la surface brute totale de plancher (SBT). Pour l'existant, ces surfaces sont de 45 m² minimum, respectivement 68 m² maximum, par résident.

La SBT est la surface de plancher de la totalité des espaces intérieurs dévolus à l'EMS, y compris les surfaces intérieures non chauffées et l'emprise des murs jusqu'à une épaisseur de 0.50 m. Les vides d'escaliers ou vides entre étages (double hauteur) ne sont déduits que s'ils sont importants. Sont également comprises les surfaces qui seraient éventuellement exploitées en dehors de l'EMS proprement dit (locaux communs ou de services aménagés à proximité).

Ne sont pas comprises :

- les surfaces non chauffées (balcons, couloirs de liaison ou escaliers extérieurs, passages couverts, combles ou abris non utilisables ou difficilement accessibles, vides techniques) ;
- les surfaces qui ne sont pas directement liées à l'exploitation de l'EMS, telles que logements du personnel ou du directeur, garages pour véhicules.

Exceptions :

- pour des EMS recourant à des services extérieurs (cuisine, blanchisserie, administration), la surface brute par résident peut être légèrement revue à la baisse selon des minima.

La surface des secteurs "accueil de jour" et "accueil de nuit" est comptée séparément, même si les secteurs sont insérés dans la structure de l'EMS. Dans ce cas, l'EMS a une SBT supérieure et proportionnelle au nombre de places d'accueil autorisées. Il en va de même pour toutes autres activités complémentaires nécessitant des espaces particuliers, qui ne seraient pas explicitement citées.

Définir actuellement des minima et maxima selon la SBT paraît prématuré et risqué tant pour les nouvelles constructions que pour l'existant, ce pour plusieurs raisons :

- les surfaces actuelles ne sont pas connues, elles le devraient l'être à moyen terme avec le projet de l'Institution Economique de la Construction (cf chapitre 1.1). Cette étape paraît essentielle comme point de départ de cette réflexion et des impacts possibles.
- ces surfaces devraient être clairement identifiées. D'autres pistes sont également envisageables, comme celle instaurée par

le canton de Genève qui définit des ratios par type de surface (surface utile : 55%, surface de dégagement 25%, surfaces d'installations 5%, etc.)

- Pour l'existant, la fixation de telles normes ne semblent pas, pour l'instant, acceptables du fait que de telles surfaces ont été autorisées par le SCSP. En cas de changement, un délai transitoire devrait être fixé.
- Le lien avec les surfaces nécessaires pour l'accueil de jour et de nuit doit encore faire l'objet de consolidations.

3.5. Espaces privés et Unités de vie

	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Nouvelles constructions, transformations ou rénovations	Existant
<p>Surface (nette) de chaque chambre (sans salle d'eau) (3.8.2)</p> <p>Pour la mission temporaire, la surface des chambres peut être revue à la baisse du fait qu'il n'est pas prévu, voire même déconseiller de l'aménager avec du mobilier personnel.</p>	18m ²	16m ² 16 m²	Le minimum exigé est de 16m ² (surface individuelle pouvant être aménagée avec du mobilier personnel). Si la surface de la chambre est inférieure à 18m ² , la différence de surface peut être compensée, dans l'unité de vie et dans l'espace de séjour et au niveau des pièces de séjour communes (cafétéria, salle à manger et hall d'entrée habitable).	Surface minimum de 16m ² avec ou sans salle d'eau (3-4m ²), si la surface de la chambre est inférieure à 16m ² (avec ou sans salle d'eau) la différence de surface doit être compensée dans l'unité de vie et dans l'espace de séjour et au niveau des pièces de séjour communes (cafétéria, salle à manger et hall d'entrée habitable).
<p>Séjour d'unité et tisanerie, par résident/pensionnaire (surface nette) (3.9.1)</p> <p>Pour la mission temporaire et la pension, la vie dans l'unité n'est pas déterminante. Les surfaces peuvent être compensées dans les espaces collectifs, ce qui permet notamment de favoriser l'exercice de l'autonomie (déplacements).</p>	2-4m ²	2m ²	Dans l'unité de vie psychogériatrique, il est recommandé de prévoir au moins 6m ² par personne dans la partie logement et séjour (besoin de mobilité intense).	Un séjour d'étage recommandé par niveau.

<p>Espace communautaire polyvalent (3.10.5), par résident/pensionnaire 3.9.2 (salle à manger d'unité)</p> <p>Pour la mission temporaire et la pension, l'espace communautaire n'est pas déterminant. Les surfaces peuvent être compensées dans les espaces collectifs, ce qui permet notamment de favoriser l'exercice de l'autonomie (déplacements).</p> <p>Pour la mission temporaire, l'espace polyvalent peut être utilisé comme espace fermé dévolu aux entretiens individuels ou pour les prestataires externes. Pour les entretiens, un nombre suffisant de bureaux est prévu, soit dans les locaux utilitaires de l'unité de vie, soit dans les espaces professionnels.</p>	2-4m ²	2 m ²	<p>Une pièce par groupe pour des activités diverses ayant lieu dans un cadre restreint en dehors de l'espace séjour/logement : groupe de musique, contes, entraînement de la mémoire ou entretiens avec la famille, etc. la pièce peut être ouverte sur l'espace séjour/logement, mais peut en être séparée par l'utilisation de cloisons judicieusement choisies.</p>	<p>Une salle à manger par unité recommandée. Recommandation de différents espaces polyvalents dans les unités et/ou les espaces collectifs.</p>
<p>Surface totale par résident dans l'unité (sans salle d'eau ni espace de déambulation) et exceptions faites pour la mission temporaire et la pension.</p>	22-24m ²	20m ²	<p>Des écarts justifiés par rapport à la valeur recommandée sont autorisés, mais le minimum exigé est de 20m² par résident/pensionnaire au sein du groupe. (16m² pour la surface de la chambre + 4m² par personne au</p>	

			niveau des pièces de séjour communes).	
	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Nouvelles constructions, transformations ou rénovations	Existant
WC/lavabo individuel pour 1 ou 2 chambres (3.8.1.5)	oui	oui	En cas de rénovation, on peut renoncer aux WC individuels si leur construction pose trop de problèmes pour des raisons structurelles.	L'espace minimum pour les soins du corps comprend un lavabo à hauteur adaptée pour une personne assise ou en chaise roulante. Pas d'obligation de disposer de WC individuel.
Salle d'eau dans la chambre (douche, WC, lavabo) (3.8.1.5 et 3.9.5) Pour la mission temporaire et la pension, la présence d'une douche dans la chambre est recommandée, mais pas obligatoire.	6m ²	4m ²	Les plans de construction peuvent être divers, mais les dimensions correspondent aux normes SIA 500. Une disposition adaptée (toilettes accessibles librement par devant) et la taille de la salle d'eau permettent d'effectuer à 1 ou 2 personnes un transfert avec soutien depuis le fauteuil roulant ou avec des moyens auxiliaires.	Pas d'obligation de disposer de WC individuel. Dans ce cas, les WC sont au même niveau et à proximité des chambres, quand elles ne sont pas équipées de sanitaires. Nombre minimum de 1 pour 4 résidents/pensionnaires (y compris ceux présents dans les salles de douches et déduction faite des WC en chambre.
Douche dans l'unité de vie (3.9.4) Y compris pour la mission temporaire	1 douche pour 5 à 8 personnes	1 douche 6m ² / pour 8 personnes	Au cas où les chambres ne disposent pas de salle d'eau avec douche, valeur directrice par douche = 8m ² , taille minimale 6m ²	Pas d'obligation de disposer de douche dans la chambre. Nombre minimum d'une douche pour 10 résidents/pensionnaires.

Baignoire thérapeutique (3.9.3)	oui		Valeur directrice = 16m ² . Si les chambres des résidents/pensionnaires disposent de douches, il n'est pas nécessaire de disposer d'une baignoire thérapeutique à chaque étage. Une baignoire pour 30 lits, mais au minimum une par bâtiment.	Une par bâtiment
WC simple visiteurs (3.9.7, 3.10.8.)	oui		Un WC pour maximum deux unités de vie.	Est disponible dans les espaces collectifs. Un WC minimum par bâtiment.

Locaux utilitaires dans les unités de vie				Existant
	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Remarques	
Bureau professionnel interdisciplinaire (3.9.13) Ne s'applique à la pension.	18m ²	12 m ² pour 15 résidents/pensionnaires	Valeurs directrices ; des écarts sont autorisés si - Aucune valeur minimale n'est indiquée et que - La fonctionnalité est garantie.	
Local de soins avec armoire et réfrigérateur fermant à clef pour les médicaments (peut être intégré dans le bureau professionnel interdisciplinaire) Ne s'applique pas à la pension.	oui	10 m ²		
Dépôt intermédiaire de linge sale (3.9.10)	6m ²	Une pièce par étage		6m ² recommandé
Vidoir et local de nettoyage (3.9.11), 3.9.12	6m ²	1 par étage ou pour 20 personnes		Un par unité de soins.
Dépôt de linge propre et matériel 3.9.9, 3.9.14	10m ²			6m ² recommandé
WC du personnel 3.10.8.1	1 WC	Selon OLT3		Avec lavabo, réservés au personnel et non accessibles au public. Une par unité.

3.6. Espaces collectifs

	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Remarques	Existant
Hall d'entrée, séjour commun, cafétéria, par résident/pensionnaire 3.10.1, 3.10.2	2m ²		Valeurs directrices ; des écarts sont autorisés si - Aucune valeur minimale n'est indiquée et que - La fonctionnalité est garantie.	
Salle à manger commune et zone publique 3.10.3				2m ² par résident, compensation avec les séjours communs (minimum 3.5 m ² au total par résident)
Salle polyvalente divisible pour thérapie, activités, recueillement, fêtes, par résident/pensionnaire 3.10.4, 3.10.5, 3.10.6	2m ²			
Installation sanitaire centrale (WC) dans la zone d'entrée/cafétéria		Selon la loi sur les constructions		
WC simple visiteurs (3.9.7, 3.10.8.)				Un minimum d'un WC par bâtiment.
Cuisine, y.c. chambres froides et réserve (3.10.10) Pour la pension, la cuisine	Variable			Surface minimale recommandée par personne prenant le repas, selon la grandeur et la

est un espace central, ouvert et accessible en tout temps par les pensionnaires. Son agencement permet, en outre, une participation des pensionnaires aux activités de la vie quotidienne et notamment aux repas.				conception d'exploitation de l'EMS : 0.4 m ² et 0.4 m ² pour tous les autres locaux réunis.
Coiffeur et pédicure (3.10.7) Ne concerne pas la pension.	10m ²			
Espace fumeurs 3.9.1	2 m ² par résident, minimum 12 m ²		Un par bâtiment	

3.7. Espaces professionnels

	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Remarques également valables pour l'existant
Bureaux, entretiens, bureau médical Pour la mission temporaire, le nombre de bureaux est adapté aux entretiens réguliers et fréquents à mener. Des espaces sont également prévus pour l'accueil régulier de prestataires externes (thérapeutes, etc.) soit de manière centralisée dans les espaces professionnels soit dans les unités.	Variable	OLT 3, article 23	Valeurs directrices ; des écarts sont autorisés si - Aucune valeur minimale n'est indiquée et que la fonctionnalité est garantie. En fonction des tailles des unités de vie, il serait judicieux de prévoir un petit bureau d'entretien dans le groupe.
Locaux pour matériel et salles de service, par résident/pensionnaire	0.4m ²		
Pharmacie 3.11.9		12 m²	
Séjour pour le personnel, par résident/pensionnaire	0.75m ²	OLT 3, article 33	
Vestiaires du personnel avec WC/douche, par résident/pensionnaire (3.12.1)		OLT 3, article 29	Valeurs directrices ; des écarts sont autorisés si - Aucune valeur minimale n'est indiquée et que la fonctionnalité est garantie.
Buanderie avec dépendances, par résident/pensionnaire (3.10.11)	Variable		
Réserve pour les soins et le ménage, par résident/pensionnaire (3.13.2, 3.13.3)	Variable		

3.8. Espaces techniques

	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Remarques également valables pour l'existant
L'EMS prévoit les espaces et équipements techniques nécessaires à son bon fonctionnement, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un local de maintenance ○ Un local pour les containers et pour le tri des déchets ○ Un local pour les produits d'entretien ○ Des locaux nécessaires aux installations techniques (chauffage, ventilation, sanitaire, électricité) par résident/pensionnaire (3.13.5, 3.13.6)	Variable		En fonction des législations qui font foi et du mode de fonctionnement de l'institution (prestations effectuées ou externalisées). Le maître d'ouvrage propose des solutions techniques conformes aux normes édictées par l'Etat (économie du bâtiment) qui respectent par ailleurs des critères d'efficience et d'optimisation des surfaces nécessaires au fonctionnement technique du bâtiment.
Atelier des services techniques, par résident/pensionnaire 3.13.1	0.4m ²		
Dépôt pour outils de jardinage et garage pour véhicules de service, par résident/pensionnaire			

3.9. Circulations et parcours

Les accès, les circulations et les dégagements répondent aux exigences des déplacements des trois catégories d'usagers des EMS : résidents/pensionnaires, personnel et visiteurs.

Les parcours, tant horizontaux que verticaux, sont rationalisés afin de réduire la pénibilité des tâches comme les temps morts. Par ses dispositions architecturales, le système distributif facilite la bonne lisibilité du bâtiment et par conséquent l'orientation des usagers.

	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Remarques	Existant
Circulations horizontales	oui	Selon les normes SIA 500	Les circulations horizontales (corridors, coursives et couloirs) ne devraient pas excéder une longueur maximum de 25 m en ligne droite. Elles présentent un dégagement près des ascenseurs de 1.40 m minimum (1.50 étant toutefois recommandé). Les circulations horizontales sont équipées de mains courantes des deux côtés. La hauteur de la main courante est de 0.90 m à 1.00 m . Le minimum admis pour la largeur des couloirs est de 1.20 m . 3.7.1.2	idem

Circulations verticales		<p>Tous les escaliers sont exécutés en marches et contremarches fermées, avec un sol antidérapant. Leur parcours est divisé par des paliers intermédiaires, au maximum toutes les dix marches, de façon à réduire les risques de blessures en cas de chute.</p> <p>Les escaliers sont équipés de mains courantes sur les deux côtés (fixées à hauteur de 0.90 m à 1.00 m) et d'une signalisation de sécurité et d'étage.</p> <p>Les escaliers qui n'ont pas d'éclairage naturel sont dotés d'un éclairage artificiel permanent. Les paliers supérieurs d'escalier sont protégés (retrait, barrière, etc.). La largeur minimale des escaliers est de 1.20 m.</p> <p>Les escaliers peuvent être également utilisés pour les exercices de mobilisation des résidents/pensionnaires. Dans ce cas, la déclivité des escaliers est inférieure à 30° (marches de 16,5 x 30 cm env.).</p> <p>Les marches et contremarches (ou du moins les nez de marches) sont de couleurs contrastées.</p>	La largeur minimale des escaliers est de 1,20 m. Pour le reste, il s'agit de recommandations.
-------------------------	--	---	---

	Nouvelles constructions	Existant																												
Ascenseurs	<p>Le bâtiment dispose d'un ascenseur accessible aux fauteuils roulants et aux brancards de dimensions minimales de 1.10 x 2.10 m. L'ascenseur est pourvu de portes automatiques internes et externes (RASI) 3.7.2.3 :</p> <table border="1" data-bbox="383 416 1238 531"> <tr> <td>Jusqu'à 39 lits</td> <td>1 grande</td> </tr> <tr> <td>De 40 à 60 lits</td> <td>2 dont au moins 1 grande</td> </tr> <tr> <td>Dès 61 lits</td> <td>3 dont 1 grande</td> </tr> </table> <p>Les boutons de commande sont adaptés en taille et en hauteur (0.85 à 1.10 m) et signalisation claire à l'intérieur et à l'extérieur de la cabine. Des barres d'appui de forme adaptée sont nécessaires.</p>	Jusqu'à 39 lits	1 grande	De 40 à 60 lits	2 dont au moins 1 grande	Dès 61 lits	3 dont 1 grande	<table border="1" data-bbox="1272 256 2078 687"> <thead> <tr> <th>Nb. de lits par bâtiment</th> <th>Nb. de cabine</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Anippa - anedep</td> </tr> <tr> <td>Jusqu'à 24 lits</td> <td>1 petite cabine</td> </tr> <tr> <td>De 25 à 48</td> <td>1 grande cabine</td> </tr> <tr> <td>49 à 72</td> <td>2 dont 1 grande cabine</td> </tr> <tr> <td>Dès 73 lits</td> <td>3 dont 1 grande cabine</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">anempa</td> </tr> <tr> <td>Jusqu'à 39 lits</td> <td>1 grande</td> </tr> <tr> <td>De 40 à 60 lits</td> <td>2 dont au moins 1 grande</td> </tr> <tr> <td>Dès 71 lits</td> <td>1 petite et 2 grandes</td> </tr> <tr> <td>Dès 61 lits</td> <td>3 dont 1 grande</td> </tr> </tbody> </table>	Nb. de lits par bâtiment	Nb. de cabine	Anippa - anedep		Jusqu'à 24 lits	1 petite cabine	De 25 à 48	1 grande cabine	49 à 72	2 dont 1 grande cabine	Dès 73 lits	3 dont 1 grande cabine	anempa		Jusqu'à 39 lits	1 grande	De 40 à 60 lits	2 dont au moins 1 grande	Dès 71 lits	1 petite et 2 grandes	Dès 61 lits	3 dont 1 grande
Jusqu'à 39 lits	1 grande																													
De 40 à 60 lits	2 dont au moins 1 grande																													
Dès 61 lits	3 dont 1 grande																													
Nb. de lits par bâtiment	Nb. de cabine																													
Anippa - anedep																														
Jusqu'à 24 lits	1 petite cabine																													
De 25 à 48	1 grande cabine																													
49 à 72	2 dont 1 grande cabine																													
Dès 73 lits	3 dont 1 grande cabine																													
anempa																														
Jusqu'à 39 lits	1 grande																													
De 40 à 60 lits	2 dont au moins 1 grande																													
Dès 71 lits	1 petite et 2 grandes																													
Dès 61 lits	3 dont 1 grande																													

3.10.Espaces extérieurs

	Valeur directrice (recommandée)	Valeur minimale	Remarques
Terrasses et jardins (3.14.1/3.14.2)	oui	Selon les normes SIA 500	Normes minimales à fixer
Accès et places de stationnement 3.14.3	Il est recommandé d'avoir accès à l'institution soit par les transports publics (mobilité douce) ou par voiture en fonction des places de stationnement disponibles aux alentours. Une place de stationnement sur domaine privé ou public est disponible à proximité pour les personnes handicapées. Le nombre de places de stationnement à prévoir pour les visiteurs et les employés est, en principe, déterminé par la législation cantonale et/ou communale.		

4. Remarques à l'attention du COPIL PMS

En fonction de ce référentiel, un bon nombre d'EMS devront engager des travaux, car ils ne sont plus aux normes ou certains d'entre eux ne sont plus du tout adaptés, ne serait-ce qu'en fonction des futures missions. Par ailleurs, l'architecture des locaux n'est que l'une des composantes de l'accompagnement du résident. Son importance doit être pondérée en fonction de ce qu'elle apporte dans la qualité de vie¹⁶ du résident (autonomie, dignité, bien-être physique et psychique, activités socioculturelles, contacts sociaux, confort de l'habitat, qualité de la nourriture, du service, des soins, sécurité, etc.).

Dès lors, l'anticipation et la planification des changements par étape seront essentielles dans ce virage important et passent par un état des lieux actuel. Plusieurs questions se posent :

- Comment échelonner la transition entre les anciennes et nouvelles constructions et garantir de façon continue une disponibilité de lits qui corresponde aux besoins ?
- Que se passera-t-il avec les anciennes constructions ? En cas de reconversion de mission visée par une institution, une autorisation d'exploiter devrait lui être garantie par l'Etat avant les travaux.
- Les constructions qui ne remplissent pas du tout les conditions architecturales perdront-elles leur autorisation et en cas d'affirmative dans quel laps de temps (le retrait d'autorisation n'étant pas pour l'heure réglé par la loi) ?
- L'expérience nous a démontré que la fermeture d'un établissement, le transfert des résidents, la migration/réaffectation du personnel ne sont pas des actes anodins et se préparent plusieurs mois, voir des années à l'avance. Les impacts financiers peuvent également se révéler catastrophiques (garanties de salaires, absences de revenus, etc.) et devraient faire l'objet d'un soutien de l'Etat.

Dans toutes les hypothèses, la phase transitoire sera particulièrement délicate et nécessitera la mise en place d'un processus important d'accompagnement de manière à garantir une réorientation pas-à-pas des institutions médico-sociales. Une période de 10 ans pour y parvenir pourrait s'avérer raisonnable, avec une étape intermédiaire – état des lieux – après 5 ans.

¹⁶ *Entwicklung eines Instruments zur praxisnahen Messung von Lebensqualität im stationären Kontext (Projekt im Auftrag der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, Sindelfingen; Abschlussbericht)*. Heidelberg: Psychologisches Institut, Abt. für Psychologische Altersforschung.