Rapport final DREES-CNSA

De la structure d'accueil au lieu de vie
De l'utilisation à l'appropriation des lieux

Novembre 2010

Elodie BARA

sous la direction scientifique de Guy TAPIE

Laboratoire PAVE

Volume 1 ..... **4**
Introduction **4**
Les structures d'habitat à l'épreuve du vieillissement démographique ..4
De la structure d'accueil à l'ouvrage architectural 5
Méthodologie 7
1) Le choix des techniques d'investigation 7
2) Les grilles d'observation et d'entretien 8
3) Le déroulement de l'investigation 9
4) Présentation des structures d'accueil étudiées 11
I. L'EHPAD une institution médicalisée 15
1) Evolution des maisons de retraites en EHPAD 16
2) Prise en charge sanitaire, prise en charge des corps 18
II. Les personnes vieillissantes en structure d'accueil 27
3) La mise en retrait de la personne vieillissante 27
4) L'entrée dans une structure d'accueil 30
III. Utilisation et appropriation des lieux 38
5) L'incorporation de l'espace 38
6) Perturbation du schéma corporel 43
Conclusion **48**
Volume 2 ..... **51**
Introduction **51**
IV. Présentation du séminaire atelier archi'socio 52
7) Méthodologie 52
V. Présentation de deux EHPAD 64
8) L'EHPAD Val André 64
9) La « Maison bourgeoise » 73
Bibliographie **79**

Volume 1

Introduction

Les structures d'habitat à l'épreuve du vieillissement démographique

D'après les projections démographiques de l'INSEE, la France métropolitaine comptera, en 2050, 64 millions d'habitants, soit six millions de plus qu'en 2000. Durant cette période, la population continuera de vieillir (Brutel, 2002). La population âgée de 60 ans et plus qui représentait 20,6% de la population totale française en 2000, représentera 27% en 2020, 31,2% en 2030 et 34% en 2050. Les plus de 60 ans constitueront ainsi plus du tiers de la population totale. Sa part, dans la population totale, sera plus élevée que celle des moins de 20 ans. Ajoutons que les femmes seront toujours plus nombreuses aux âges élevés, même si l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes diminue (Brutel, 2002).

Il est à noter que ces tendances seront similaires dans presque tous les pays du monde, y compris en Asie, en Afrique et en Amérique Latine. En 2020, on comptera dans le monde plus d'un milliard de personnes de plus de 60 ans alors qu'on en dénombrait 550 millions en 1996. Parmi ce milliard de personnes, 300 millions d'entre-elles vivront en Chine, plus de 165 millions en Inde et plus de 80 millions aux Etats-Unis (Rochefort, 2004). La progression de la population à l'échelle planétaire sera donc particulièrement forte chez les plus de 60 ans. On estime que de 1997 à 2025, la population de notre planète augmentera de 36%, alors que le taux de progression des sexagénaires atteindra 112% et celui des octogénaires 152%. C'est dire que la question est cruciale, non seulement au plan national, mais aussi à l'échelle planétaire.

Le vieillissement de la population sur l'ensemble du territoire métropolitain au cours des trente années à venir affectera toutes les régions avec une propension au vieillissement plus ou moins marquée. Notons que, depuis 2005, la génération née entre 1945 et 1965, particulièrement nombreuse - appelée plus communément génération du baby-boom - participe à l'augmentation du nombre des sexagénaires et plus.
Ces quelques indications prospectives montrent que le vieillissement de la population est aujourd'hui une question capitale, notamment du point de vue des modalités de sa prise en charge. En France, et plus largement en Europe, comme l'a bien montré Anne-Marie Guillemard (2003), le vieillissement de la population suscite de nouvelles interrogations tant au niveau social (la solidarité à l'égard des personnes vieillissantes), économique (la répartition financière entre générations) que médical (prise en charge de la dépendance), mais aussi au plan de l'habitat (adaptation du logement). C'est cette dernière préoccupation qui va retenir ici notre attention.

Le logement pour personnes âgées renvoie à l'alternative bien connue entre le maintien à domicile et le « placement » en institution. Parmi plus de 12 millions de personnes âgées de 60 ans et plus que comptait la France au recensement de 1999, près de 500 000 vivaient en institution médico-sociale (Mormiche, 1999). Si la détérioration de l'état de santé joue un rôle décisif dans le placement en institution, d'autres facteurs interviennent également : l'insuffisance de l'aide disponible professionnelle ou informelle, la faiblesse des ressources et « l'inadaptation » du logement et de l'habitat.

Depuis les années 1960, dans les pays nordiques (Danemark, Norvège, Suède) et, au début des années 1980, au Royaume-Uni et au Québec, les politiques publiques ont cherché à « désinstitutionnaliser » les personnes « âgées », entraînant dans ces pays un arrêt dans la construction des centres d'hébergement, voire une réduction du nombre de lits et des institutions d'accueil (Bouget, 2003). En France, la mise en œuvre de la politique de maintien à domicile a débuté tardivement, puisque c'est dans les années 1990 que sont adoptées des politiques en faveur du développement des services à domicile (Argoud, 2000). Cependant, depuis une vingtaine d'années, tous les pays Européens ont encouragé le développement de formules alternatives à l'hébergement collectif traditionnel (accueil temporaire, accueil de jour, petites unités de vie, accueil familial) et la spécialisation des institutions pour les personnes atteintes de démence (Argoud, 2001).

Il reste qu'avec l'allongement de la durée de la vie et la mutation démographique auxquels la société française est confrontée, la question du logement des personnes vieillissantes, qu'elles soient valides, en perte d'autonomie ou dépendantes, devient un enjeu majeur de notre société. Aussi, le ministère du logement, tenu par Madame Christine Boutin, a adressé à Madame la directrice Générale Madame Muriel Boulmier une demande afin de *« mener une réflexion qui aura pour objet, […], d'identifier les pistes innovantes tendant à faire de l'habitat le point de convergence des exigences de cohésion sociale et territoriale »*.
En octobre 2009, Madame Muriel Boulmier a remis un rapport à Monsieur Benoist APPARU, secrétaire d'Etat au Logement et à l'Urbanisme. Son intitulé : *« L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : Un chantier d'avenir »* souligne l'importance accordée, par les politiques publiques, à l'habitat et à son *adaptation* pour les personnes « âgées ».
Aussi, tout en reconnaissant la nécessité de rendre les logements accessibles à tous, il nous semble capital de mener une réflexion sur les effets de l'adaptation de l'habitat, de surcroît lorsque les lieux sont spécialement conçus pour une catégorie de la population, en l'occurrence, ici, les personnes vieillissantes.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que, si aucune réflexion sur l'adaptation du logement n'est menée en amont, les politiques publiques risquent de privilégier exclusivement le cadre bâti *en négligeant l'habitant,* contrecarrant ainsi l'objectif premier qui est d'améliorer les conditions de vie et de permettre le « bien vieillir ». Aussi, il nous paraît essentiel de s'interroger sur la problématique même de l'ouvrage architectural, en considérant que le cadre bâti (enveloppe et locaux) ne peut être conçu sans la prise en compte des futurs usagers et de leur spécificité sociologique. Nous entendons ainsi montrer que le *cadre bâti* ne devient de fait un *cadre de vie* qu'à la condition de pouvoir être investi par la personne et d'être pleinement exploité dans son utilisation. Nous distinguons ici la question de *l'appropriation* se rapportant à la *dimension sociale* des modes de vie, des manières d'être, des usages et conventions au sein d'un cadre bâti, et la question de *l'utilisation* qui renvoie à la *dimension technique* de la manipulation de l'ouvrage architectural et des différents objets/équipements qui le constituent. C'est cette ligne directrice que nous allons suivre tout au long de ce rapport.

De la structure d'accueil à l'ouvrage architectural

Aujourd'hui il existe une variété de structures d'habitat ; du collectif à l'individuel la panoplie s'étend très largement : le studio, l'appartement, les structures d'accueil, la maison individuelle en lotissement et hors lotissement, sans compter les programmes d'habitat spécifiques qui s'adressent aux personnes « âgées » ; là encore la diversité est de mise : les résidences services, qui s'adressent aux personnes « valides » (Espérydes, senioriales…), les structures médico-sociales, qui accueillent les personnes « semi-

valides » et « dépendantes » tels que les établissements pour personnes âgées (EHPA, MAPA), enfin les structures sanitaires et sociales (EHPAD, UDSL, MAPAD, MARPA, foyers-logements). Ces dernières tendent, d'ailleurs, à disparaître au profit de structures médicalisées. En effet, en 1999, il a été décidé de fondre l'ensemble de ces établissements en une seule entité : les EHPAD. Cette volonté politique débouche sur une réforme de tarification liée à la prise en charge de la dépendance. Cependant, les gestionnaires des établissements conservent la possibilité de demander ou non le statut d'EHPAD. Autrement dit, les EHPAD sont aujourd'hui des établissements médico-sociaux d'hébergement ayant signé une convention tripartite. Il reste que cette pluralité de structures d'habitat s'accompagne d'une diversité de modes d'appropriation des lieux, dont la condition de possibilité repose sur une faculté d'imprégnation et un processus d'appropriation d'un environnement, d'un espace, d'un cadre bâti.

Les sociologues étudient depuis plusieurs années le thème de la vieillesse, de la personne « âgée ». Toutefois, peu l'ont abordé du point de vue de cette question de l'appropriation des lieux. Or cette question demeure d'autant plus légitime que nous avons montré ailleurs (Bara, 2009) qu'il existe, chez la personne vieillissante, une spécificité des modes d'appropriation des lieux en raison de facteurs endogènes et exogènes qui la conduisent à appréhender son environnement de manière singulière après un certain seuil de la vie.

Nous avons ainsi montré que la personne vieillissante manifeste deux tendances contraires qu'il convient de discerner lorsque l'on s'interroge sur la problématique de l'habitat. Le vieillissement biologique entraîne des modifications corporelles et la vieillesse - en tant que construction sociale catégorisant une population - provoque des changements proprement sociologiques chez la personne. Il est essentiel de prendre en compte ces facteurs pour appréhender la manière dont les personnes « âgées » peuvent « habiter » en institution. En effet, nous constatons qu'à partir d'un certain seuil de la vie (variable selon les personnes), elles tendent à adhérer à leur environnement, ou au contraire à s'y détacher, de surcroît lorsqu'elles sont confrontées à un handicap, une perte d'autonomie ou une dépendance.

Aussi, dans le premier cas, la personne « âgée » éprouve des difficultés à se distancier de son environnement. Dès lors, elle adhère et s'accroche à ses habitudes ; elle manifeste également des réticences à utiliser de nouveaux objets, à exploiter de nouveaux espaces.

Dans le second cas, lorsqu'elle se détache, la personne vieillissante se déprend tellement de son environnement qu'elle semble ne plus s'intéresser à ce qui l'entoure. Aussi, elle ne manifeste pas une désorientation (contrairement aux malades d'Alzheimer) mais elle donne l'impression de ne pas s'accrocher au monde actuel ; elle vit alors en décalage avec ses congénères appréhendant l'espace avec indifférence (similitude avec les malades d'Alzheimer).

Il est à noter que cette adhérence ou ce détachement du monde social constitue une *résistance* au changement de cadre, quand bien même lorsque celui-ci cherche à s'adapter à la situation des personnes « âgées ». Ces deux types de personnes « âgées » ont un point commun qui les réunit : il est difficile pour ces personnes de s'approprier un nouvel environnement. Autrement dit, l'espace, le temps et le milieu social, lorsqu'ils ne leur sont plus familiers, les déstabilisent provoquant chez elles, momentanément, une désorientation spatio-temporelle.

C'est cette attention portée à la spécificité des modes d'appropriation des lieux chez la personne vieillissante qui nous conduit à nous intéresser à un seul type de structure d'habitat, à savoir l'Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), et non à une pluralité de structures d'habitat allant de la maison particulière (appartement, maison individuelle, logement social…) à la résidence services (foyer logement, résidence pour personnes âgées, maison d'accueil…). En effet, l'EHPAD nous paraît concentrer à lui seul, et de façon exemplaire, la question de l'adaptation, de la prise en charge et du changement d'environnement dans une visée collective.

Rappelons ainsi que, si l'ensemble des structures d'habitat existantes fait l'objet d'une réglementation visant, par l'adoption de normes de construction, l'adaptation des logements neufs aux besoins des personnes « âgées » et/ou handicapées - surtout dans le parc social même si l'on constate que dans les pays scandinaves le parc de logements est d'un haut niveau comparativement aux autres pays européens (Bertrand, 2004, Houben, 2001) – l'EHPAD est un *espace spécifiquement conçu* pour prendre en charge et prendre soin de la *personne vieillissante dépendante*. Dans les autres types de structure d'habitat, l'attention porte avant tout sur les critères d'accessibilité pour tous (réalisation de douches avec siphon de sol pour éviter les chutes, douche plutôt que baignoire, mise en place de rampe pour se tenir, agrandissement d'ouverture de porte, mise en place de domotique tels que volets roulants…). Cette recherche d'une conformité aux normes d'accessibilité n'implique pas nécessairement une prise en charge sanitaire avec l'intervention d'une équipe de professionnels. Quand c'est néanmoins le cas, les travaux s'apparentent à des réaménagements plutôt qu'à des transformations ou à des rénovations. En outre, la personne vieillissante qui est en situation de handicap, en perte d'autonomie ou de dépendance, émet des réticences et résiste même à modifier, transformer voire quitter son cadre de vie existant.

Par conséquent, l'adaptation fonctionnelle du logement ne suffit pas, à elle seule, à répondre à la problématique de l'habitat et de la dépendance, quelle que soit par ailleurs la volonté politique de contribuer au « bien vieillir » de la population vieillissante. Il existe, encore une fois, une spécificité des modes d'appropriation chez la population vieillissante dont on ne saurait faire l'économie sous peine de réduire la dépendance à une simple question d'adaptation du cadre bâti aux besoins des personnes « âgées ».

Méthodologie

1) Le choix des techniques d'investigation

Pour réaliser cette recherche, nous avons eu recours à deux techniques d'enquête. La première, couramment utilisée lors de travaux sociologiques, est l'entretien semi-directif. Celui-ci est mené à partir d'un guide de la conversation préalablement élaboré. Nous savons que cette technique ne permet pas d'appréhender le registre des pratiques effectives autrement *que par la médiation du discours* que les acteurs tiennent sur ou à propos d'elles. C'est pourquoi nous avons eu recours conjointement à *l'observation directe*. Celle-ci consiste à s'immerger dans un milieu durant une période déterminée afin de saisir les manières d'être, d'agir et de faire d'une population précise, mais aussi, pour ce qui nous concerne, la façon dont les personnes se rapportent à l'espace.

Les conditions mêmes de l'enquête nous ont conduite à privilégier la seconde technique d'investigation par rapport à la première, contrairement à ce que nous avions

prévu initialement. En effet, nous avons été confrontée à une difficulté dont nous n'avions pas pris toute la mesure avant notre terrain d'enquête, bien que ce ne soit pas la première fois que nous enquêtions dans ce type de structure. Les deux établissements qui ont constitué notre terrain d'enquête ont été choisis essentiellement pour leur caractère architectural et leur statut d'EHPAD. Le profil sociologique de la population y demeurant n'a donc pas constitué une condition pour la réalisation de notre enquête. Pour autant, les résidants que nous avons rencontrés manifestaient, pour la plupart d'entre eux, de multiples déficiences qui ne nous ont pas permis de mener des entretiens : soit la personne tenait un discours incohérent, soit elle éprouvait des difficultés d'élocution - lorsque ce n'était pas le barrage de la langue puisque beaucoup de résidants d'une des deux structures venaient des campagnes bretonnes où l'on parlait le Gallo – soit, encore, elle ne parvenait pas à se concentrer sur les questions qui lui étaient posées. Les quelques résidants qui acceptaient d'être interviewés – souvent sans le dictaphone - ne rencontraient pas, quant à eux, de déficiences particulières. Sans remettre en doute l'intérêt des entretiens menés avec eux, nous avons cependant rapidement conclu qu'ils n'apporteraient pas suffisamment d'éléments à notre recherche. Sans compter que l'observation directe s'est imposée comme le seul mode possible de collecte de données dans les unités de vie accueillant les personnes atteintes d'une désorientation de type maladie d'Alzheimer. En effet, nous ne pouvions en aucun cas mener un entretien avec ces résidants qui étaient dans l'incapacité d'échanger avec autrui. C'est pourquoi, nous avons privilégié l'observation directe dans les deux établissements retenus pour l'enquête.

2) Les grilles d'observation et d'entretien

Nous avons ainsi essentiellement mené des observations au sein des deux structures d'accueil retenues pour l'étude. Une grille d'observation préalablement établie nous donnait le cadre des informations à recueillir. Nous portions une attention particulière à la scansion des moments de la journée tels les repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) mais aussi les moments qui faisaient événement dans la structure telles les animations (animation proposée par une animatrice, réception familiale, atelier mémoire). Notre grille d'analyse se décompose en trois thèmes : l'espace, le temps et le milieu. A partir de ces trois dimensions de l'environnement des résidants nous avons cherché à repérer les éléments suivants :

- L'occupation de l'espace selon les différentes périodes de la journée : matin, après-midi, fin d'après-midi jusqu'au dîner
- L'occupation de l'espace en fonction des activités proposées par la structure
- L'occupation de l'espace en fonction du milieu (présence des résidants, de la famille, d'animaux…)
- L'occupation de l'espace en fonction du handicap, de la perte d'autonomie, de la dépendance

A partir de cette grille, nous nous sommes attachée à examiner la manière dont les résidants, avec ou sans l'aide du personnel, utilisaient l'espace, c'est-à-dire ce qu'ils y faisaient pratiquement, les raisons pour lesquelles ils s'y rendaient ou les refus de s'y rendre, les buts de leur déplacement, les façons dont ils se déplaçaient, les réactions que provoquaient ces déplacements, etc. Nous avons également été attentive aux difficultés qu'ils rencontraient, ce qui constituait pour eux un obstacle à l'utilisation de l'espace.

Nous avons très peu observé les chambres dans la mesure où ce n'était pas là l'espace essentiel à utiliser puisque l'on s'attache ici aux espaces communs. Il s'agit en effet d'accorder de l'importance à la possibilité de rendre l'espace commun utilisable par l'ensemble des résidants afin que la chambre ne devienne pas leur unique *repère*, voire un *repaire* comme elle tend à le devenir depuis la réalisation de chambres individuelles. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause la chambre individuelle mais de réfléchir sur la manière dont le résidant peut exploiter le reste de la structure tout en préservant son intimité.

La grille d'entretien semi directif comportait les mêmes trois parties que la grille d'observation : l'espace, le temps, le milieu. Il s'agissait de repérer comment ces trois coordonnées de l'environnement se découpent pour les résidants. Nous les avons incités à nous raconter les raisons de leur arrivée dans la structure, ce qu'ils y faisaient, leurs loisirs (sorties en dehors de la structure, promenade à l'extérieur du bâtiment, activités proposées par l'animateur, activités entre résidants, activités dans la chambre). Nous leur avons demandé de nous donner leurs impressions sur les différents espaces de l'établissement, s'il y avait des éléments qu'ils souhaitaient aménager autrement et les raisons pour lesquelles éventuellement ils les modifieraient. Nous cherchions toujours à comprendre la manière dont ils réussissaient à s'approprier et à utiliser l'espace, et les stratégies auxquelles ils avaient recours pour utiliser les lieux. Cependant, le temps qui nous est imparti pour cette recherche ne nous permet pas de saisir finement ces stratégies mais plutôt de repérer les obstacles à l'exploitation des lieux. Nous nous contenterons ici de formuler un ensemble d'hypothèses qui mériteraient d'être testées auprès de résidants afin de les valider ou de les infirmer. Or, le matériau que nous avons recueilli et exploité constitue une base solide pour mener à bien une démarche clinique qui n'est techniquement pas réalisable au cours de l'année qui nous a été accordée. Nous sommes, cependant, en capacité d'avancer des pistes de réflexion pour améliorer les conditions d'existence des résidants.

3) Le déroulement de l'investigation

Nous nous sommes immergée dans chacune des deux structures afin d'observer au plus près le quotidien des résidants et du personnel. Cette immersion nous a permis de saisir finement la manière dont les résidants appréhendent l'espace malgré leur déficience. Elle a également été l'occasion de côtoyer les résidants, de repérer leur manière d'être et de vivre, leurs déplacements, leur occupation du temps, les rapports qu'ils entretiennent entre eux et avec le personnel, en bref, de saisir les différentes facettes de leur quotidien. Le rythme très ritualisé de ce dernier pourrait laisser penser que peu de jours suffisent pour repérer l'essentiel de notre questionnement. Or, c'est précisément ce ritualisme et cette routinisation (Bouisson, 2001) qui nous interroge parce qu'ils nous fournissent des indications sur leur manière d'appréhender l'environnement, et plus particulièrement, pour ce qui nous préoccupe, le cadre bâti.
Nos observations se sont déroulées sur trois semaines pour la première structure et deux semaines pour la seconde. Au début de notre enquête, nous envisagions que chaque terrain se déroule sur deux semaines, week-end compris, voire trois semaines selon la taille de l'établissement et l'état de notre recueil de données. Lorsque nous contactions la direction de chaque structure en lui indiquant le déroulement de notre travail, nous l'informions donc de nos attentes et de la latitude que nous souhaitions nous donner en fonction des caractéristiques de chaque établissement et de l'avancement de nos travaux. Si la direction du premier EHPAD n'y a vu aucun

inconvénient, la seconde nous a demandé de ne pas rester plus de deux semaines et n'a pas non plus souhaité notre présence le week-end.

Même si nous n'avons essuyé qu'un refus avant d'accéder à nos deux terrains, nous avons constaté une méfiance chez certains directeurs d'établissements. Nous avons, de prime abord, pensé que cette méfiance s'expliquait par la médiatisation de quelques faits divers de ces dernières années (des enquêtes de journalistes en « caméra cachée » visant à « dénoncer » des situations qualifiées de « maltraitance »), de l'exigence que nécessite la démarche qualité, etc. Mais au cours de notre investigation, nous avons compris que leur crainte, lorsqu'elle était manifeste, provenait également de ce que les résidants pouvaient nous confier au cours des entretiens. De fait, les personnes atteintes de troubles pathologiques ou d'une dégénérescence peuvent quelquefois incriminer à tout va la direction.

Les deux directions respectives ne nous ont jamais fait part, lors de nos premières rencontres, de l'existence de troubles chez certains résidants, ni même demandé si nous étions en mesure de les détecter. Or, la durée de l'entretien ne permet pas toujours de cerner d'emblée les difficultés des enquêtés. En effet, nombre de résidants semblaient assez cohérents pendant une heure, faisaient bonne figure, alors que, pourtant, elles manifestaient clairement des « troubles psychiques » dans d'autres situations que nous avons pu observer.

L'entretien fut souvent l'occasion pour ces derniers de critiquer la maison de retraite, le personnel et la direction. Sans invalider *a priori* leur propos, nous nous sommes néanmoins efforcés d'analyser leur dire avec circonspection en tenant compte, notamment, des observations effectuées *in situ* qui pouvaient nous indiquer la présence avérée de troubles nous invitant ainsi à relativiser les informations recueillies. D'une façon générale, l'observation directe a constitué un moyen de vérifier la concordance des informations recueillies entre les résidants et les membres du personnel, mais aussi entre les résidants eux-mêmes. Dans tous les cas, quoi que fusse l'exactitude de leur parole, celle-ci était révélatrice d'un ressenti qui permettait d'éclairer les motivations du dire par-delà son contenu.

Ainsi, le recours à l'observation directe nous a permis de discerner des éléments qui ne sont pas toujours immédiatement ou aisément perceptibles lors d'entretiens ou de conversation informelles. Les observations nous ont en effet permis de recontextualiser le dire de l'ensemble des résidants dans des situations à partir desquelles il était possible de déchiffrer leurs désirs, leurs attentes, mais aussi les motifs de leurs insatisfactions, de leurs agacements, de leurs frustrations, de leurs craintes et angoisses. Elles ont aussi constitué des occasions de converser avec des résidants qui n'auraient pas accepté d'emblée de nous parler ou qui ne l'auraient fait qu'avec une forte réticence. Par leur régularité et leur étalement dans le temps, elles ont créé les conditions d'une mise en confiance avec les résidants. Ceux-ci, quelque peu intrigués de prime abord par notre présence - même s'ils étaient informés que nous étions sociologue -, sont progressivement venus nous rencontrer. Par un « effet boule de neige », nous avons pu nouer assez rapidement des contacts auprès de l'ensemble des résidants qui s'étaient accoutumés à notre présence. Cette démarche était d'autant plus intéressante que le quotidien se déroule dans un milieu collectif, avec un minimum d'une soixantaine de résidants.

Au cours de ces observations nous avons eu, avec les résidants, des conversations informelles plus ou moins longues selon les moments où elles s'effectuaient. Nous avions

bien entendu notre grille d'entretien semi directif en arrière plan afin de relancer la conversation. Lorsque nous engagions le dialogue, nous ne manquions pas de rappeler un acte ou une anecdote repéré la veille lors de nos observations. Le résidant appréciait généralement ce rappel parce que cela lui indiquait que nous étions là pour les résidants, c'est-à-dire « pour les vieux en général » comme il nous a été donné de l'entendre. Au début de notre arrivée, nous savions que des résidants demanderaient ce que nous faisions dans la structure. Nous avons donc demandé au personnel de décliner notre identité et notre métier. La direction de la deuxième structure était tentée de nous présenter comme stagiaire. Nous avons refusé arguant que les résidants devaient connaître notre rôle au sein de la structure, même s'ils ne cernaient pas notre travail.

Pour avoir déjà réalisé des observations dans des structures d'accueil nous savions que les résidants risquaient de nous confondre avec un psychologue. Au début de nos observations, lors de notre passage dans les couloirs, nous entendions ainsi régulièrement des voix lointaines déclarer : « tiens la psychologue est arrivée ». Ce statut que l'on nous attribuait nous l'avons au fur et à mesure rectifié auprès des résidants afin de lever les craintes attachées à la visée thérapeutique à laquelle est assimilée la dénomination et la fonction de psychologue.

Les discussions s'engageaient dans un couloir, près d'une fenêtre, sur un banc dans le parc, ou lors d'une promenade dans ce dernier, dans la chambre, dans le hall d'accueil, à la sortie du salon de coiffure, avant l'animation, entre deux parties de cartes, après une émission télévisée, en attendant le service du repas. Nous glanions quelques informations et parfois un réel dialogue s'instaurait. Nous avons dû certaines fois interrompre des entretiens en raison de l'émotivité des résidants. Expliquer la raison pour laquelle ils sont venus s'installer en maison de retraite peut soulever un passé douloureux, et le quotidien dans la structure leur rappelle souvent ce qu'ils ne peuvent plus réaliser depuis qu'ils s'y trouvent. Beaucoup d'émotions se dégageaient des conversations ; quelquefois nous entrapercevions une larme poindre dans leurs yeux. Dans ce cas nous détournions la conversation pour relancer le résidant sur un autre sujet, plus anodin. Mais il est arrivé parfois que certains d'entre eux se mirent à pleurer avant même que nous ayons pu détecter une émotion se dégageant de la voix ou de l'expression du visage. Dans ce cas, nous ne cherchions pas à poursuivre ; nous leur parlions jusqu'à ce que leur émotion fût dissipée et nous les encouragions à sortir, à regarder ou à faire quelque chose qui les éloigne de souvenirs douloureux.

4) Présentation des structures d'accueil étudiées

Nous avons enquêté au sein de deux établissements pour personnes âgées dépendantes dans deux régions différentes. Pour des raisons de confidentialité, nous ne désignerons ni les communes, ni les noms des structures. En revanche, nous allons établir une description de l'environnement dans laquelle sont implantées les EHPAD.
La première structure se situe en Bretagne dans une commune proche de l'agglomération rennaise. Sa population est d'environ 16 000 habitants et se confronte à un vieillissement croissant, malgré la présence d'une population jeune (cette commune comporte plusieurs établissements scolaires). La population est composée de milieux sociaux variés : milieu populaire, bourgeoisie traditionnelle, paysans et commerçants s'y côtoient depuis des décennies. Néanmoins, depuis quelques années, son centre ville connaît un phénomène de *gentrification* (Guilluy, Noyé, 2004). Les classes moyennes et supérieures (professions intermédiaires, cadres moyens et supérieurs, professions libérales) rachètent les logements, appartenant autrefois aux commerçants et aux

artisans, en les réhabilitant ou en les rénovant. Le patrimoine urbain y est important (château fort, maisons à colombages) et la municipalité soutient les projets de réhabilitation afin de le préserver et de le valoriser ; cette dernière mise également sur l'attrait touristique que le patrimoine architectural constitue pour la commune.

Cette dernière dispose d'un centre-ville bien pourvu en commerces : alimentaires et de vêtements. Par ailleurs, de nombreux restaurants et cafés apportent de l'animation au centre-ville. De plus, les gares ferroviaire et routière drainent un flux de population et constituent un pôle d'attraction, surtout aux heures de sortie scolaires puisque les jeunes collégiens et lycéens s'y retrouvent en attendant trains et cars.

L'EHPAD se trouve au nord du centre-ville depuis environ deux ans, date à laquelle une partie de la maison de retraite a été transférée. On pourrait penser que, pour les résidants, la proximité des commerces et du centre-ville constitue une réelle opportunité pour sortir et se promener. Mais nous allons voir que cette courte distance est encore trop importante pour les résidants qui connaissent des déficiences, que cela soit un handicap, une perte d'autonomie ou une dépendance.

Auparavant, la maison de retraite se trouvait au sud ouest du centre-ville, dans un bâtiment du 19e siècle trop vétuste pour continuer d'accueillir des résidants. La maison de retraite, conventionnée en EHPAD depuis son transfert, est rattachée au centre hospitalier de la commune ; elle jouxte le centre de rééducation et le long séjour, dépendant également tous deux du centre hospitalier.

Les bâtiments implantés sur une petite colline surplombent la commune. Ils sont situés au dessus des jardins familiaux avec dans leur prolongement des terrains agricoles à perte de vue. Le paysage semble apporter calme et sérénité à la maison de retraite.

Le bâtiment a connu une rénovation et une extension afin d'accueillir au mieux les résidants. Ainsi, des lieux de vie et des unités fermées ont été dispersés dans le bâtiment. Cette répartition des lieux constitue pour la direction un moyen pour la résidence d'accueillir dans les meilleures conditions une diversité de résidants.
Les unités fermées sont réservées aux personnes atteintes d'une désorientation de type Alzheimer. Elles se trouvent à l'intérieur de l'EHPAD. Elles sont appelées ainsi parce que leur accès est régi par un digicode à l'entrée et à la sortie. Ces mesures constituent une sécurité auprès des résidants qui ont tendance à fuguer sans parvenir à retrouver leur chemin. Les deux unités fermées disposent toutes deux d'un patio dans lesquels les résidants peuvent se rendre à tous moments. Chaque unité dispose d'une kitchenette avec, dans son prolongement, une pièce de vie où les résidants passent la majorité de leur journée. Un couloir dessert les chambres. Un petit salon est initialement prévu pour les résidants et mis à la disposition des familles, mais souvent le personnel l'utilise pour y stoker les fauteuils roulants, les décorations ou autre matériel. Toutes les pièces sont conçues pour que les fauteuils roulants puissent pivoter aisément. Nous constatons cependant que les chambres, rarement investies par les résidants durant la journée sont proportionnellement plus grandes que les pièces de vie lorsque l'ensemble des résidants s'y trouvent.

Les unités ouvertes, appelées plus communément par le personnel les lieux de vie, sont réservées à tous les résidants ne manifestant pas de désorientation. Trois unités sont réparties à chaque niveau de la résidence. Deux unités sont reproduites à l'identique sur le deuxième et le troisième niveau. Afin de limiter notre travail d'enquête nous n'avons pas observé le second niveau qui disposait de la même conception

architecturale. Nous avons enquêté dans deux lieux de vie, les deux unités fermées et les espaces communs qui comportaient : un accueil, une place publique, une salle d'animation, une cuisine thérapeutique, un lieu de culte.

La seconde structure se trouve dans une commune de Bourgogne, à proximité de la région parisienne. Cette commune, essentiellement industrielle et agricole, connaît une récession économique depuis le départ des industries et la fin des petites exploitations agricoles. La commune ne dispose pas d'un riche patrimoine urbain bien que le centre-ville comporte quelques bâtiments qui font la notoriété de la commune. Le centre-ville comprend une grande place publique qui accueille un marché hebdomadaire important dans le prolongement des halles ouvertes tous les matins. De nombreux restaurants et cafés sont implantés sur la place et apportent de l'animation au centre-ville. La commune compte de nombreux établissements scolaires indiquant ainsi la présence d'une population jeune même si le vieillissement de la population est un phénomène croissant. La commune compte d'ailleurs plusieurs établissements pour personnes âgées. La structure que nous avons enquêtée se situe à proximité de la gare SNCF dans un quartier pavillonnaire. Le centre-ville est accessible à pied à la condition de ne pas rencontrer de difficultés particulières pour marcher, ce qui n'est plus guère le cas pour la plupart des résidants de la structure.

La maison de retraite est un établissement privé à but lucratif, elle est conventionnée EHPAD depuis 2008. La demeure était à l'origine une maison bourgeoise du 19e siècle puis, à la mort des propriétaires et selon leur volonté, elle s'est transformée en établissement pour accueillir des jeunes filles sans famille et sans ressources. Par la suite, la structure s'est mise à accueillir de vieilles femmes, et, depuis quelques décennies, des hommes y sont admis.

Depuis que l'établissement accueille des personnes retraitées, le bâtiment a connu deux extensions afin de répondre à l'augmentation de la demande tout en respectant les conditions d'accueil. L'extension se situe à l'arrière du bâtiment, laissant sa façade à l'identique. Une chapelle est accolée au côté est du bâtiment. La maison bourgeoise contient les cuisines au premier niveau et les deux autres au-dessus comprennent des chambres et des petits salons. La première extension dessert le salon et quelques chambres et, dans le prolongement, on accède à la seconde extension dans laquelle la direction vient d'installer son bureau et l'accueil autrefois située dans la première extension. Les deux étages supérieurs contiennent les chambres, l'infirmerie et les salles de bains. Le tout est relié par deux ascenseurs et un escalier. L'immeuble est entouré d'un parc garni de fleur, d'arbres fruitiers et d'un petit étang occupé par des canards et des poissons rouges. Un mur d'enceinte clôt le parc ainsi que le parking qui est réservé aux membres du personnel et aux visiteurs.

Tous les EHPAD ne sont pas dans l'obligation de disposer d'unités spécifiques au sein de leurs locaux. Aussi, sur nos deux terrains, seul le premier dispose d'unités de ce type. Le second, quant à lui, n'accepte pas de prendre les personnes manifestant une désorientation trop importante en raison notamment des risques que représentent les fugues. Par conséquent, la première structure sépare les résidants désorientés des autres résidants alors que la seconde mélange tous les résidants quel que soit leur degré d'autonomie, de handicap ou de dépendance.

Ces deux structures d'accueil ont retenu notre attention parce qu'elles respectaient les exigences que nous nous étions données au début de nos travaux. Nous voulions, en effet, que les structures soient situées en milieu urbain à proximité du centre-ville et

d’une gare ferroviaire. Il s’agissait de retenir deux EHPAD disposant des mêmes conditions environnementales avec des architectures très différentes afin de comparer la manière dont les résidants exploitent l’espace dans lequel ils se situent. Ainsi, la première structure est le résultat d’une architecture relativement contemporaine, étudiée en fonction de sa destination et de son « projet de vie ». La seconde n’a pas été conçue pour recevoir au départ des résidants puisque c’était une maison individuelle, mais elle a fait l’objet d’une réhabilitation pour se transformer en établissement d’accueil. L’enveloppe architecturale de départ a été préservée et l’extension respecte le style architectural initial de la maison bourgeoise. Ainsi, nos deux terrains nous permettent de comparer et de saisir la singularité des ouvrages architecturaux.

I. L'EHPAD une institution médicalisée

Du Moyen Age à la révolution française, l'Hospice ou encore l'Hôtel Dieu, précurseur des maisons de retraite, avait pour mission, au nom des principes de charité, de soigner et d'assister les pauvres mais aussi de les enfermer. En 1975, dans le cadre d'une politique de la vieillesse, on assiste à une humanisation des maisons de retraite. La loi médico-sociale du 30 juin 1975, qui s'inscrit dans le mouvement général de la politique médico-sociale depuis les années soixante, prévoit en effet la disparition des hospices et encourage le développement des structures d'accueil adaptées aux besoins gérontologiques (Albou, 1999).
Les hospices manquaient cruellement de confort matériel et de personnel. Simone De Beauvoir, en 1970, décrit un de ces hospices situé en plein Paris (S. De Beauvoir, 1970).

> « Quelques privilégiés, capables de verser le prix d'une pension élevée, habitent dans des chambres particulières ; quelques autres dans des salles contenant de quatre à cinq lits. Mais l'immense majorité est parquée dans des dortoirs (…). Par une étrange anomalie que personne n'a su m'expliquer, les sujets valides logent au rez-de-chaussée, les semi-valides au premier étage, les grabataires au second. Ceux-ci sont incapables de se mouvoir ; on les nourrit et on les torche comme des bébés ; mais ce gâtisme n'a rien de paisible : les visages des vieilles femmes que j'ai vues étaient convulsés d'épouvante, de désespoir, figés dans une espèce d'horreur imbécile ».

Depuis, les conditions d'existence dans les structures se sont considérablement améliorées au niveau du confort et des conditions sanitaires. En effet, une nouvelle approche des soins en gériatrie avec, en autre chose, la création de services adaptés aux personnes atteintes de démence sénile, permet une prise en charge plus adaptée à la situation du résidant. D'ailleurs, les résidants eux-mêmes le rappellent lors des entretiens. Ils constituent, en effet, une génération de résidants ayant vécu, sans être directement concernés, l'époque de ces progrès institutionnels : *« Ah, vous savez les maisons de retraites aujourd'hui c'est très bien ! Que voulez-vous que l'on dise ! bon ce n'est vraiment pas marrant d'être là, c'est impersonnel, mais cela n'a rien à voir avec les hospices de dans le temps /oh non on n'a pas à se plaindre ici, on est bien logé et puis on a de quoi manger et dormir ! Que voulez-vous, je ne suis pas exigeante, si j'avais pu rester chez moi, c'est sûr je ne serais pas là, mais bon j'étais toute seule, je ne me faisais plus à manger, je me laissais mourir ! Ici ce n'est pas drôle de voir les autres mais on s'occupe de moi ! / Ah non je suis contente ici parce que j'ai ma chambre avec une douche, là-bas (dans l'ancienne maison de retraite avant la réhabilitation) il fallait partager les douches ! Mais oh je ne demande pas grand chose vous savez, j'ai été élevé à la dure et ici c'est mieux que ce que j'avais même si je serais restée chez moi si je n'avais pas commencé à me faire du mauvais sang avec tout ce qui se passe maintenant ! / Ici… c'est bien, enfin c'est pratique pour les infirmières, on n'a rien à dire ! J'ai essayé de mettre des choses pour égayer les murs parce que c'est d'un triste tout ça ! Mais oh on n'a pas le choix ! Je ne peux pas rester tout seul chez moi alors je suis venu ici !*

Lorsque nous abordions le sujet de l'établissement et des locaux, les résidants ont souvent eu les larmes aux yeux en nous en parlant. Ceux hébergés dans l'EHPAD le Val André considéraient généralement qu'ils ne devaient pas se « plaindre » dans la mesure où les locaux sont propres, le personnel sympathique et qu'ils sont « nourris à leur faim ». Les autres, ceux de l'EHPAD « la maison bourgeoise », émettaient plus de réserve

sur leur condition de vie. Pourtant, les deux structures offrent les mêmes prestations de service et les conditions d'existence y sont comparables en ce qui concerne la prise en charge des résidants. Il s'avère que le public accueilli dans cette seconde structure dispose d'un niveau de vie nettement supérieur à celui de l'EHPAD Val André.

Il est probable que ce sentiment exprimé par les résidants de « la maison bourgeoise » sera à l'avenir plus répandu qu'autrefois en se généralisant à l'ensemble des couches de la population dans la mesure où, globalement, on assiste à une élévation du niveau de vie par-delà la reconduction des inégalités. Aussi, nous pouvons supposer que la prochaine génération de résidants sera plus exigeante face aux prestations proposées actuellement. L'institution accueillera en effet une population ayant, pour la plupart d'entre-elle, connu l'ascension sociale. Ce surcroît d'exigence s'apparentera alors moins, au moment de l'entrée en institution, comme la revendication légitime d'une prérogative de classe que comme un sentiment de déclassement social chez toute une génération pour laquelle l'accession à la propriété, à la maison individuelle (Tapie, 2005), symbolise l'ascension sociale.

1) Evolution des maisons de retraites en EHPAD

Les établissements d'accueil pour personnes âgées sont plus communément appelés « maison de retraite » par les personnes extérieures, les résidants, et par leur famille. Cette dénomination englobe aussi bien les EHPA, les EHPAD, les logements-foyers, les résidences services, les MAPA, les MAPAD, les maisons de retraites, voire les USLD (les structures les plus médicalisées). Pourtant, ces différents établissements se scindent en deux secteurs : les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires.

Au cours des années 70-80, les politiques gérontologiques ont, pour des raisons budgétaires, favorisé la prise en charge sanitaire aux seules personnes dépendantes plutôt que l'approche globale de la vieillesse. La dichotomie entre le sanitaire et le social, renforcée sous le gouvernement de Raymond Barre, s'accentue au cours des années 80. Suite à la décentralisation des politiques de la vieillesse, la responsabilité de l'action sociale et de l'aide sociale est confiée aux départements. Par conséquent, les institutions du secteur médico-social prenant en charge les « personnes âgées dépendantes » ne peuvent se développer puisque le conseil général ne prend pas en compte les institutions financées par l'Assurance Maladie.

Depuis la loi du 24 janvier 1997 avec la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD), les politiques de la vieillesse ont renforcé leur prise en charge vers la dépendance, que le droit français distingue du handicap. Cette distinction juridique sépare les prises en charge puisque la dépendance relève des politiques de la vieillesse concernant les plus de 60 ans, alors que le handicap relève de la politique médico-sociale des moins de 60 ans. De fait, cette distinction va brouiller la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. De plus, dans le cadre de cette même loi, les établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées de 60 ans et plus, ont la possibilité d'adopter la réforme des EHPAD en signant une convention tripartite pluriannuelle. Cette réforme incite les établissements sanitaires à se transformer en établissements médico-sociaux. Le budget d'une structure EHPAD est fixé selon trois tarifs :

- Un tarif hébergement, déterminé annuellement par le préfet (DDASS)
- Un tarif dépendance (évaluée par la grille AGGIR) dont le montant est fixé par le président du Conseil Général
- Un tarif soins, versé directement par l'Assurance Maladie à l'établissement

Aussi, en application de la réforme de tarification, tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes deviennent progressivement des EHPAD. En 2007, la DREES en comptaient 6850 sur un total de 10300 établissements soit 67% du total (DREES, 2009). L'objectif de cette convention est d'accroître la médicalisation des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes. Tous les établissements se transformant en EHPAD s'engagent sur les conditions de fonctionnement, sur les conditions budgétaires et sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins à prodiguer.

La loi du 20 juillet 2001 instaure une « allocation personnalisée d'autonomie » (APA), se substituant à la PSD, renforçant ainsi la politique de la vieillesse à la seule prise en charge de la dépendance. Rappelons que l'objectif de la politique de la vieillesse dans les années 60 est de maintenir les personnes âgées dans la société. La loi du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, transformant le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie en Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA) permettra de rassembler en un guichet unique les moyens mobilisables par l'Etat et l'assurance maladie pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées.

Du point de vue législatif, *« sont dépendantes les personnes pour qui est nécessaire l'aide effective d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence ou une surveillance constante en raison d'une grave altération de leurs facultés intellectuelles ou mentales »*. En 1988 on recourt à un outil : la grille AGGIR pour mesurer « la dépendance » entendue comme perte d'autonomie. Ainsi, la dépendance se confond avec la perte d'autonomie et la perte de mobilité :

- La perte d'autonomie désigne l'incapacité d'une personne à faire les choix qui règlent sa conduite et ses actes et à évaluer les risques d'une situation.
- La dépendance est liée au besoin d'être aidé dans les actes quotidiens.

Nous voyons que la dépendance peut aussi bien concerner des personnes atteintes d'un handicap moteur qu'une personne atteinte d'une dégénérescence.

Les institutions accueillent aujourd'hui des résidants manifestant un état de « dépendance » (tel qu'elle est évaluée par la grille AGGIR) de plus en plus important. Ainsi, fin 2007, la DREES recense 51% des résidants GIR 1 et 2 (forte dépendance) contre 47% en 2003 (DREES, 2009).

Nous nous proposons de reconsidérer les termes de dépendance, de perte d'autonomie et de handicap qui constituent selon nous trois types de déficiences. En effet, nous proposons de définir ces concepts en fonction de notre problématique sur le rapport que les personnes vieillissantes atteintes d'une déficience ont avec l'espace dans lequel elles se situent. Ainsi, nous verrons que l'interrogation sur l'espace ne se pose pas de la même manière lorsque la personne a un *handicap*, lorsqu'elle est en *perte d'autonomie* ou lorsqu'elle est *dépendante*. Nous pointons, ainsi, les particularités que les déficiences entrainent sur le rapport à l'espace. Il y aurait, ici, matière à poursuivre ces observations par une démarche clinique auprès des personnes atteintes d'une

dégénérescence de type maladies d'Alzheimer. C'est, en effet à partir d'une observation clinique des pertes de capacités de la personne vieillissante qu'il serait possible de saisir plus finement les incidences de l'espace sur l'homme, et de vérifier nos premières observations apportées au cours de cette étude.

Selon nous, la *dépendance* est un état dans lequel la personne éprouve des difficultés à s'autoriser à faire quelque chose ou éprouve des angoisses à l'idée d'effectuer quelque chose seule. Par exemple, beaucoup de résidants ne veulent plus sortir en dehors de l'EHPAD parce qu'ils ont peur de se perdre ou de rencontrer un obstacle sur leur chemin. Ils préfèrent donc être accompagnés. Le même constat peut être fait pour certains résidants qui ont peur de prendre seul l'ascenseur parce qu'ils n'arrivent plus à se souvenir du mode d'emploi pour l'utiliser, et ils craignent de rester enfermés dans l'ascenseur. L'espace semble s'apparenter ici à une « boîte » sans issue.

La *perte d'autonomie* correspond à une difficulté de la personne à assumer son existence, à être responsable, à se prendre en charge. La personne éprouve alors des difficultés à prendre des responsabilités si elle n'est pas encouragée par une tierce personne. Ainsi, à défaut de sollicitations, des résidants se laissent aller dans leurs manières d'être, ne prennent plus soin d'eux, ni de leur chambre.

Le *handicap* correspond à une perte de mobilité. C'est en raison d'une perte de capacité technique que le résidant aura recours, pour effectuer certains actes de la vie, à une tierce personne ou à un équipement ad hoc. Par exemple un résidant handicapé a recours à une objet technique pour se déplacer tel qu'un déambulateur ou un fauteuil roulant. S'il n'arrive pas à se lever seul il disposera d'un lève-malade. Cette perte de technicité ne l'empêche pas pour autant d'être autonome et indépendant puisque le handicap, selon la définition que nous lui donnons, concerne seulement les difficultés de manipulation des objets et non les capacités relationnelles de la personne.

Cette déconstruction de la *dépendance*, du *handicap* et de la *perte d'autonomie* nous permet de discerner ce qui est de l'ordre de la capacité à faire, de la capacité à être et de la capacité à vouloir. Nous allons voir que la dissociation de ces capacités va nous permettre de comprendre ce qui constitue des obstacles ou au contraire ce qui favorise l'utilisation de l'espace et l'appropriation des lieux. Nous verrons que l'ouvrage architectural peut constituer un obstacle pour les trois types de déficiences, voire accentuer certaines déficiences.

2) Prise en charge sanitaire, prise en charge des corps

En se transformant en EHPAD, l'établissement se médicalise mettant ainsi l'accent sur la prise en charge sanitaire du résidant, au risque d'atténuer la dimension sociale de l'aide. Les enquêtes conduites à l'intérieur de deux EHPAD nous amènent justement à pointer le déséquilibre qu'entraîne cette survalorisation de la prise en charge sanitaire aux dépens des considérations sociales, malgré les efforts accrus du personnel et de la direction.

> « Le matin nous croisons toujours des membres du personnel dans les couloirs. Chaque jour, les mêmes tâches et les mêmes gestes sont effectués avec plus ou moins de variantes selon les jours. Le petit déjeuner est généralement servi en chambre, et dans l'un des deux EHPAD, si les résidants le souhaitent, il leur est possible de le prendre dans la salle à manger. Que ce soit des aides soignantes, des agents hospitaliers ou autres statuts équivalents,

la mission de ces agents est d'apporter les soins nécessaires aux résidants en ce qui concerne l'alimentation, la toilette et l'habillement. Dans un temps limité, ces agents doivent subvenir aux besoins des résidants tout en veillant à la propreté des locaux. Nous assistons donc à un ballet incessant du personnel : on toque à la porte, on ouvre la porte « bonjour madame M, comment allez-vous/ petit déjeuner, vous prendrez du café ? / Bonjour monsieur Z voilà votre petit déjeuner », la porte se referme, une autre s'ouvre, des odeurs plus ou moins nauséabondes se dégagent de certaines chambres, l'infirmière suit avec son chariot attribuant scrupuleusement dans chaque plateau les médicaments au résidant ou le sirop pour la toux. Un autre chariot suit le mouvement des agents, celui-ci contient les serviettes hygiéniques et les produits de soins. Pendant ce temps, d'autres agents se préparent pour commencer les toilettes des résidants et nettoyer les chambres. De 7h30 à 12h, à chaque étage, dans chaque résidence les mêmes gestes se répètent inlassablement. Les premiers résidants servis ne sont pas obligatoirement les premiers sortis. Certains attendent les soins, d'autres attendent d'être douchés, pendant que d'autres encore ont terminé leur toilette et profitent de la fin de matinée pour aller se promener dans le parc lorsque la résidence en dispose ou, le cas échéant, se rendent dans le hall de la structure *« le temps que les filles aient finies leur travail et le ménage / le matin c'est toujours comme ça ! Elles ont du travail et puis elles sont pressées alors on ne peut pas parler ensemble. Mais elles sont très gentilles vraiment mais elles n'ont pas le temps de bavarder ! C'est un peu dommage !/ Oh, au début j'avais du mal à accepter qu'elles me donnent une douche et puis finalement maintenant cela ne me dérange plus autant parce que je peux parler avec elles ! / Oh ici on s'occupe bien de vous, mais on ne les voit pas ! Elles vous donnent votre petit déjeuner et hop elles repartent ! / Oh, parfois, elles n'arrivent qu'à 11h30 pour vous donner votre douche, alors pendant ce temps il faut attendre en robe de chambre, je n'aime pas ça ! Moi j'aime bien être prête de bonheur !».*

Les agents longent les couloirs accompagnés de leurs chariots. Lorsque le sol est recouvert de carrelage, on entend le matériel vibrer sur les chariots métalliques. Le linoléum, quant à lui, ralentit les roues et nécessite plus d'effort de la part de l'agent pour pousser le chariot (les fauteuils roulants subissent la même contrainte). Tandis que le ménage des chambres se termine, l'heure du déjeuner approche à grand pas. Des agents s'affairent alors à la kitchenette - lorsque la résidence ne comporte pas de cuisinier - pour commencer à réchauffer les plats et mettre la table. Quelques résidants apprécient de pouvoir contribuer à cette tâche ; d'autres, fidèles à certaines émissions télévisées, se rendent volontiers dans le salon. Le passage à la TNT a incité les structures à se doter d'écrans plat tout comme certains résidants. Mais la majeure partie d'entre eux n'envisage pas de changer son téléviseur. La télévision dans le salon est, la plupart du temps, allumée par le personnel. Les résidants utilisent la télécommande pour changer les chaînes. Tandis que les agents finissent dans la hâte le nettoyage des chambres et les toilettes des derniers résidants, quelques uns se rendent dans la salle à manger. Certains d'entre eux préfèrent se rendre dans des endroits passagers tel au bout des couloirs, près des ascenseurs, là où ils peuvent mettre une chaise. Comme elles sont assez lourdes, ils les traînent sur deux pieds ou alors ils s'arrangent pour prendre le fauteuil placé aux endroits stratégiques. Dans ce cas, ils arrivent de bonne heure pour disposer de la place en premier. Et lorsque le fauteuil est déjà pris, ou lorsqu'un besoin naturel oblige le résidant à quitter sa

place aussitôt réutilisée par un autre, celui-ci ne manque pas de montrer son agacement. Ces places sont d'autant plus « chères » que la structure est principalement conçue de manière à ce que les voies passagères soient libres à la circulation pour les agents, excluant par là toute installation. La nouvelle conception architecturale favorise ce mode de circulation qui vise avant tout à faciliter le travail des agents comme en témoigne ceux du Val André : *« ici c'est super pour travailler vraiment parce que vous n'avez plus de problème avec les chariots, c'est pratique ! Bon la direction ne veut pas qu'on laisse le grand chariot du linge dans l'entrée mais là il faut le redescendre et vraiment on n'a pas le temps !* (nous avons toujours vu ces chariots métalliques, prenant un pan de mur entier, « garés » dans le couloir). *« Vous voyez c'est fonctionnel ! Avant on devait amener les résidants dans les douches qui étaient sur le couloir, on devait les lever, les tenir ou les aider pour aller dans la salle d'eau maintenant, avec les toilettes dans la chambre tous se fait sur place, on gagne du temps et puis cela fait du bien à notre dos ! C'est que certains résidants sont lourds et puis on ne fait pas toujours attention, il faut aller vite et souvent on se fait mal ! / Non les résidants ne restent pas dans le couloir, rien n'est fait pour y rester ! C'est une voie de circulation ! » (aide soignante Val André).*

Lorsque la salle à manger est commune, comme c'est le cas à « la maison bourgeoise » (bien qu'elle soit divisée en deux salles), les aides soignantes vont chercher les résidants qui ne peuvent se déplacer seuls. Ils sont généralement en fauteuil roulant. Dans certains cas, ce dernier soutient totalement le corps de la personne, en le maintenant de la tête au pied. Parfois, les aides soignantes stoppent les résidants à la sortie de l'ascenseur. Ces derniers restent alors là quelques minutes. Certains râlent après les aides soignantes, surtout lorsque celles-ci ne préviennent pas le résidant et qu'elles engagent une conversation avec une collègue. D'autres, au contraire, attendent patiemment, ou du moins ne disent mot. Ce sont bien souvent des résidants dits « dépendants » qui ne parlent plus beaucoup, fixant du regard certaines choses tout en donnant l'impression d'être ailleurs. Parmi les résidants atteints d'une dégénérescence de type Alzheimer et manifestant une désorientation, beaucoup arrivent encore à se déplacer même s'ils sont dans un fauteuils ou avec un déambulateur. Parfois les femmes ont même pris, pour l'occasion, leur manteau et leur sac à mains. Les résidants ne pouvant se déplacer sont poussés jusqu'à la table parce que le stade de la maladie ne leur permet plus de marcher ou de conduire leur fauteuil.

Le déjeuner se prolonge jusqu'à 14h environ. Les aides soignantes apportent les plats. Les résidants ont généralement le choix entre deux plats. Les repas se déroulent dans le calme, les résidants ne conversant pas beaucoup ensemble. Quelquefois, les aides soignantes qui sont au service animent les repas en suscitant le dialogue auprès d'une table. Les résidants apprécient cet échange, les visages se détendent et les sourires s'esquissent. Il faut dire que les relations sont souvent tendues entre les résidants au moment du repas : *« Je ne parle pas avec mon voisin de table, je n'ai rien à lui dire ! Alors je regarde par la fenêtre, heureusement je suis bien placé là ! / ah que voulez-vous que l'on se disent…il n'y a rien à dire, et puis elle fait toujours la gueule celle qui est en face de moi ! Oh on se dit bonjour et puis c'est tout ! / En face de moi j'ai quelqu'un qui ne dit rien, elle mange et puis c'est tout ! Oh ce n'est pas marrant mais à force on s'y fait ! ».* Lorsque la cuisine est confectionnée sur place, les résidants expriment des revendications, surtout auprès de la directrice, directement, lorsqu'elle passe le midi ou dans la journée lorsqu'ils la croisent dans les couloirs : *« oh non, hier*

nous avons eu des haricots verts et aujourd'hui des haricots blancs, non ça ne va pas ! / Non la viande est trop cuite et les légumes sont froids ! / Les desserts ne sont pas très variés ! » (résidants maison bourgeoise). Le cuisinier préfère rester derrière ses fourneaux plutôt qu'aller au-devant des revendications. Quant à la directrice, elle n'ose plus demander aux résidants si le repas leur plaît.

Lorsque le repas est uniquement réchauffé dans les locaux, ils n'émettent aucune revendication. Les plats sont vidés de leur plastique et mis dans des plats en verre. Ainsi, de l'entrée jusqu'au dessert, les plats sont conditionnés sous vide et parfois en barquettes individuelles. Les aides soignantes prennent néanmoins le temps de transvaser les ingrédients dans un ramequin. Mais le temps passe vite pour ces agents qui doivent en même temps couper la viande de quelques résidants, donner à manger à d'autres, resservir, distribuer les médicaments tout en pensant à réchauffer le plat suivant… Le dialogue avec les résidants ne se noue pratiquement pas. Les repas semblent dénuer de tout plaisir pour les résidants. Certains quittent la table dès qu'ils ont pris leur café. Seule l'attente du plat suivant les empêche de quitter la table plus tôt : *« Oh les repas vous savez j'y vais parce que l'on ne peut pas faire autrement mais si je pouvais manger dans ma chambre je serais mieux devant ma télé ! On n'a rien à se dire, et puis voir les filles qui n'arrêtent pas ! / Personne n'est bien bavard, disons que je suis placée à côté de quelqu'un qui ne parle pas, elle est un peu dingo alors je ne préfère pas qu'elle parle parce qu'elle répète toujours la même chose ! / Oh ce n'est pas marrant, ma voisine ne tient pas en place, elle ne se souvient jamais si elle a pris son médicament et puis elle s'angoisse comme ça ! oh dès que j'ai fini de manger je file ! »* (résidants Val André)

Après le déjeuner, les résidants retournent dans leur chambre ou restent dans la salle à manger. C'est surtout le cas à la « maison bourgeoise » où cette salle est très lumineuse. Elle donne directement sur le parc de la résidence que les résidants apprécient de regarder de l'intérieur. Au Val André, rares sont les résidants à rester dans la salle à manger ; seuls ceux qui suivent une série télévisée restent dans la salle à manger. Les deux ou trois s'assoient alors dans un coin de la pièce pendant que les agents nettoient la salle.

Vers 14h30, les activités proposées par l'animatrice commencent. Au Val André, l'EHPAD dispose d'une salle spécialement dédiée aux animations. Elle se trouve au niveau de l'entresol. Les résidants se préparent pour s'y rendre. Certains d'entre eux s'attendent avant de partir. Les aides soignantes encouragent les résidants à y participer mais ne les obligent jamais. Quelques résidants refusent catégoriquement alors que d'autres n'osent pas y aller, souvent parce qu'ils n'arrivent pas à bien s'orienter dans l'établissement et craignent de ne pas retrouver le chemin seul, ou encore redoutent de prendre l'ascenseur sans être accompagné. Une angoisse les saisit alors, les tétanisent. Parmi ceux qui n'assistent pas aux animations, il y a ceux qui profitent de leur après-midi pour sortir. Ces résidants sont rares, la plupart d'entre eux restent dans leur chambre jusqu'au goûter, quel que soit l'EHPAD. Les participants à l'animation se rendent dans la salle et attendent le début des festivités tout en échangeant avec les autres résidants. C'est d'ailleurs un des rares moments où ils discutent entre eux. Les animations sont variées : gymnastique douce, tournoi de belote, DVD, thé dansant ou jeu de lettres pour « stimuler la mémoire » soulignent les animatrices. Les résidants s'y rendent pour diverses raisons : *« Oh ça fait du bien de quitter sa chambre, ça passe le temps / J'aime bien l'animatrice, elle est très gentille alors je vais aux animations mais oh… cela passe le*

temps mais je ne ferais pas ça si j'étais chez moi ! / Oui ça fait une coupure de venir à l'animation mais bon c'est parce que j'aime bien l'animatrice sinon je trouve ça un peu drôle c'est pas vraiment notre truc la gym douce mais bon c'est pas mal ! (résidants du Val André)*/ Oh oui les animations… et bien oh ! Elle se donne bien du mal pour nous mais ça ne m'intéresse pas d'être avec tout le monde, on est tout le temps ensemble ! Je préfère faire mon tricot dans ma chambre, je suis tranquille, vous savez je fatigue maintenant et puis tout ce remue ménage je n'aime pas ça ! / Oh j'aime bien danser alors quand il y a de la musique j'y vais, sinon je n'aime pas trop, je trouve ça long ! / Oh de la gym douce c'est quoi ça d'après vous ? (la dame est en train de regarder le tableau d'information sur lequel le menu de la semaine et les activités du jour sont présentés) Oh regardez aujourd'hui c'est sophrologie ! Qu'est-ce que c'est que ça ? Vous croyez que c'est pour nous ! ? Oh on n'a jamais fait ce truc, ce n'est pas de notre âge ! Oh moi je préfère rester dans ma chambre ! / Oh maintenant je ne peux plus sortir ; avant je partais faire un tour en ville parce que je trouvais que c'était pour les femmes tout ça ! Et puis bon maintenant je ne peux plus sortir, je ne marche plus bien, voyez j'ai une canne ! Alors je vais de temps en temps aux animations ça change, ça passe le temps ! Puis après je retourne voir les canards ! (résidants de la « maison bourgeoise ») »*.

Le gouter est servi vers 16h30-17h, dans les chambres, dans la salle à manger ou au cours de l'animation. C'est l'occasion pour les résidants de quitter leur chambre et de se déplacer. Les corps ankylosés freinent les résidants dans leur déplacements, le rythme est plus lent à l'allée qu'au retour du goûter. Généralement, la fin du goûter annonce la fin de l'activité. Les résidants remontent dans leur chambre et n'en ressortent que pour le dîner. Pendant deux heures les couloirs sont désertés. Pendant ce temps, le personnel qui en a profité pour prendre une pause pour déjeuner et qui s'est affairé aux tâches administratives (ce moment de la journée est le moment du changement de personnel) reprend, à quelques détails prêt, le rythme du déjeuner pour préparer les plats, dresser la table, s'occuper des résidants ayant besoin d'une tierce personne pour se rendre au dîner. 19h, les résidants sont tous à table, aucun bruit si ce n'est celui du poste de télévision allumé, ou parfois de la chaine hi-fi qui diffuse une musique de fond. Jamais d'émission de radio, d'histoire à raconter à sa voisine, à peine quelques mots échangés sur le film visionné durant l'animation. Lorsqu'un résidant a prévu une sortie le lendemain avec sa famille, les aides soignantes profitent de cet événement pour leur en parler : *« alors Monsieur M vous allez fêter votre anniversaire ; votre fille est venue pour vous apportez vos affaires, vous devez être prêt à huit heure moins le quart, je viendrai donc plus tôt vous réveiller ! Oui toutes vos affaires sont prêtes ! / Oh, Madame S, vous avez eu de la visite ! Vous avez passé une bonne après-midi ! ». Mais les occasions de ce type là ne sont pas fréquentes, alors les aides soignantes essaient de parler de l'animation : « c'était bien le film ? oui oui ! / Demain c'est gymnastique vous irez ? Je ne sais pas je verrais ! »*. Le dîner se termine vers 20h. Les résidants repartent dans leur chambre, les aides soignantes s'occupent de ceux qui ne peuvent se déplacer seuls et rangent la salle. Lorsqu'il n'y a pas de cuisine, elles se chargent en plus de la vaisselle. La priorité est donnée à la prise en charge sanitaire des résidants et l'hygiène de l'établissement. La qualité de l'établissement en dépend.

En récapitulant le déroulement d'une journée type, nous constatons la manière dont les jours sont rituellement définis. Les semaines se répètent inlassablement avec le

même rythme. Seuls les week-end se voient modifiés en raison d'une augmentation des visites familiales, même si celles-ci restent occasionnelles. S'il est certain que la vieillesse se caractérise par cette recherche de la « routinisation », elle n'en est pas moins marquée par la cadence imposée par les professionnels. Le personnel donne le rythme et les résidants suivent le mouvement. Ils agissent en fonction de la disponibilité des aides soignantes, et d'autant plus lorsqu'ils ne peuvent pas exécuter les gestes seuls pour s'habiller, s'alimenter… voire se changer. Bien que le personnel soit vigilant en la matière, nombreux sont ceux qui restent quelques heures dans leur urine avant d'être changés. Force est de constater qu'à peine une toilette terminée, les aides soignants doivent en exécuter une autre sans pouvoir prendre le temps de revenir auprès de la première personne changée, à moins de retarder les autres toilettes. De plus, les résidants ne manifestent pas toujours explicitement leur besoin d'être changés, soit parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, soit parce qu'ils préfèrent taire cet aspect de leur état, l'incontinence étant une fragilité dont ils ont souvent honte.

Les résidants soulignent ce manque de lien avec le personnel. Pourtant on ne peut manquer d'observer qu'au bout d'un certain temps des relations chargées d'affectivité se nouent entre le personnel et des résidants. Il arrive même que l'intensité de ces relations ne permette plus au membre du personnel de garder la distance nécessaire que lui impose son métier. Il faut dire que l'univers clos de l'EHPAD tend à placer les relations entre le personnel et les résidants sous le sceau de l'ambivalence. D'une part, beaucoup de résidants attendent de l'affection qu'ils ne reçoivent plus guère de la part de leur famille. Quelquefois les familles sont déchirées, décédées ou absentes de l'univers du résidant. Ce dernier cherche alors à compenser cette défaillance ou cette absence auprès du personnel : *« Oh je l'appelle mon petit bouchon ! Elle est toute mignonne et fragile, oui c'est mon petit bouchon ! / Oh j'aime bien M parce qu'on parle de choses et d'autres et puis elle est gaie, sinon je m'ennuierais ! / Oh elle est gentille M, elle pense toujours à moi lorsqu'elle part elle vient me dire au revoir c'est mon rayon de soleil ! Et il y en a bien besoin ici vous savez même si je ne me plains pas, c'est très bien ici !* ». D'autre part, certains résidants recherchent la compagnie du personnel plutôt que celle des autres résidants : *« Et bien j'aime bien parler avec l'animatrice parce que cela me permet de demander des conseils, ou autres. Et puis, je ne sais pas… j'aime bien parce qu'elle me donne des conseils pour un bijou ou une tenue, que voulez-vous que je demande à ma voisine ? Elle s'en fout ! / Ah j'aime bien S parce qu'elle est douce et souriante ! C'est vrai elle a toujours le sourire, et quand ça ne va pas je lui demande ce qu'il y a ! Je le sais tout de suite ! Je suis un peu sa confidente en somme ! Mais elle l'est pour moi aussi parce qu'ici c'est pas toujours drôle ! On est entre vieux ».* Bien que ces liens existent entre les résidants et des membres du personnel, ils restent très limités dans le temps. Nous constatons cependant que des relations plus fusionnelles entre résidants et personnel s'établissent lorsque l'établissement privilégie les petits espaces plus intimes telles les salles à manger à chaque niveau d'étage. Autrement dit, il semblerait que les petits espaces n'encouragent pas les relations entre résidants. Par contre, ils favoriseraient les relations fusionnelles entre les résidants et les membres du personnel.

S'il apparaît souhaitable de développer une sociabilité, le caractère fusionnel des relations peut constituer un frein à l'épanouissement des personnes. Ces relations fusionnelles tendent à réveiller, en effet, un attachement affectif envers autrui, qui peut confiner à un état de *dépendance*. La personne vieillissante aménage alors sa vie uniquement en fonction de l'autre, c'est-à-dire en fonction de la présence de l'autre, de son humeur, de sa disponibilité, de ses attentions, etc. Bien que des relations

fusionnelles puissent naturellement s'établir bien avant l'entrée en EHPAD ou en dehors de l'EHPAD, elles s'avèrent être un élément fragilisant pour le résidant dans la mesure où elles se répercutent directement sur sa manière d'être et sur sa manière d'appréhender l'espace. L'état de *dépendance*, tel que nous le définissons, a dans ce cas des incidences directes sur l'utilisation et sur l'appropriation des lieux. Il semblerait, en effet, que le rapport à l'espace ne soit plus le même lors de l'état de *dépendance*. L'explication serait une modification de « l'échelle » architecturale (P. Boudon, 2002) pour le résidant. Pour le dire autrement, le résidant *dépendant* semble ne pas appréhender l'espace de la même manière que le résidant non dépendant. Il serait à nos yeux important d'approfondir cette hypothèse en interrogeant les incidences de la dépendance sur le niveau de la perception de l'espace (la grandeur de l'espace), mais aussi de la conception de l'espace (l'espace de référence) pour reprendre le concept « d'échelle » proposé par Philippe Boudon.

En outre, on note un décalage dans la conception architecturale entre l'EHPAD confectionnant la cuisine sur place et celui proposant des plats réchauffés. Le premier dispose d'une salle à manger accueillant l'ensemble des résidants (une salle est toutefois aménagée pour les résidants qui n'ont plus les capacités de manger seuls ou qui n'arrivent pas à se tenir à table sans perturber l'entourage en raison de grognements, de comportements agités, de somnolences en cours de repas. Bref des résidants qui à travers leur comportement renvoient une image de la vieillesse perturbante voire dégradante pour les autres résidants). Le deuxième dispose de « petits lieux de vie » qui constituent des petites salles à manger. La conception de ces lieux a été envisagée dans l'esprit de favoriser la proximité entre les chambres et les lieux de vie. On constate alors que cette proximité ne stimule pas les résidants dans leur déplacement. Ce n'est qu'en parcourant plusieurs fois par jour le couloir qu'ils se « dégourdissent les jambes ».

Par ailleurs, si l'on remarque que les repas ne constituent pas un moment de convivialité, la préparation sur place a le mérite de susciter un motif de revendication qui n'est même plus envisageable dans la structure qui propose le réchauffement des plats. Dans ce dernier cas, les résidants paraissent résignés. De fait, ils n'émettent pas d'objection sur le déroulement de la vie qu'on leur propose au sein de la structure, alors que les autres font part de mécontentements et les verbalisent en s'adressant directement au responsable. Ils s'arrogent le droit d'exprimer leur accord ou désaccord y compris sur des sujets qui peuvent paraître futiles ou du moins secondaires au personnel. Ces récriminations quasi rituelles ne sont pas sans entrainer, il faut bien le dire, une certaine aigreur au sein de l'équipe. Pourtant, il convient de reconnaître que cette prise de parole est fondamentale pour la collectivité dans la mesure où elle peut s'avérer structurante. C'est en effet à travers le conflit que les relations sociales entre les résidants et le personnel s'établissent, doivent-elles s'accompagner de tensions au sein du personnel.

La présence du cuisinier est donc un élément structurant des relations sociales au sein de l'établissement dans la mesure où il l'anime - au sens de donner vie - en incitant les résidants à s'engager dans le déroulement de la vie. Les résidants de l'établissement Val André sont totalement pris en charge même en ce qui concerne leur alimentation. Dès lors, ils se voient dépossédés de toute responsabilité. Néanmoins, cette dépossession se voit tempérée par la possibilité qui leur est donnée de s'entraider. Nous avons pu effectivement remarquer lors de nos observations que les résidants s'entraidaient lors des déplacements pour se rendre à la salle d'animation et utiliser l'ascenseur, pour allumer le poste de télévision, pousser une personne en fauteuil

roulant. Par ces menus services, les résidants participent et contribuent à la vie de la structure.

Les activités constituent la plupart du temps davantage un passe temps pour les résidants qu'une animation réelle qui leur permettraient d'oublier leur présence au sein de l'établissement. L'animation ne constitue pas un événement au sens où elle ne participe pas à l'élaboration de leur histoire. Les résidants s'y rendent pour se « changer les idées », « voir autres choses », « ne pas rester dans la chambre », « faire plaisir à l'animatrice » mais rarement parce que l'animation est l'occasion de créer une rupture dans le cours ordinaire de l'existence, sauf lorsque cela rappelle des souvenirs aux résidants telle la danse, les chants… Alors, même les personnes désorientées y prennent du plaisir - sans pour autant constituer un élément de leur histoire puisqu'ils ne se souviennent plus de l'événement - comme nous avons pu le constater lors d'un thé dansant organisé au Val André où une femme atteinte de la maladie d'Alzheimer a dansé avec plaisir sur des musiques diverses mais essentiellement la musique créole qui lui rappelait son enfance et ses années vécues en Guadeloupe aux côtés de son mari gendarme : *« petite j'allais tous les dimanches au bal avec maman ! Oh on dansait avec ma sœur ! Oh puis j'ai rencontré mon mari au bal ! Il aimait danser ! Et puis là-bas on dansait ! »* nous répète t-elle dans une sorte d'écholalie sans se rappeler qu'elle nous l'avait dit la veille, sans même se souvenir nous avoir déjà vue.

Ajoutons que l'aménagement d'une pièce dévolue à l'animation, située au niveau de l'entresol de l'EHPAD Val André, implique un découpage de l'espace en fonction du temps des activités de la journée. Par conséquent, le lieu est rarement réutilisé autrement que dans sa fonction première au Val André contrairement à la Maison Bourgeoise où le salon, après être devenu salle à manger le temps d'un repas, devient salle d'animation l'après-midi. Cette réutilisation du lieu, pour des raisons fonctionnelles, n'aura plus cours puisqu'il est envisagé de concevoir une salle d'animation dans une autre aile du bâtiment : *« Non ici vous comprenez ce n'est pas pratique ! Avec les fauteuils roulants tous ne peuvent pas tenir ! (…) Et puis alors vous avez la cuisine juste à côté, lorsque les membres du personnel passent en blouse et que moi je fais une animation non ça ne va pas ! je n'ai pas ma salle, il faut que je m'accommode avec ce que j'ai mais vraiment ce n'est pas pratique »* (Maison Bourgeoise) / *« ah non ici c'est super, on l'a demandée lorsque l'on a étudié les plans, on a voulu une grande salle d'animation, comme ça on peut vraiment tout faire, tout est adapté : la sono, le grand écran, la place pour les fauteuils, on peut recevoir tous les résidants (…) Oui le problème c'est que cette pièce n'est pas toujours très chaude c'est vrai, il fait un peu frais, beaucoup d'entre eux s'endorment et la température est un peu juste »* (Val André). S'il est certain que la salle d'animation est spacieuse, elle reste cependant une pièce dépourvue de tout décors, de toute forme ou de matériau incitant les résidants à s'y rendre s'il n'y a pas d'activité proposée. D'ailleurs, la salle reste fermée en dehors des heures d'animation. Aucune matière ni même de forme particulière ne sont mobilisées pour animer l'espace. La pièce est droite, à angles droits, les peintures sont blanches, le mobilier est quelconque (sièges empilables pour être poussés dans un coin de la pièce, tables aux pieds pliables pour être stockées dans un autre local, ordinateur portable pour être rangé, enceintes intégrées au plafond). Une fois le matériel ramassé, la pièce est un vaste espace blanc d'allure spartiate. Certes, l'espace est adapté aux déficiences des résidants et plus particulièrement au travail de l'animatrice mais qu'en est-il de l'humanisation du lieu ?

En outre, notons que le découpage de l'espace entraine un fractionnement du temps et du milieu réduisant ainsi les possibilités et les occasions de créer de l'espace commun en dehors de la fonctionnalité des lieux. De fait, les résidants rencontrent les autres résidants des unités ouvertes et fermées principalement au moment des activités. Si les résidants ne prennent pas l'initiative de se rencontrer entre eux en dehors des heures d'animation (c'est le cas généralement pour les joueurs de cartes) ou s'ils ne se rendent pas dans certains espaces tel le hall d'accueil ou encore l'espace public (espaces très rarement occupés par les résidants), ils n'ont pas de raison de se croiser.

Dans le même ordre d'idées, nous voyons que les résidants n'ont quasiment pas l'occasion d'intervenir sur l'espace des lieux sauf lorsqu'ils déplacent quelques chaises, si lourdes qu'ils sont obligés de les traîner jusqu'au nouvel emplacement désiré, tout en sachant qu'ils doivent respecter quelques conditions. Ils doivent en effet veiller à ne pas encombrer les couloirs pour permettre la libre circulation ou à ne pas déranger les autres résidants déjà installés. Même dans les lieux de vie ou les salles à manger, l'espace est utilisé au minimum par le résidant puisqu'il dispose d'une place attitrée qui ne lui permet pas de varier son emplacement. Certes, la personne vieillissante qui est à son domicile modifie rarement son intérieur, surtout celle issue de cette génération où le mobilier restait inchangé pendant pratiquement toute l'existence. Seuls quelques bibelots ou quelques meubles venaient s'ajouter aux anciens. Il reste que le domicile a été un cadre bâti dans lequel la personne a habité, c'est-à-dire a inscrit son histoire, tandis l'EHPAD n'est qu'un cadre bâti dans lequel elle loge, c'est-à-dire trouve refuge, abri et soins, sans pour autant y inscrire son histoire même après plusieurs années d'existence à l'intérieur : *« Et bien voyez-vous je dis de ma chambre que c'est chez moi parce que ce n'est pas la chambre des autres, j'y ai mis des meubles… bon il a fallu mettre un lit médicalisé alors là ça a été dur pour moi j'aimais bien mon lit mais enfin c'est comme ça ! Je suis là il faut faire ce que l'on vous dit ! Mais cette chambre, même si j'y ai entassé des souvenirs ce n'est pas ma maison ! Bon j'ai une adresse, j'ai un numéro de chambre mais ce serait chez moi je ne ferais pas les choses comme ça ! »* (résidante 18 ans à la Maison Bourgeoise).

On observe également que la manipulation des objets devient de plus en plus compliquée lors du vieillissement en raison, notamment, de la transformation des objets technologiques. Il en va ainsi du poste de télévision qui se présente aujourd'hui sous la forme d'un écran plat comportant des boutons de commande qui ne se trouvent plus devant le poste mais sur le côté, souvent à l'arrière de l'appareil. De la même façon, le lecteur DVD a remplacé le magnétoscope avec les cassettes VHS ; la chaine Hi-Fi contient à la fois la radio, le lecteur de disques compact, remplaçant ainsi les disques vinyls ou les cassettes d'autrefois. Bien que nombre de personnes vieillissantes soient informées de ces transformations technologiques, elles n'en sont pas moins bouleversées dans leur manipulation. Beaucoup d'entre elles n'utilisent pas les objets mis à leur disposition parce qu'elles se méfient des changements *« et si cela ne marche pas ! » / « et si je n'appuie pas sur le bon bouton que vais-je faire ? »/ « et si je dérègle tout ? »*. Du coup, beaucoup de résidants ne manipulent plus d'objets en dehors de ceux qu'ils ont dans leur chambre ; et encore, parfois, c'est l'aide soignante arrivée le matin dans la chambre qui a allumé la télévision, ouvert les volets - même lorsqu'il s'agit simplement d'appuyer sur un bouton pour remonter le volet roulant - tiré le rideau, débarrassé la table, levé et savonné la personne… Notons néanmoins que les femmes qui se maquillent conservent une occasion de manipuler des objets et de garder une certaine dextérité dans leurs gestes.

On remarque ici combien la prégnance du soin conduit le personnel à prendre totalement en charge les résidants. Il n'est pas question ici de discuter la pertinence ou non de cette prise en charge mais seulement d'indiquer qu'elle n'autorise pas une exploitation de l'espace par les résidants. Ceux-ci ont peu le loisir de s'installer dans un lieu pour en expérimenter l'utilisation, à travers une exploitation de l'espace, une manipulation d'objets. Ainsi, la chambre reste, dans bien des cas, un espace de repos bien que ce soit leur seul coin d'intimité. Ils réussissent parfois à l'utiliser pour en faire un lieu de convivialité en recevant d'autres résidants, en y accueillant des membres de leur famille, en y tricotant ou brodant mais cette utilisation es espaces reste plus marquée dans la Maison Bourgeoise. Une des raisons majeure de cette difficulté d'utilisation de l'espace tient à la conception même de la fonctionnalité des lieux qui sont avant tout destinés à l'activité professionnelle du personnel, à travers l'importance accordée aux soins, à la prise en charge sanitaire des résidants. Nous constatons que plus l'ouvrage est conçu techniquement pour accompagner le travail du personnel, moins le résidant manipule et utilise l'espace, cela va jusqu'à l'utilisation des ascenseurs. Beaucoup des résidants du Val André éprouvent des difficulté à utiliser seul l'ascenseur alors qu'à la Maison Bourgeoise, même les résidants atteint d'une maladie dégénérative l'emprunte seul sans émettre de réticence devant l'ascenseur contrairement à l'autre EHPAD. La modernité des espaces semble être un facteur déstabilisant dans l'utilisation des lieux. Les résidants ne se demandent pas à quoi l'espace peut servir puisqu'il est défini à l'avance par les concepteurs : salle d'animation, lieu de vie, salon de coiffure, espace public, hall d'accueil, coin kitchenette, chambre… Nous verrons par la suite que les concepteurs pensent que la conception de l'espace prédéfini n'oriente pas « l'usager » dans son exploitation, considérant que la personne peut en faire autre chose. Pourtant, ici nous démontrons que la difficulté des personnes vieillissantes, surtout lorsqu'elles ont des déficiences qui les handicapent, voire les rendent dépendantes elles ne réussissent plus à transformer le cadre bâti pour en faire un cadre de vie. Autrement dit, l'espace garde à sa fonction première, qui a ici la fonction d'accompagner le personnel dans le travail du soin et de la prise en charge sanitaire des sujets.

II. Les personnes vieillissantes en structure d'accueil

3) La mise en retrait de la personne vieillissante

Le XXe siècle hérite des représentations de la vieillesse des siècles précédents pour découper de nouvelles catégorisations sociales de la vieillesse et redéfinir de nouvelles frontières. Apparaît dans les années 70 le terme de « troisième âge » compris entre « 60 et 80 ans » - devenu à la fin du XXème siècle « les séniors ». Cette nouvelle délimitation de la population âgée véhicule alors une autre image de la vieillesse considérée jusqu'à lors comme une période de retrait du monde. Dans les années 80, une autre catégorie de la population âgée apparaît : « les 80 ans et plus ». Elle permet de distinguer les jeunes retraités des plus vieux « le quatrième âge ». Cette sous-catégorie de la population permet alors aux pouvoirs publics d'établir une distinction au sein même d'une catégorie de la population.

Ainsi, la division sociale de la population tend à se confondre avec ce que l'on tient pour la dimension naturelle du vieillissement incarnée par les « différents âges de la vie ». Comment ne pas voir pourtant que ce découpage des différents âges de la vie est

proprement social, même s'il fait fond sur le processus proprement biologique du vieillissement ?

Le corps médical lui-même tient compte de cette dimension sociale pour intervenir sur le corps de l'homme. L'âge n'est, en effet, d'un point de vue médical qu'un repère social des transformations physiologiques et biologiques du corps.

Dans le cas de la politique de la vieillesse, la tendance à faire coïncider l'âge à ce que l'on tient comme les étapes d'un vieillissement naturel, revient à scotomiser la dimension anthropologique de la personne, c'est-à-dire sa capacité à se ressaisir, à médiatiser le monde dans lequel elle se situe, par-delà ses fragilités qui s'accroissent au cours du vieillissement. C'est pourquoi nous parlerons, ici, de *personnes vieillissantes* et non de « personnes âgées ».

Ainsi, la vieillesse, et surtout celle du quatrième âge, finit par être considérée comme une population « dépendante » qui nécessite une prise en charge sanitaire alors que la catégorie du troisième âge nécessiterait davantage une prise en charge médico-sociale. S'il est certain que biologiquement les fragilités corporelles s'accroissent au cours du vieillissement, il convient de reconnaître que ces mêmes fragilités peuvent survenir chez l'homme bien avant le « quatrième âge », ou encore, ne pas apparaître avec les mêmes sévérités.

Néanmoins, il nous semble important d'insister sur la relation entre les facultés biologiques et les capacités anthropologiques de l'homme. En effet, nous avons pu démontrer l'importance de prendre en compte les facteurs endogènes et exogènes au cours du processus de vieillissement pour comprendre la spécificité de la personne vieillissante, essentiellement dans son mode d'habiter. Autrement dit, le vieillissement provoque des fragilités corporelles, physiologiques et la vieillesse - qui est une construction sociale au même titre que « la jeunesse n'est qu'un mot » comme le soulignait très justement Bourdieu puisqu'elle se délimite à partir de critères biologiques socialement admis - entraine des fragilités anthropologiques. Ainsi, la retraite par exemple, bien qu'elle soit généralement attendue par bon nombre de personnes dans la mesure où elle leur donne les moyens de se ménager, perturbe anthropologiquement la personne.

Présentons le cas de Monsieur et Madame G, rentrés depuis quelques mois dans l'EHPAD :

> *« Alors nous sommes ici depuis quelques mois maintenant. En fait nous n'avions pas du tout prévus de venir ici. Nous vivions dans le sud de la France, nous avions une grande maison, des amis. Nous n'avons pas d'enfants mais j'ai un neveu qui habite ici. Ma femme ne travaillait pas mais j'avais, quant à moi, un travail qui me prenait beaucoup de mon temps. Je n'avais pas beaucoup de temps libre. Donc, lorsque j'ai été à la retraite, nous nous sommes rattrapés ! Nous avons fait plein de voyages ! Nous deux mais aussi avec des amis… Regardez (le monsieur se lève et va prendre un album de photographies rangé dans son armoire. Il nous montre les photographies de ses voyages, les repas avec ses amis et, pendant un moment nous commente les photographies jusqu'au moment où dans un sursaut il nous dit « oui enfin vous n'êtes pas venues pour ça, excusez moi reprenons »). Oui, la retraite je l'ai appréciée parce que nous avons voyagé mais un jour, ma femme a eu des problèmes de santé et elle a commencé à ne plus bien voir, et à ne plus bien entendre, elle ne*

s'intéressait plus autant aux voyages. Là j'ai commencé à me rendre compte que j'étais à la retraite ! Je n'avais plus de collègues, il n'y avait plus d'action dans ma vie mais j'ai gardé mes reflexes professionnels ! Alors c'est pour ça je comprends que vous ayez besoin d'observer et de nous interroger si vous voulez comprendre comment ça se passe dans les maisons de retraite ! Et la vie que l'on donne aux vieux là-dedans ! Oui je faisais partie des renseignements généraux ! » (…) Nous avons donc pensé qu'il était mieux de partir, de vendre notre maison pour nous installer dans un appartement en ville avec des services de proximité. Mon neveu habite ici et nous y venions parfois. Nous aimions bien cet endroit, donc nous sommes venus nous installer. Nous nous faisions à notre nouvelle vie. Puis nous avons eu un accident, ma femme a du se faire opérer de la hanche et moi du genou, ce qui explique le déambulateur pour ma femme puisqu'elle a une prothèse et moi une canne parce que cela ne s'est jamais bien remis ! Après plusieurs mois, ma femme a dû se faire de nouveau hospitaliser et là j'ai bien vu que le retour à la maison ne pouvait plus être possible. Elle ne pouvait plus rester à la maison ! Elle est venue d'abord ici, puis j'ai décidé de venir vivre avec elle parce que je ne voyais pas la vie autrement ! Bon après vous savez il faut savoir rester discret, s'accommoder avec la vie et le rythme de la maison de retraite. Je fais attention, je fais avec les habitudes des uns et des autres. Bon maintenant, ici il n'y a rien de très intéressant, on n'a plus l'impression de servir à grand chose ! Et puis c'est très impersonnel, maintenant on sait que notre vie est derrière nous ! C'est comme ça ! On essaie de trouver des distractions avec l'animation, les émissions de télévision, les parties de cartes ! Bon on prend soin de nous, c'est vrai, ma femme est entre de bonnes mains ! Le médecin passe régulièrement, c'est finalement un hôpital pour des vieux comme nous ! ».

Cet exemple nous montre combien la retraite nécessite une période d'aménagement de la vie sociale. Lorsque le retraité réussit à substituer son activité professionnelle à des activités de loisirs ou à des activités culturelles, la retraite apparaît comme une période de repos. Par contre, si le retraité ne parvient pas ou plus à aménager sa vie, il appréhende alors la retraite comme une mise en retrait. Il reste que la retraite définit la période de la vieillesse même si celle-ci a connu dans le cours de l'histoire récente des infléchissements. Il en a été ainsi à l'occasion de la mise en place des pré-retraites dans les années 70 jusque dans les années 90, ou plus récemment, mais dans un sens inverse, lors du report de l'âge de départ à la retraite. Ces changements, comme le soulignait déjà Anne-Marie Guillemard, participent à une « décomposition de l'organisation ternaire du cycle de la vie, en raison d'une déchronologisation et d'une destandardisation du parcours de vie, ainsi qu'à une détemporalisation de l'existence » (Guillemard, 1986).

Cette mise en retrait se renforce lors de l'entrée en institution. En entrant dans l'EHPAD, le couple de résidants n'envisage plus de réaménager sa vie en trouvant des compromis entre ce qu'ils étaient, ce qu'ils sont et ce qu'ils seront. Autrement dit, le devenir de la personne vieillissante semble s'arrêter au passé dans un présent nébuleux qui se construit au jour le jour. Le futur, quant à lui, n'apparaît plus constitutif du devenir de l'être. De fait, il est difficile pour l'être de prolonger son devenir si la seule préoccupation future se focalise sur les soins médicaux, fussent-ils encore une fois nécessaires. L'insistance sur la médicalisation des lieux participe donc à la mise en retrait de la personne vieillissante puisqu'elle tend à clore le sujet sur ses seules

fragilités physiques - dans le cas présent le handicap – de sorte que la personne n'entrevoit plus les moyens d'exercer ses capacités sociologiques lui permettant de participer au monde qui l'entoure.

Nous pouvons noter, par ailleurs, que l'entrée en EHPAD s'effectue essentiellement après 80 ans, ce qui correspond pour la politique de la vieillesse au groupe du quatrième âge, la catégorie des « personnes âgées dépendantes ». On peut s'interroger ici sur l'impact de la conception architecturale de l'EHPAD sur la mise en retrait de la personne vieillissante. Cette conception architecturale favorise-t-elle, chez les résidants, l'utilisation et l'appropriation de l'espace dans lequel ils vivent ou au contraire constitue-t-elle un obstacle aux modalités spécifiques de l'habiter chez la personne vieillissante ? C'est ce qu'il convient à présent d'examiner.

4) L'entrée dans une structure d'accueil

Nous envisageons l'entrée dans une structure d'accueil, non pas seulement comme une rupture avec un environnement précédent (celui du domicile), mais comme la découverte d'un nouvel univers architectural, que nous nommons ici *ouvrage*, avec lequel la personne vieillissante doit composer. Aussi notre manière d'aborder ici l'entrée dans une structure d'accueil vient-elle en complément de la façon dont elle est appréhendée dans les travaux de la DREES-INSEE sur le handicap et la perte d'autonomie (Résidents, 2007) relatifs aux conditions d'accueil des résidants.

Pour mettre en relief les difficultés de négociation de la personne vieillissante avec les contraintes de l'ouvrage architectural, nous nous proposons de partir de notre propre expérience de l'approche de l'EHPAD pour établir un parallèle avec les obstacles que rencontrent les résidants au regard de leurs déficiences et des bouleversements qu'entraîne l'immersion soudaine dans un nouvel environnement, celui de l'institution. Comme précédemment, nous appuyons notre analyse sur la présentation de deux scènes qui restituent notre arrivée dans les deux EHPAD.

> Nous avons rendez-vous ce lundi matin au Val André à 10h. Nous sommes en pleine période hivernale et la neige rend les rues glissantes. Cet EHPAD jouxte un centre de rééducation pour adultes et une unité de long séjour. Pour pénétrer dans l'enceinte des bâtiments, il existe deux entrées. La première est symbolisée par un portail restant continuellement ouvert. La seconde entrée se trouve quelques mètres plus loin. On y accède après avoir emprunté une petite ruelle. Cette entrée ressemble, à première vue, à un parking. D'ailleurs une barrière électrique établit la frontière entre l'extérieur et l'intérieur de l'enceinte. Ne sachant pas trop où se situait l'EHPAD parmi cet ensemble de bâtiments, nous entrons par la première entrée. Nous apercevons des panneaux près d'un bâtiment mais nous n'arrivons pas à lire ce qui est écrit, les lettres sont trop petites pour être visibles à plus de trois mètres. Des flèches nous indiquent l'EHPAD que nous cherchons, mais nous ne saisissons pas pour autant le chemin que nous devons emprunter. Nous entrons donc dans le premier bâtiment afin de demander notre chemin. A l'accueil, une personne nous explique que nous sommes au centre de rééducation, l'EHPAD se trouvant dans l'autre bâtiment. Pour s'y rendre il faut traverser la cour et descendre l'escalier. Nous poursuivons notre chemin et parvenons enfin à la porte d'entrée de l'EHPAD. Des portes coulissantes en verre s'ouvrent dès qu'une personne s'approche. Manque de chance, les portes ne s'ouvrent pas !

Nous regardons désespérément autour de la porte et voyons un interrupteur. Nous supposons qu'il faut l'actionner pour ouvrir la porte. Nous découvrirons plus tard que c'est une sonnette. La directrice de l'EHPAD vient nous accueillir. Nous avons mis plus de dix minutes à trouver l'entrée du bâtiment. A la sortie de l'EHPAD, les portes coulissantes se sont ouvertes à notre passage et nous avons pu repartir sans difficulté.

Nous sommes au début du mois d'avril. En ce premier vendredi du mois, nous avons rendez-vous avec la directrice de l'EHPAD « la maison bourgeoise ». Le bâtiment se trouve au bout d'une rue pavillonnaire. La façade du bâtiment, imposante, se distingue très facilement parmi les pavillons environnants. Une enseigne indique au-dessus d'un portail le nom de l'EHPAD. Nous nous dirigeons très vite vers ce portail en supposant que l'entrée se situe à cet emplacement. Nous constatons qu'aucun cartel n'indique l'entrée. Nous allons vers le portillon mais rien de plus n'est indiqué. Un digicode est placé à côté du portail sans aucune indication. Nous décidons d'appuyer sur le bouton portant le symbole d'appel sans vraiment savoir ce que nous allions déclencher. Quelques secondes après, un bruit d'ouverture se fait entendre. Nous tournons de nouveau la poignée du portail. Celle-ci s'ouvre enfin. Nous entrons et empruntons l'escalier en fer à cheval qui donne accès à une porte vitrée sur laquelle est indiqué sur un morceau de papier « ACCUEIL ». Nous tournons la poignée, sans succès ! Nous regardons de nouveau autour de nous. Nous repérons alors un bouton et une résidante qui, de l'intérieur, nous fait des signes nous indiquant qu'il faut appuyer sur ce bouton. Nous entrons dans cet espace où se trouvent trois résidants. Un couple et une femme sont assis dans cette pièce. Des fauteuils et deux petites banquettes avec des petites tables de salon occupent l'espace. Nous attendons quelques minutes sans vraiment comprendre où nous nous situons dans l'EHPAD. Cette pièce débouche sur un long couloir que nous n'osons emprunter craignant de troubler le personnel qui s'y affaire. Ce dernier pousse des chariots remplis de piles de couches, de sacs poubelles et de produits de soins. Une résidante, celle-là même qui nous a fait des gestes afin de nous indiquer l'interrupteur pour entrer, nous demande, un peu nerveusement, comme si elle surmontait une appréhension pour nous adresser la parole, si nous cherchions quelque chose. Elle nous apprend alors que le secrétariat se trouve au bout du couloir. Enfin, nous nous présentons à l'accueil annonçant notre rendez-vous avec la directrice de l'établissement.

Au cours de nos observations dans les deux structures, ces deux scènes se répèteront auprès des familles venant visiter, pour la première fois, un résidant. Nous n'avons pas eu l'occasion d'assister à l'arrivée d'un nouveau résidant dans aucune des deux structures. Nous avons néanmoins suffisamment de matériau et de connaissances sur la personne vieillissante pour prétendre dégager quelques enseignements à partir de ces deux scènes. Comme nous avons pu le voir, l'entrée dans un EHPAD s'effectue après un certain seuil de l'existence, lorsque la personne vieillissante n'est plus en mesure de rester à son domicile. Bien que l'on affirme ici ou là que beaucoup de résidants rentrent en institution par choix, il faut bien convenir que cette liberté de choix est pour le moins limitée. En effet, la décision d'y entrer s'effectue le plus souvent lorsque la personne constate qu'il lui est difficile d'assumer son existence en raison de la survenue de plusieurs déficiences qui la fragilisent. Aussi, elle se convainc, ou son

entourage la persuade, qu'un encadrement quotidien dans une institution sera plus adapté à sa situation qu'un maintien à domicile. S'il est certain que des situations nécessitent une prise en charge sanitaire, le départ du domicile reste un élément perturbateur, surtout lorsque ce départ s'effectue pour une entrée en institution.

A partir des deux scènes, nous voyons qu'une frontière s'apparentant à une clôture est instaurée physiquement entre le dehors et le dedans de l'EHPAD. A chaque fois, il nous a fallu franchir certains obstacles avant de pénétrer dans le bâtiment : peu de lisibilité de la signalétique quand elle existe, difficultés à décrypter le parcours à suivre et les procédures techniques (bouton d'appel, interrupteur d'ouverture des portes) pour accéder à l'entrée, déficit de personnel à l'accueil pour nous indiquer le chemin à suivre (en raison de notre rendez-vous, la responsable de la première structure nous a accueilli mais il n'existe pas de réceptionniste, ni de secrétariat, dévolus à cette fonction d'accueil). L'EHPAD apparaît alors comme un espace clos, un univers quelque peu opaque, qui ne peut être franchi à moins d'en avoir l'obligation. Ce premier contact avec l'espace de l'institution n'encourage pas le nouvel arrivant à y rester. Il manque à cet espace la dimension de l'hospitalité qui invite, précisément, à résider.

Pour le dire autrement, avant même le franchissement de la porte, le nouvel arrivant comprend que l'EHPAD ne constitue pas un *lieu d'hospitalité* mais un *espace hospitalier*, même si nous savons par ailleurs que le personnel et la direction peuvent, quant à eux, être des professionnels attentionnés à l'égard des résidants comme il nous a été donné de le voir au cours de nos enquêtes. Il n'empêche que le futur résidant saisit immédiatement que l'espace dans lequel il va se retrouver n'est pas conçu pour lui, *pour ce qu'il est,* mais en raison de ces déficiences.

De fait, l'EHPAD est conçu avant tout dans l'optique de servir d'outil à la prise en charge sanitaire des résidants. En effet, toute la conception de l'ouvrage est programmée en fonction des déficiences des résidants. Ainsi en va-t-il de la disposition des locaux et de leur emplacement, de la répartition et de la spécialisation des zones spatiales (soins, animation, alimentation, administration, unités fermées au sein de l'établissement), de la conception des couloirs qui doivent laisser transiter les flux, de la généralisation de la planéité au sein des locaux abolissant toute aspérité, de la non signalétique - à des fins de sécurisation - de certains éléments tel que l'escalier, du « mobilier adapté » rappelant celui de l'univers hospitalier, etc.

Dans les nouvelles conceptions architecturales des EHPAD, des cuisines thérapeutiques sont souvent intégrées dans le projet. Ces dernières sont conçues de telles manières qu'elles doivent s'adapter à tous les résidants quel que soit leurs déficiences, qu'ils soient atteints d'une désorientation, d'un handicap, d'une perte d'autonomie ou d'une dépendance. Aussi, toutes les parois de l'électroménager intégré dans le mobilier de cuisine restent froides pour éviter qu'un résidant ne se brûle. C'est le cas de la plaque vitrocéramique et du four.

> Cet après-midi, l'animation proposée aux résidants du Val André est « l'activité cuisine ». Les résidants qui participent à cet atelier confectionnent des pâtisseries qui viennent compléter le goûter de 16h30. Généralement, trois gâteaux sont confectionnés pour être distribués aux trois étages.
> Les résidants de toutes les unités, ouvertes et fermées, peuvent participer à l'atelier. Peu d'entre eux sont intéressés pour y participer et l'animatrice ne les sollicite guère, car elle ne peut accueillir beaucoup de personnes en même

temps. En effet, elle doit, la plupart du temps, les aider à manipuler les ustensiles et les aliments, voire lire avec eux les recettes quand il ne faut pas leur rappeler, les résidants les oubliant au fur et à mesure de la confection des gâteaux.
L'atelier cuisine se déroule au niveau de l'entresol. La cuisine, contigüe à la salle d'animation est une cuisine thérapeutique, c'est-à-dire que les éléments de cuisine (plan de travail, placards, électroménagers…) sont installés à une certaine hauteur définie par les normes handicapées afin que les personnes en fauteuil roulant puissent l'utiliser. Autrement dit, cette cuisine thérapeutique est conçue pour être accessible à tous.
Les éléments de la cuisine sont regroupés sur un côté de la pièce sur le modèle du plan en U. Une table se prolonge le long des éléments de cuisine constituant une frontière délimitant ainsi la partie cuisine du reste de la pièce qui mesure près de 50m2. Cette seconde partie de la pièce est utilisée par le personnel pour y stocker le mobilier de jardin regroupé dans le fond de la pièce, de tables et de chaises « pour pouvoir y faire l'atelier floral ». Quelques tables sont accolées les unes aux autres de façon à en former une grande.
A leur arrivée, les résidants s'installent autour de cette table. L'animatrice y dépose les récipients, les ustensiles tels cuillers, couteaux et les ingrédients nécessaires à la fabrication des plats. Les résidants désorientés sont accompagnés dans la manipulation des ingrédients et des ustensiles par l'animatrice pendant que les plus « autonomes » réalisent leur gâteau. Aucun résidant n'ira s'installer sur le plan de travail pourtant conçu spécialement pour eux. D'ailleurs, peu pénétreront dans cette partie de la cuisine. Dès qu'il faut se procurer une éponge ou un autre ustensile, c'est l'animatrice qui se déplace. Il en va également ainsi lorsqu'il s'agit d'allumer le four pour la pré-cuisson.
Durant plus d'une heure farine, chocolat, beurre, pruneaux, lait, yaourt, sucre vont être malaxés, fouettés pour constituer des pâtes onctueuses prêtes à cuire. Durant la fabrication de ces dernières, les résidantes (aucun homme ne participe à l'atelier depuis la défection d'un résidant qui était un ancien boulanger) parlent avec l'animatrice mais rarement entre elles. Un résidant est descendu « pour voir ces dames » car il n'a plus guère l'occasion de « sentir ces bonnes odeurs de cuisine depuis que nous sommes ici » (rappelons que la cuisine n'est pas effectuée sur place) : « ma femme était un vrai cordon bleu, une très bonne cuisinière ! ».
Les résidants étalent les pâtes dans un plat, aidés dans cette tâche, pour certains d'entre eux, par l'animatrice.
Après que les résidantes aient étalé les pâtes dans le plat - avec l'aide de l'animatrice pour certaines d'entre elles - cette dernière va les déposer sur le plan de travail dans la partie cuisine, pour ensuite les enfourner dans le four. Pendant ce temps, les résidantes, les mains un peu collantes, se rendent à deux ou chacune leur tour dans les toilettes pour se laver les mains. Nous remarquons qu'aucune ne se dirige vers l'évier de la cuisine sur lequel se trouvent pourtant savon et serviettes en papier. Précisons que ces produits sont identiques à ceux qui se trouvent dans les toilettes. Là encore, nous constatons qu'une frontière semble établie entre la partie cuisine et le reste de la pièce. Au cours d'un entretien avec l'animatrice, nous lui demanderons la raison pour laquelle les résidants n'utilisent pas la cuisine, même lorsqu'il s'agit de se laver les mains : « la cuisine thérapeutique n'est pas bien pour eux

parce que le plan de travail est haut, lorsqu'ils sont assis sur des chaises, les résidants sont trop bas et ne sont pas à l'aise ! C'est pour ça c'est mieux d'être sur des tables ! ». Nous lui faisons remarquer qu'ils sont essentiellement debout pour fabriquer les gâteaux : « Oui mais vous avez vu ils sont toujours un peu courbés donc, non, ce n'est pas pratique pour eux ! C'est fait pour les personnes en fauteuil roulant le plan de travail ! ». Nous lui précisons, par la suite, que les résidants se rendent rarement dans la cuisine, pas même pour se laver les mains : « Oh ça c'est parce que je leur dis d'aller se laver les mains dans les toilettes et non pas dans la cuisine. C'est vrai, se laver les mains dans la cuisine c'est pas très… On se lave les mains dans un lavabo, pas dans un évier ! Donc je leur ai dit dès le début de se laver les mains dans les toilettes ! ».

Lors de l'atelier cuisine, aucun résidant n'était en fauteuil roulant. Par la suite, nous nous sommes demandée si le résidant en fauteuil roulant se retrouvait seul sur le plan de travail, ou si l'on s'arrangeait pour qu'il y ait plusieurs participants en fauteuil, ou encore si l'on évitait de prendre des personnes en fauteuil. Nous n'aurons pas de réponse à nos interrogations au cours de nos observations, mais nous pouvons affirmer, cependant, que la volonté du personnel est de faire participer tous les résidants qui le souhaitent, sans pour autant les contraindre ou les obliger. Nous pouvons néanmoins nous demander si les personnes en fauteuil roulant émettent le désir de participer à ce type d'atelier qui nécessite manipulation et agilité. La cuisine n'est-elle pas une pratique que les résidants en fauteuil considèrent inappropriée depuis leur handicap, bien qu'ils soient tout à fait capables de fabriquer des gâteaux ?

A partir de cette scène, nous relevons différents points concernant, d'une part, la conception de l'ouvrage et, d'autre part, la prise en charge des résidants par le personnel, plus précisément ici, par l'animatrice.

Tout d'abord, nous constatons que la cuisine thérapeutique se distingue des kitchenettes intégrées dans les lieux de vie. On pourrait se demander la raison pour laquelle ces kitchenettes ne sont pas équipées de mobilier équivalent à la cuisine thérapeutique. Cet agencement dans les lieux de vie permettrait en effet - du moins est-on en droit de le penser - aux résidants d'utiliser la cuisine de leur étage. Après tout, l'idée première dans la conception de l'ouvrage était de réaliser des petites unités afin de créer des lieux plus familiers.

Nous l'avons vu, la fabrication de gâteaux se présente comme un moment de convivialité entre les résidants et le personnel, si limité soit-il. La cuisine peut même devenir un spectacle pour ceux qui ne souhaitent ou ne peuvent y participer et qui adoptent la position d'observateurs. Nous en avons une illustration avec ce résidant qui, spectateur de l'activité, mentionne les « bonnes odeurs de cuisine ». Le plus surprenant est que la formule de la cuisine thérapeutique a été adoptée dans les unités fermées. Alors pourquoi ne pas la reproduire dans les unités ouvertes ? Tout simplement parce que les unités fermées sont conçues de manière à ce que les résidants désorientés n'aient pas à quitter cet espace.

Les kitchenettes ont été pensées en fonction de l'activité du personnel qui doit disposer d'un endroit pour confectionner les petits déjeuners et les goûters. Ainsi, les kitchenettes des unités disposent d'un four micro onde, de cafetières, d'un évier, d'un réfrigérateur et de placards permettant de ranger le lait, les jus de fruits, le thé, les

confitures et autres produits nécessaires à la confection des petits déjeuners. Les kitchenettes sont des espaces rarement empruntés par les résidants. Non qu'il y ait quelque interdiction de s'y rendre. Mais, il n'y a pas non plus d'incitation en direction des résidants pour les inviter à utiliser et à s'approprier les lieux : *« La kitchenette je ne m'y rends pas, c'est un lieu réservé au personnel, c'est un endroit de travail en somme ! Non je ne franchis pas la limite entre le salon et la cuisine sauf lorsque j'ai besoin de quelque chose comme me laver les mains par exemple, au lieu de retourner dans ma chambre je les lave là ! On ne me dit rien et je sais bien que c'est toléré ! / La cuisine je n'y vais pas, c'est à elles ! Non moi lorsque je prends quelque chose pour mettre sur la table j'attends que cela soit posé sur les chariots / Ah non non ! je reste à ma place ! Là c'est pour elles / Que voulez-vous que j'y fasse ? Non je ne vais jamais dans la cuisine !* » (résidants des unités ouvertes). Ainsi, le coin cuisine apparaît aux yeux des résidants comme un espace réservé au personnel. Aucun d'entre eux n'imagine cet espace comme étant à leur disposition. Au bout du compte, la cuisine se présente comme un espace conçu, avant tout, pour le personnel. Cet espace vise en effet à améliorer les conditions de travail du personnel au sein de l'établissement, ce qui du reste n'est pas sans favoriser une réelle sociabilité au plan des relations professionnelles.

L'espace réservé aux résidants pour confectionner les gâteaux se trouve donc à l'entresol près de la salle d'animation. Cet endroit est mis à leur disposition uniquement lorsque le personnel l'a décidé, c'est-à-dire dans le cas présent tous les quinze jours, à chaque séance d'atelier cuisine. En dehors de ces périodes d'ouverture, les résidants ne peuvent se rendre dans cet espace, tout comme la salle d'animation. Pour des raisons de sécurité, le personnel ferme ces espaces. Si nous étions auprès d'un public de jeunes, il est probable que les revendications surgiraient, mais auprès de ce public, aucune opposition à ces règles de vie n'est émise. Pourtant, beaucoup de résidants sont encore autonomes dans la mesure où ils sont responsables et assument leur existence sans qu'une tierce personne leur indique la voie à suivre. Ils seraient tout à fait capables d'utiliser seuls la cuisine sans la présence de l'animatrice. Pour des raisons de sécurité les résidants ne peuvent pas rester sans surveillance. Or, l'emplacement de la salle ne permet pas aux membres du personnel de surveiller les résidants tout en poursuivant leurs tâches. Aussi, la salle n'est elle ouverte qu'à l'occasion du déroulement des activités que l'animatrice propose aux résidants.

De fait, les résidants ne peuvent non seulement pas utiliser cette salle en dehors de la présence de l'animatrice, mais de surcroît ils ne peuvent l'investir qu'au moment où celle-ci anime l'atelier ou du moins lorsqu'il y a une surveillance. Aussi, les résidants n'ont pas la possibilité de s'approprier les lieux puisque l'espace est mis à leur disposition uniquement pour faire ce que le personnel autorise, et dans le cas présent, des activités culinaires (ou des activités florales). Par conséquent, les résidants ne peuvent prendre aucune initiative dans cette salle. Pourtant, c'est par ce biais qu'il leur serait possible de s'approprier les lieux ; l'appropriation étant, rappelons-le, la capacité de la personne à inscrire son existence en fonction de ses manières d'être. Or, ces dernières sont toujours régies par le personnel, même lorsqu'il s'agit de se laver les mains puisqu'ils se rendent dans les toilettes et non dans la cuisine. Par ailleurs, on note que cette pièce n'a aucune autre utilité pour les résidants, comme pour le personnel, que la fonction première qui lui a été attribuée, à savoir une cuisine juxtaposée à la salle d'animation. Pour les architectes, pointer ces éléments ne relève pas d'une réflexion sur la conception architecturale de l'ouvrage mais plutôt des conditions d'existence offertes par la direction : *« non mais ça ce n'est pas notre problème, ce que vous pointez c'est lié à*

la manière dont le personnel met les locaux à la disposition des personnes âgées, mais nous on ne peut pas intervenir là-dessus ! Bon oui après quelle idée d'avoir fait une salle d'animation en bas ! Il y avait peut-être moyen de faire autrement ! (…) Bon maintenant s'il y avait plus de personnel le problème ne se poserait pas ! » (séminaire-atelier archi'socio). Pourtant, nous soulevons bien ici - par-delà la désappropriation des lieux occasionnée par l'activité du personnel - une interrogation sur la conception même de l'ouvrage et les conséquences qu'elle entraîne dans le déroulement de l'existence des résidants. Ces derniers se voient tributaires des activités proposées par l'animatrice pour investir l'espace. Aussi, encore une fois, on peut se demander pour qui l'ouvrage est conçu ?

Par ailleurs, nous constatons que l'activité proposée durant les heures d'animation ne constitue pas une animation - au sens étymologique de donner vie - pour l'ensemble du bâtiment mais uniquement pour les résidants qui y participent ou du moins pour ceux qui se rendent dans cet espace mis en retrait du reste de la structure. Cela signifie, par conséquent, que l'établissement n'est à aucun moment en animation (si ce n'est au moment des fêtes annuelles tels que Noël ou Pâques qui obligent l'EHPAD à mobiliser quasiment l'ensemble de son personnel pour les préparatifs). L'animation est donc une activité pour les résidants qui y participent mais n'est en rien une distraction pour l'ensemble de résidants. La répartition spatiale des pièces au sein et la conception même de l'espace ne permet pas aux résidants de profiter de l'animation pour se distraire, comme on regarde par la fenêtre les mouvements de la rue parce qu'il y a justement de l'animation à l'extérieur. Autrement dit, l'animation est réduite à une activité spécialisée, et plus spécifiquement à une activité à visée thérapeutique. L'activité est donc toujours réalisée avec un objectif. Dans le cas que nous citons, l'objectif est de manipuler les ustensiles, de mémoriser une recette. Paradoxalement, ils n'ont guère l'occasion de mobiliser leur mémoire olfactive - pourtant recherchée par les résidants car certains d'entre eux se rendent sur les lieux uniquement pour cela - puisqu'ils ne peuvent réellement profiter des « bonnes odeurs de cuisine ». La plupart du temps, ils doivent remonter au moment de la cuisson des gâteaux qui correspond à l'heure du goûter. Si ce travail d'animateur socio culturel s'avère primordial à mener auprès des résidants, il n'en demeure pas moins qu'il nous parait devoir être étendu à l'ensemble de la structure afin de ne pas se réduire à une occupation du temps pour les résidants comme nous avons pu le constater au travers de nos investigations. En effet, les résidants qui ne participent pas aux activités voient le temps de la journée s'écouler sans qu'il y ait socialement de rupture avec cet écoulement du temps. Bref, parmi l'ensemble des résidants, beaucoup d'entre eux s'accommodent avec le temps qui passe sans que rien ne se passe vraiment dans le temps. Aussi, cet écoulement du temps naturel accentue cette *prise* au monde. Pour le dire autrement, la rupture avec l'écoulement du temps naturel par l'animation des lieux, et non pas seulement l'activité dans un lieu, est un moyen de stimuler les personnes vieillissantes - surtout celles qui éprouvent des difficultés à se déprendre de leur environnement, c'est-à-dire les personnes en perte d'autonomie ou les dépendants - et de leur permettre d'utiliser l'espace sans même qu'il y ait nécessairement manipulation. Nous insistons sur le fait que l'utilisation de l'espace ne se matérialise pas *ipso facto* par l'intervention de la main. La personne peut très bien ne rien faire manuellement et être en pleine activité ! En fait, son activité se résume à être seulement spectatrice. C'est dire que la personne, en tant que spectatrice, participe tout autant à la conception de l'ouvrage - ici la confection du gâteau - que celle qui le fabrique. La différence entre l'une et l'autre tient, ici, au fait que le concepteur est l'exécutant et le spectateur l'exploitant.

Par analogie, nous retrouvons le même processus à travers la question de l'ouvrage architectural. Le concepteur est ici le maître d'œuvre et les résidants sont les exploitants. Or, nous constatons que les résidants n'arrivent pas à utiliser l'espace sans l'intervention du personnel alors même que l'ouvrage est normalement destiné aux résidants. Du moins est-ce la volonté politique émise à travers l'objectif de « l'adaptation du logement ». Par conséquent, l'adaptation du logement n'apparaît pas comme une condition suffisante pour faire de l'ouvrage architectural un lieu de vie, c'est-à-dire un lieu dans lequel s'animent les personnes vieillissantes, par-delà l'action de l'animatrice. Nous constatons que sans l'intervention de cette dernière, au sein des deux structures, les lieux ne s'animeraient pratiquement jamais parce que la majorité des résidants ne disposent plus des moyens pour le faire, soit parce que leur état physique et/ou psychique se dégrade, soit parce que leur handicap ne leur permet pas ou plus de s'impliquer dans les activités, soit tout simplement parce que cela ne correspond pas à leurs manières de vivre ni même à un plaisir pour eux. La condition pour rendre des lieux animés passe aussi par la conception de l'ouvrage architectural en offrant les moyens aux résidants de transformer le cadre bâti qui leur est donné en cadre de vie.

Aussi l'ouvrage est-il moins conçu comme un lieu d'habitation que comme un espace sécurisé d'hébergement pour personnes atteintes de déficiences, que celles-ci soient d'ordre physique ou psychique. Sans doute les espaces d'hébergement sont-ils, par définition, des espaces transitoires destinés à loger provisoirement des hommes. Ainsi, l'entrée dans un EHPAD annonce-t-elle au résidant qu'il pénètre, non pas dans une « maison », dans une *domus,* au sens domestique du terme dans laquelle il y a réciprocité des services, mais dans ce que nous avions nommé, au cours de précédents travaux, une *oïkos,* au sens d'une institution centrée sur l'administration des biens d'une collectivité. Mais l'ambiguïté n'en demeure pas moins lorsqu'on assimile les EHPAD à des lieux de vie suggérant ainsi l'idée d'une permanence dans le résider.

Autrement dit, on relève une tension entre la vocation sanitaire de l'EHPAD, appelant une *utilisation* de l'ouvrage de la part du personnel, et la nécessité dans laquelle se trouve tenue les résidants de demeurer dans un espace appelant une *appropriation*. A défaut de trancher entre ces deux conceptions de la destination des lieux, l'ajustement de l'espace constitue un *impensé* au profit de la seule logique de l'adaptation à des besoins. Plus précisément, l'ambiguïté attachée à la destination des lieux n'ouvre pas à une conception architecturale s'attachant à offrir aux résidants les moyens de réaménager leur existence compte tenu de leurs déficiences, soit un espace de *négociation* où ils pourraient expérimenter à la fois *l'utilisation* et *l'appropriation* de l'espace.

Plus encore, on peut se demander si cette clôture de l'espace, matérialisée par les difficultés de son accessibilité, n'encourage pas la personne vieillissante à lâcher prise avec son propre univers de référence, celui qui l'habitait et dans lequel elle habitait avant son entrée en institution.

Comme nous avons pu le voir, la mise en retrait de la personne vieillissante n'est pas le seul élément perturbateur pour la personne vieillissante. L'entrée en institution constitue également un facteur de déstabilisation dans la mesure où il lui est nécessaire de s'acclimater à un environnement totalement différent de celui dont elle disposait au préalable, tant au niveau du milieu social, qu'au niveau spatial ou encore temporel. A l'entrée dans l'institution, ces trois coordonnées se voient brusquement modifiées. La personne vieillissante doit alors s'adapter, c'est-à-dire se conformer à ce nouvel environnement. De plus, le handicap, la perte d'autonomie ou encore la dépendance ne

font que renforcer cette déstabilisation dans la mesure où ces déficiences perturbent à elles seules le schéma corporel.

Nous allons, à présent, montrer comment, en deçà d'un ajustement, c'est-à-dire d'une négociation avec les contraintes techniques et sociales d'un espace, ce schéma corporel s'adapte à ce type d'environnement qu'est l'EHPAD. Nous allons voir, à cet égard, que l'homme dispose d'une faculté proprement naturelle à s'adapter à un nouvel environnement. Reste à savoir si la personne vieillissante atteinte d'une déficience, que ce soit un handicap moteur, une perte d'autonomie ou une dépendance, a les moyens de s'y ajuster, c'est-à-dire encore une fois de négocier avec les contraintes de son environnement. En d'autres termes, nous montrerons en quoi l'ouvrage architectural participe à l'utilisation ou la non utilisation des espaces pour ce type de public et peut constituer un obstacle à l'appropriation des lieux. A quoi sert l'EHPAD pour les résidants ? Qu'est-ce que l'EHPAD pour les résidants ?

III. Utilisation et appropriation des lieux

5) L'incorporation de l'espace

L'*incorporation* de l'environnement, c'est-à-dire l'incorporation de l'espace mais aussi du temps et du milieu, permet à l'homme d'être en *prise* avec le monde. C'est par cette incorporation que l'homme parvient à s'inscrire dans le monde et à s'en imprégner. Mais en même temps, l'homme ne s'en tient jamais, sauf pathologie, à cette imprégnation, à cette *prise* avec le monde. Il s'en extrait, s'en distancie, pour négocier avec cet environnement lui permettant ainsi de s'y ajuster en permanence sans jamais y adhérer. C'est ce que nous désignons par le concept *d'appropriation* qui, contrairement au sens commun, ne renvoie pas seulement à la possession de quelque chose, mais bien également à la capacité que nous avons de nous en dessaisir. C'est dire que l'appropriation s'inscrit dans une dialectique de la *prise* et de la *déprise*. Autrement dit, l'homme ne s'en tient jamais à une simple adaptation à son environnement, puisqu'il dispose de la faculté de s'en distancier. Or, rappelons que c'est précisément ce qui, à partir d'un certain seuil, fait problème chez la personne vieillissante et *a fortiori* chez les personnes en perte d'autonomie et/ou dépendantes. Celles-ci tendent à manifester des difficultés voire une incapacité à s'extraire de l'environnement qui est le leur.

On comprend, dès lors, tout l'enjeu que représente, pour la problématique de l'adaptation de l'habitat pour les personnes vieillissantes atteintes d'une déficience, la question de l'incorporation et de l'appropriation. C'est par la première qu'il nous faut commencer dans la mesure où elle constitue la condition de possibilité de la seconde.

Par l'incorporation, l'homme mémorise de l'information mais aussi des automatismes techniques. Il acquiert également des conventions par l'imprégnation d'usages qui lui sont transmis par le biais de ce que l'on appelle communément la socialisation. Le *schéma corporel* s'élabore ainsi par cette faculté à incorporer de l'environnement (Bourdieu, 1979). Aussi, toute modification de l'environnement vient-elle nécessairement bouleverser la configuration du schéma corporel. Le schéma corporel est conditionné par des habitus (Bourdieu, 1979), acquis durant notre genèse, qui nous donne une certaine contenance. Selon Pierre Bourdieu, le schéma corporel représente la structure qui nous détermine dans nos pratiques sociales. Dans le prolongement de cette analyse, nous formulons l'hypothèse selon laquelle le schéma corporel se constitue à partir de l'environnement dans lequel il se développe mais aussi

s'ajuste à un autre environnement. Aussi, nous considèrerons que la personne réussit, à partir de son schéma corporel, à s'ajuster à la conjoncture du temps, du lieu et du milieu dans laquelle elle se situe, sauf en cas de pathologie ou de dégénérescence. Il reste, comme nous le verrons, que cet ajustement s'avère délicat chez la personne vieillissante parce qu'elle a tendance à s'accrocher à ses habitudes et ses automatismes. Dès lors, le changement d'environnement perturbe ses habitudes et ses automatismes acquis précédemment. Cette perturbation s'accentue lorsque survient un handicap. Précisément parce que le handicap nécessite de recourir à des automatismes pour manipuler l'objet/équipement qui sert alors de *prothèse* à la personne pour se déplacer. Les extraits d'entretien suivants montrent combien la manipulation de cet objet/équipement nécessite un apprentissage de sorte que son utilisation ne va pas de soi.

« Au début, ma canne je n'en voulais pas, j'avais du mal à marcher, mais oh ce truc m'embarrassait plus qu'autre chose. En plus, je l'oubliais tout le temps, et puis ça tombe, j'avais du mal à la récupérer…oh non vraiment ça n'a pas été simple. Et puis je me voyais vieillir avec ce truc, c'est vrai aujourd'hui les vieux n'ont plus de canne ! Au temps de mes parents oui, tout le monde avait sa canne. Enfin non depuis que j'ai ce truc je marche moins au final ! oui c'est vrai ! je reste ici ! / Le déambulateur ? Oh c'est pas très marrant ! bon c'est vrai que cela m'aide pour marcher ici, je fais le tour des couloirs avec ! Cela passe le temps ! Sortir ? Ah non, vous n'y pensez pas, me promener dans la rue avec mon déambulateur oh non ! C'est moche ! Et puis ça ne passe pas partout ! Je le cogne partout ! Je le prend parce que j'ai besoin de m'appuyer pour marcher mais je me déplace ici c'est tout ! ça va bien ici ! Mais je ne saurais pas m'en servir sur les trottoirs ! / Nous avons eu un accident de voiture ma femme et moi le jour de nos 65 ans de mariage, ma femme a un déambulateur et moi une prothèse à la hanche et je dois marcher avec une canne. La canne ça va, il m'arrive encore de l'oublier ou d'oublier que je l'aie, et de lever le bras avec la canne alors mais ça va. Ma femme n'aime pas trop son déambulateur mais c'est bien pratique ! ça l'aide à se tenir ! Ah non elle ne sort plus, moi oui ! Enfin si nous sortons lorsque mon neveu vient nous chercher en voiture mais ma femme ne prend pas son déambulateur, enfin il est dans la voiture mais c'est mon neveu qui la prend par le bras ! Elle dit toujours j'ai l'air de quoi avec ça ! Non c'est très bien pour ici ! (résidants des deux EHPAD enquêtés) ».

Que cela soit un fauteuil roulant, un déambulateur, une canne ou des béquilles, l'objet/équipement est incorporé, constituant ainsi le prolongement du schéma corporel. Autrement dit, l'objet/équipement finit par disparaître au profit du schéma corporel. Sa manipulation devient alors un automatisme qui permet à la personne d'en oublier sa présence. La personne qui l'utilise ne manifeste plus d'appréhension dans sa manipulation - nous serions tentée de dire - quel que soit son environnement (c'est différent pour les personnes se trouvant dans des fauteuils roulants constituant une véritable coque puisque, dans ce cas, plus aucune manipulation n'est possible pour celui qui s'y trouve). Néanmoins, nous n'ignorons pas que certains espaces ne facilitent pas la manipulation de cette prothèse, voire la rendent impossible.

Certes, l'incorporation constitue la condition nécessaire pour être en *prise* avec son environnement, permettant à l'homme de se localiser et d'occuper un espace, mais, nous l'avons dit, il n'est pas une condition d'existence suffisante pour s'y ajuster, c'est-à-dire s'en déprendre et y introduire de la vacance. Ce principe pourrait sembler secondaire s'il ne constituait pas le principe même de l'appropriation des lieux, c'est-à-dire le processus par lequel l'homme habite socialement l'espace sans uniquement l'occuper

corporellement. C'est en déconstruisant ce principe que l'on est en mesure de comprendre la raison pour laquelle, dans certaines situations, le relogement constitue un accélérateur au déclin plus qu'un facteur de stimulation pour la personne. Le champ médical étant le premier à recommander à ses patients de poursuivre le rétablissement au domicile plutôt que dans une institution. Même si l'on constate qu'aujourd'hui cette vision philanthropique est largement supplantée par les contraintes économiques. Il reste que les médecins encouragent très souvent leurs patients, où les familles des patients à ne pas quitter leur domicile tant que ce dernier est toujours capable de s'assumer. Le rôle du médecin est alors de conseiller son patient en fonction du diagnostic qu'il a pu établir. Une minorité de personnes de plus de 60 ans étant à domicile manifeste un état de « dépendance » alors que la majorité des résidants est diagnostiquée ainsi. L'entrée en institution est, par conséquent, souvent liée à l'aggravation de la « dépendance », 57% des personnes institutionnalisées sont « dépendantes » contre 5% des personnes vivant à domicile (DREES, 2003).

> La « place publique » est un espace qui se situe en contrebas de l'accueil de l'EHPAD du Val André. Cette pièce relativement spacieuse contient le salon de coiffure de l'établissement. C'est en traversant cette pièce que l'on peut se rendre à une unité fermée. Elle est accessible par un ascenseur ou par un escalier. Nous constatons que les résidants ne se rendent que rarement dans ce lieu. Après quelques jours d'observation et de contacts avec les résidants, nous constatons que ces derniers ne veulent pas utiliser l'escalier pour s'y rendre parce qu'ils ne sont pas rassurés en l'empruntant : *« Oh je préfère prendre l'ascenseur parce que cet escalier, je ne sais pas mais je suis pas bien quand je suis dessus ! / Ah non pour aller au salon de coiffure je prends l'ascenseur ! Je ne remonte jamais par l'escalier, non je n'aime pas, on voit le vide et j'ai des vertiges, ce n'est pas fait pour les vieux ce truc !/ Oh l'ascenseur c'est très bien, l'escalier je ne suis pas très à l'aise et puis il n'est pas pratique ; bon il y a de bonnes rampes pour se tenir, mais je ne sais pas, je n'aime pas voir le vide comme ça ! Non avec l'ascenseur c'est très bien !* » (résidants). L'escalier est de forme droite avec des marches ajourées de telle manière que la lumière et l'espace se prolongent au-delà de son emplacement. La place est, quant à elle, composée de mobilier classique en bois (table carrée de quatre places, des chaises avec accoudoirs, une machine à café automatique, une fontaine à eau). Toutefois, on peut y voir une armoire bretonne en chêne massif qui rappelle l'environnement géographique de l'EHPAD : *« cela fait partie du mobilier que nous avions avant d'arriver ici, nous l'avons donc mise ici pour décorer la pièce »* (personnel de direction). Sans cette armoire, le mobilier est universel. Le décor, tout comme l'architecture, n'a rien de singulier, il s'apparente au mobilier de n'importe quel autre EHPAD, qu'il soit situé dans le nord de la France ou le Sud. L'ouvrage architectural ne possède d'ailleurs aucune particularité qui rappellerait son environnement.
> La situation spatiale de la place publique donne un important volume à cette pièce parce que sa hauteur se prolonge au niveau zéro de l'EHPAD. Autrement dit, la hauteur de la pièce représente deux niveaux. Lorsqu'on se trouve sur cette place, à certains endroits, on peut voir l'ensemble de la place, le salon de coiffure et les personnes qui transitent entre le hall d'accueil et les autres unités de l'EHPAD, tout en ayant une vue sur l'extérieur. La place constitue donc architecturalement un espace dans lequel on pourrait voir de l'animation. Cette salle n'est cependant jamais investie par les résidants ; seule

la terrasse est utilisée par les membres du personnel lors de la pause cigarette, ce lieu étant désigné comme étant l'espace fumeur de l'établissement. Rares sont les résidants à se rendre sur cette place, sauf lorsqu'ils se rendent au salon de coiffure, au cours de la semaine. Le week-end, en revanche, elle est investie par des familles de résidants, surtout lorsqu'elles ont un événement particulier à fêter comme un anniversaire. Ce n'est pas sans provoquer des agacements chez les résidants : *« oh ! Et puis tous ces enfants qui courent ! Bouh on n'est pas tranquille ! / Oh ça fait du remue ménage tout ça, ça crie, ça parle fort, enfin bon ils ont l'air de s'amuser ! (…) De l'animation ? Ah bah si on veut mais voir les autres avec leur famille alors que t'es tout seul c'est pas très marrant ! / Non je ne reste pas longtemps ici lorsqu'il y a des familles, j'ai l'impression de les observer, ils ne sont pas tranquilles là ! Non je reste dans ma chambre je suis tranquille et eux aussi ! »* (résidants du Val André).

Parfois, des résidants s'y rendent avec deux ou trois membres de leur famille et ils partagent un café le temps d'une visite. Les résidants ne sont généralement pas très bavards, et ce sont les visiteurs qui établissent le dialogue qui, bien souvent, coupe court : *« - Alors pépé qu'est-ce que tu racontes de beau ? - Oh pas grand chose ! - Mais quoi de neuf depuis la semaine dernière ? - Oh que du vieux ! - Ah ? - Non rien d'intéressant, c'est toujours pareil ! - Bon, eh bien nous, nous sommes allées chercher des chaussures pour le petit hier. - Ah bon ! - Oui il est tout content ! (…) Tu manges à quelle heure ? - 18h30 le dimanche ! - Ah bon et bien on va te laisser alors comme ça tu auras le temps de te préparer* ».

Nous ne verrons jamais des familles de plusieurs résidants installées au même moment sur la place publique. Comme si cet espace ne pouvait être partagé par tous les résidants ayant de la visite.

La place publique est donc un espace d'un important volume, très lumineuse, puisqu'elle dispose de plusieurs baies vitrées et d'une lumière zénithale en raison du prolongement de sa hauteur sur le niveau supérieur. Toutefois, cet important volume ne semble pas attirer les résidants qui semblent préférer finalement les espaces plus intimes : *« pourquoi vous ne jouez pas aux cartes sur la place publique ? Oh, on est aussi bien à notre étage ! Dans les petits salons c'est plus agréable ! Et puis cette grande pièce pour nous quatre c'est bien trop grand ! / Non je n'y vais jamais je ne sais pas il n'y a pas de vue, et puis c'est trop grand ! Enfin je ne sais pas comment dire, c'est bien, mais c'est l'endroit comme ça ! / disons que cette place est très impersonnelle, comme le reste, mais ici au moins il y a des décorations et puis la télé, la musique, en bas il n'y a rien ! / Cette place je trouve cela triste, on est là et il n'y a rien et puis quand il y a des familles et bien je ne vais pas aller les embêter ! Non je préfère être ici ou aller dans le hall d'accueil ! Bon en même temps il fait un peu froid, mais dans le hall au moins on voit un peu de monde et puis il y a les magazines ! »*. Le volume de la pièce n'apparaît pas comme un obstacle à son utilisation mais c'est plutôt comme une non incitation à s'y rendre seul. Les résidants expriment une réticence à s'y rendre parce qu'ils pensent qu'ils seraient « noyés » dans cet espace. Comme si le volume de l'espace devait être en rapport avec l'espace qu'ils occupent. Autrement dit, on peut s'interroger sur la dénomination et la fonction de cet espace. Le nom donné de Place publique nous laisse à penser que cet espace est dévolu à une fonction de rassemblement, à l'image de l'immémoriale Agora grecque. Par conséquent, nous pouvons dire que l'espace ici est véritablement conçu en rapport avec son objet. Ce qui est mis en œuvre dans la conception même de la salle, c'est d'abord une échelle fonctionnelle. La salle est dimensionnée de manière à pouvoir accueillir du

monde. Pourtant, le caractère fonctionnel de cet espace (de son dimensionnement à partir des dimensions d'un objet) l'ampute d'une partie de sa signification architecturale - de lieu de rencontre - puisque chaque résidant considère cet espace inapproprié à l'utilisation qu'il pourrait en faire. Et lorsqu'il est investi par les familles de résidants, les autres résidants se voient désappropriés de cet espace qu'ils considèrent alors réservés aux visiteurs.

Par ailleurs, l'emplacement de la salle dont sa hauteur s'ouvre sur le niveau supérieur ne permet pas aux familles de se divertir sans être entendu par les résidants qui se trouvent dans le hall d'accueil ou dans l'unité ouverte qui se trouve à ce même niveau supérieur. Du coup, certains résidants hésitent à se rendre dans le hall par crainte de déranger ou parce qu'ils n'ont pas envie de voir les autres se détendre avec leur famille alors qu'eux-mêmes n'ont guère de visites.

La direction pense qu'il faudra du temps pour que les résidants investissent cette pièce. Elle considère en effet que c'est au fil du temps que les personnes s'autoriseront à se rendre dans ce lieu : *« oui il faut du temps, à côté c'était pareil, la place n'a pas été investie tout de suite. Ce n'est qu'au fur et à mesure du temps que la place a été utilisée par les personnes ! Et maintenant tout le monde y va, et quand il y a des familles on ne s'entend plus ! C'est même très bruyant maintenant ! ».* S'il est juste de penser que le temps participera à l'évolution de cette place, il n'en reste pas moins vrai que son utilisation restera certainement similaire à ce que l'on a pu observer. Autrement dit, sa fonctionnalité de lieu commun sera maintenue. En revanche, la place ne constituera pas un espace de convivialité pour les résidants, mais seulement pour les visiteurs des résidants. Nous voyons, là, qu'il est sans doute pertinent de réaliser une place pour favoriser les rencontres en groupe, mais son emplacement la prive de son exploitation par les résidants. Dès lors, au regard de l'analyse établie à propos de la salle d'animation, nous nous demandons s'il n'aurait pas été plus opportun d'inverser les emplacements de ces deux salles. En effet, nous constatons que la salle d'animation ne permet pas aux résidants non participants d'être spectateurs de l'animation alors même que celle-ci pourrait justement constituer un spectacle distrayant. A contrario, la place publique dévoile l'intimité des familles et des résidants qui s'y trouvent. De plus, elle devient un lieu qui rappelle à certains résidants ce qu'ils ne peuvent guère partager avec leur famille absente.

Par ailleurs, nous remarquons que les résidants émettent des réserves pour emprunter l'escalier qui relie le hall d'accueil à la place publique, quelles que soient leurs déficiences. Cela signifie donc que le handicap n'est pas la seule raison qui explique le refus d'utilisation de l'escalier. Alors que le personnel dissuade les résidants d'utiliser les escaliers qui se trouvent dans les cages d'escaliers, ils n'émettent aucune réserve à ce que les résidants empruntent celui qui est à la vue de tous. Là encore, nous notons une volonté de surveiller les résidants, non pas dans l'optique de contrôler leur faits et gestes comme le permet le panoptique, mais plutôt dans l'objectif bienveillant de porter secours aux résidants en cas de chute. Il n'en demeure pas moins que cet escalier, dans sa conception même, s'avère être un frein au plan de son utilisation alors qu'il pourrait constituer un objet/équipement stimulateur du schéma corporel en amenant les résidants à pratiquer une activité physique, si minime soit-elle. Nous constatons, en effet, que la proximité des lieux qu'ils fréquentent ne leur donne plus guère les moyens de marcher. Et pour conserver cette activité, les résidants parcourent plusieurs allers-retours dans leur couloir. Etant donné que tous les résidants ne se rendent pas à l'animation, certains restent plusieurs jours sans avoir parcouru plus de quelques

mètres. Les corps s'ankylosent peu à peu et les résidants prennent du poids, comme le constate la direction du Val André, malgré une attention portée à l'équilibre alimentaire. Les kinésithérapeutes procèdent de la même façon pour solliciter les résidants qu'ils viennent visiter. Là encore, nous constatons qu'aucun aménagement n'est prévu pour permettre aux résidants de pratiquer des exercices (autre que celui de parcourir le couloir) en dehors des moments proposés par l'animatrice.

6) Perturbation du schéma corporel

Ajoutons que toute modification de l'espace vient peu ou prou perturber le schéma corporel (M. Bernard, 1995). C'est ce que nous allons montrer dans les deux scènes qui suivent. La première scène présente un résidant arrivé dans l'EHPAD depuis six mois. Il se déplace en fauteuil roulant depuis que sa sclérose en plaque ne lui permet plus de marcher, c'est-à-dire plusieurs mois, bien avant d'entrer dans la structure. Depuis qu'il est dans la structure, il se trouve confronté à un nouvel environnement. La deuxième scène présente une résidante installée dans l'établissement depuis plus d'un an. Elle est en fauteuil roulant depuis plusieurs années. Lorsque ses enfants ont déménagé, elle a décidé de venir s'installer en maison de retraite parce qu'elle craignait de ne pas réussir à « se débrouiller », nous dit-elle, considérant que « c'était mieux comme ça ».

> Nous sommes à la « maison bourgeoise ». Il est 18h45. Nous sommes au dernier étage et nous nous apprêtons à quitter l'établissement lorsque nous entendons soudainement des hurlements au fond du couloir. Cet étage est quasiment vide car la plupart des résidants se sont rendus au rez-de-chaussée pour le dîner. Les hurlements reprennent de plus bel. Le résidant avait déjà poussé des hurlements les jours précédents et nous avions, à cette occasion, été prévenue de son état. Nous décidons de nous rendre vers la chambre du résidant. En nous voyant, il stop net ses hurlements et nous dit en colère : *« elle est où l'auxiliaire ? Je n'arrive pas à trouver ma clef et à cause de ce truc là je ne peux pas chercher ! »*. Je lui propose de chercher la clef avec lui. Très rapidement, je vois la clef sur la table roulante ! Je la lui indique. Il s'avère que ce résidant n'avait pas vu sa clef parce qu'il n'arrivait pas avec son fauteuil à faire un tour complet dans la pièce ; non pas parce qu'il n'avait pas la place, mais parce qu'il n'arrivait pas à prendre les repères suffisants pour effectuer ce tour complet. Si la manipulation du fauteuil n'est pas totalement acquise, nous voyons là que c'est aussi parce qu'il n'a pas incorporé son nouvel environnement. Depuis qu'il est arrivé dans la structure, il se plaint de ne pas retrouver ses affaires et d'être obligé de faire deux fois plus d'effort que chez lui. En fait, la difficulté qu'il éprouve dans la manipulation de son fauteuil est due à la non incorporation de son nouvel environnement. Bien que le logement soit adapté à sa situation, il ne lui offre pas pour autant les moyens de manipuler son fauteuil aussi aisément que dans un environnement incorporé. En sortant de sa chambre, il bute dans la porte. La roue du fauteuil bute sur le mur. Légèrement secoué, il fait marche arrière, braque sur la droite et repart tout en grognant : « oh merde ! C'est trop large ! Oh c'est mal foutu ici ! ». Il ferme sa porte, nous remercie, prend son élan et roule jusqu'à l'ascenseur. Nous pourrions penser qu'il n'avait pas de raison de se cogner dans la porte dans la mesure où elle tient compte des « normes handicapées ». Mais, nous voyons là, que le résidant se cogne parce qu'il n'a pas - ou du moins pas encore - incorporé l'espace de sorte que son fauteuil ne fait pas

encore partie de son schéma corporel. Les normes d'accessibilité ne constituent donc pas des conditions suffisantes pour permettre à la personne handicapée d'utiliser pleinement son environnement.

En cet après-midi d'avril, l'animatrice de la « maison bourgeoise » a invité un chanteur. Son répertoire est varié et l'ensemble des résidants présents prennent du plaisir à l'écouter. Sa voix chaude et chaleureuse enthousiasme les résidants et les résidantes semblent tomber sous le charme. Un dégagement devant l'estrade a été aménagé en guise de piste de danse. L'animatrice encourage les résidants qui fredonnent à danser. Une femme en fauteuil roulant s'approche rapidement de la piste. Elle rit, fredonne et agite un foulard. Puis, très vite elle empoigne les deux roues de son fauteuil et commence à faire tourner les roues. Puis elle fait des tours, des demi-tours, recule, avance. D'autres résidants se lèvent et dansent. Au milieu des résidants elle rayonne de plaisir. Elle continuera ainsi à chaque fois qu'une chanson est suffisamment rythmée pour l'entrainer à danser. Le lendemain nous la retrouverons dans sa chambre. Elle nous fera part de son plaisir parce qu'elle avait enfin oublié son fauteuil ! *« ah je ne sais pas ce qui m'a pris, j'ai toujours aimé danser (…) et puis mon fauteuil depuis que je suis dedans je commence à savoir m'en servir ! Hier j'ai vraiment eu l'impression de danser ! oui, mon fauteuil maintenant c'est mes jambes »*.
Dans ce cas, le fauteuil roulant fait partie du schéma corporel de la résidante. De plus, elle n'éprouve aucune difficulté à le manipuler. La petite piste de danse pourrait sembler un obstacle à l'utilisation de l'espace pour une personne en fauteuil roulant en raison de son étroitesse. Or, la résidante n'éprouve aucune difficulté à le manipuler et ne roulera jamais sur le pied d'un autre résidant ! Là encore, nous devons reconnaître que la manipulation du fauteuil ne dépend pas de l'accessibilité de l'espace mais de l'incorporation de l'objet/équipement qu'est le fauteuil roulant et de l'espace où la personne se situe.

On voit bien à travers ces deux illustrations et les extraits d'entretiens que la manipulation des objets/équipements ne va pas de soi. Il faut avant tout que la personne accepte de les utiliser, puis apprenne à s'en servir. Ce n'est qu'à partir du moment où elle détient son mode d'emploi qu'elle peut en faire autre chose au-delà de son utilité fonctionnelle, c'est-à-dire ici un moyen de déplacement.

L'entrée en institution nécessite, de la part du résidant, de renégocier des frontières. Cette négociation des frontières est possible à la condition que le résidant dispose des moyens pour utiliser l'espace et s'approprier les lieux.

Lors du vieillissement, nous constatons que l'exercice des capacités à appréhender et à s'approprier l'espace tendent à s'affaiblir. L'explication serait due, au niveau cortical, à l'affaiblissement de la neuroplasticité, en raison d'un affaiblissement de l'interconnection des neurones établie par les synapses (Roger Fontaine, 1999). Les conséquences affectent donc le cerveau. Pour autant, les raisons relèvent de facteurs, certes endogènes, mais aussi exogènes telles que les conditions sociales d'existence.

Aussi, le changement d'environnement pose, pour la personne vieillissante, une première difficulté puisqu'elle ne peut plus se fier aux automatismes qui lui permettaient de se repérer dans son logement, ou de manière plus étendue dans la ville ou le quartier dans lequel elle se situe. Ces automatismes ont été acquis par le biais d'un

processus d'incorporation. La personne est capable d'incorporer son environnement même lorsqu'elle est atteinte de pathologie, d'une carence, ou d'une dégénérescence comme c'est le cas chez la personne sénile.

Ajoutons que les EHPAD sont des établissements qui accueillent de plus en plus de personnes de plus de 60 ans atteintes de pathologies. Soit elles viennent d'hôpitaux psychiatriques et l'EHPAD apparaît le lieu le plus adéquat à leurs conditions d'existence dans la mesure où, souvent, elles émettent des difficultés à assumer leur existence, soit parce que le degré de pathologie ne nécessite pas de poursuivre un internement dans un hôpital psychiatrique. Etant donné que la personne a plus de 60 ans, l'EHPAD représente le seul établissement permettant de lui octroyer les soins nécessaires pour atténuer sa pathologie. Il reste que la pathologie constitue, à elle seule, un obstacle à l'utilisation et à l'appropriation des lieux.

Par conséquent, lorsque la personne se constitue un nouvel environnement elle finit, malgré une phase de perturbation, à s'y acclimater. Cette acclimatation ne signifie pas pour autant que son schéma corporel réussit à s'y ajuster, soit parce qu'il reste perturbé, soit parce qu'il n'en possède plus les facultés ; ce trouble du schéma corporel Emmanuel Bonnier le nomme « aschématie ». Dans ce cas, le sujet ne maintient plus ses postures dans un cadre spatio-temporel (M. Bernard, 1995). C'est précisément ce qui se manifeste chez les résidants atteint d'une maladie type Alzheimer.

> Nous sommes au Val André. Il est 14h, une vingtaine de résidants se trouvent devant la porte de la salle d'animation au niveau de l'entresol. Quelques uns sont descendus ensemble du second étage. Les résidants les plus alertes attendent ceux qui éprouvent des difficultés à prendre seul l'ascenseur, parce qu'ils craignent de se retrouver enfermés sans réussir à ouvrir les portes, même après avoir reçu les consignes de fonctionnement par le personnel.
> L'animatrice arrive et ouvre la salle. Elle est accompagnée des résidants d'une unité fermée. Quelques minutes plus tard, une aide soignante entre à son tour dans la salle en poussant un résidant en fauteuil roulant - présent uniquement pour la journée puisqu'il vient ici en accueil de jour - et quatre autres dont la maladie ne leur permet plus de s'orienter dans les locaux. Ils sont par conséquent incapables de se remémorer le chemin à parcourir pour se rendre à la salle d'animation. Ils suivent l'aide soignante avec beaucoup de calme sans savoir vraiment où ils se rendent, bien que l'aide soignante le leur ait précisé après avoir proposé de participer à l'animation.
> L'animatrice dispose dans la pièce des chaises de façon à former un cercle. Elle est aujourd'hui secondée par une bénévole qui participe à la mise en place du mobilier.
> Les résidants sont invités à prendre place. Aujourd'hui, l'activité proposée est « gym douce ». Trois femmes d'une même unité fermée se retrouvent souvent ensemble. Elles se placent, comme souvent, les unes à côté des autres. Après plusieurs jours d'observation, nous avons remarqué, en effet, quelles forment un trio, que ce soit pendant les repas, au cours de la matinée ou durant les animations les activités, lors des déplacements dans l'EHPAD, sauf peut être lorsque l'activité déplaît à l'une d'entre elles. La séparation du trio semble les angoisser. L'une d'entre elles s'endort très régulièrement au cours de la journée ; peu importe l'endroit où elle se trouve elle s'endort peu de temps après s'être installée - sauf peut être lors du tournoi de belote où elle a réussi à

se réveiller aussitôt après avoir cligné des yeux. Ces endormissements sont accompagnés de ronflements qui agacent les autres résidants autours d'elle, surtout ceux qui viennent d'une unité ouverte. Cela crée quelques tensions entre les résidants sans constituer pour autant un sujet de conflit.

Les résidants sont maintenant tous installés. Au centre, l'animatrice et la bénévole aident quelques résidants à se redresser dans leur siège ou leur fauteuil avant de commencer l'activité. L'animatrice tient dans les mains un ballon en mousse ; elle prend la parole afin de leur expliquer l'exercice. Il s'agit de lancer doucement, avec les mains, le ballon à son voisin. Ce dernier doit le réceptionner et le lancer à son tour à son voisin, et ainsi de suite jusqu'à ce que le ballon ait tourné plusieurs fois. Les résidants exécutent les consignes scrupuleusement. Quelques uns ont du mal à rattraper le ballon, toutefois ce premier exercice apparaît réalisable pour tous les résidants présents.

Au fur et à mesure, les exercices se compliquent. L'animatrice leur demandera de lancer cette fois-ci le ballon à un vis-à-vis, autre que leur voisin, en le faisant rebondir sur le sol. Ensuite, elle leur demande un exercice consistant cette fois-ci à lancer le ballon avec les pieds. Jusque-là les visages un peu crispés commencent à se détendre. Des sourires s'esquissent. Plus l'exercice nécessite d'habilité et d'agilité, plus les résidants se regardent et sourient entre eux. Surtout lorsqu'il faut shooter dans le ballon. Nous remarquons que le visage du résidant en fauteuil roulant - en accueil de jour - jusqu'ici taciturne, commence à s'illuminer. Dès que le ballon arrive vers lui, il tente de positionner ses pieds de manière à rattraper le ballon malgré ses difficultés à se déplacer et à agir sur son corps. La maladie tend, en effet, à le rendre atechnique puisque, au fur et à mesure du temps, il ne sait plus comment accomplir les gestes du quotidien. La bénévole l'aide à se repositionner afin qu'il puisse continuer à jouer et renvoyer le ballon à ses partenaires. Il s'anime de plus en plus. Nous apprendrons au cours de l'activité qu'il a pratiqué le football pendant des années. Bien que ses gestes soient maladroits, ils sont encore relativement précis. Il calcule bien la distance entre le résidant et lui, qui réussit presque toujours à rattraper le ballon.

Nous constatons à partir de cette scène que le résidant en fauteuil roulant, atteint d'une maladie dégénérescente, réussit non seulement à jouer au ballon, mais aussi à y trouver du plaisir. Cette situation s'explique probablement par les habitus incorporés avant la survenue de sa maladie. En fait, shooter dans le ballon lui rappelle des automatismes acquis lorsqu'il jouait au foot. Parallèlement l'activité réveille des souvenirs du passé et, manifestement, le résidant en éprouve du plaisir. Le schéma corporel de ce résidant, bien qu'il soit perturbé par l'avancement de la maladie, est remobilisé le temps de l'animation. Les autres résidants qui manifestent une désorientation tentent de récupérer le ballon, oubliant parfois les consignes. Mais, par mimétisme avec les autres résidants qu'ils observent avec attention, ils poursuivent néanmoins l'exercice. Quant aux autres résidants, ils exécutent les gestes à suivre sans y trouver de plaisir, si ce n'est celui de manipuler des objets et stimuler leur corps engourdis : *« oh vous m'avez vu, ça fait du bien de faire un peu de sport, on ne fait plus grand chose depuis que l'on est ici, on ne marche plus … ! Donc la gym douce, c'est bien, cela nous oblige à faire travailler nos muscles ! Comme l'activité des chiffres et des lettres, c'est bien pour l'intellect ! Oui parce qu'ici on perd vite et puis à nos âges ! »*. S'il est profitable

pour les résidants de participer à ces activités thérapeutiques, là encore, nous pouvons nous demander s'il est forcément nécessaire de se rendre dans une salle spécialisée pour la réaliser. Il est surprenant de constater qu'au moment où l'activité physique et sportive tend à se déployer et à se constituer en spectacle sur les espaces publics, les résidants se voient, quant à eux, relégués dans une salle d'où ils ne peuvent être vus des autres.

Au début de notre observation, nous pensions qu'ils ne voulaient pas être aperçus par des personnes, hormis celles participant à l'activité. Nous avons été, le temps de l'animation, cet intrus qui les regardaient. Dans la mesure où la salle d'animation est une grande pièce sans recoin, nous étions inévitablement visible par pratiquement tous les participants à l'exception des deux qui me tournaient le dos. Nous avons craint de jouer les troubles fêtes et nous avions donc annoncé à l'animatrice, avant le commencement de l'activité, que nous nous éclipserions si notre présence était susceptible de les déranger. Nos craintes se sont vite dissipées dans la mesure où les résidants étaient concentrés sur les consignes transmises par l'animatrice. Il est fort probable qu'un passage fréquent aurait distrait les résidants dans leur tâche. Nous avons en effet constaté que, dans l'autre établissement, le passage fréquent du personnel non impliqué dans l'animation perturbe les résidants et le déroulement de l'animation. Mais dans ce cas, le passage du personnel vient rompre l'atmosphère dégagée par l'animation.

Aussi, ne pourrait-on pas imaginer un espace qui permettrait aux résidants de pratiquer ces activités sans constituer une démarche thérapeutique, mais plutôt un jeu collectif entre résidants ? Le jeu n'est-il pas en effet un moment de détente et de plaisir qui peut offrir un réel spectacle pour les non participants ? Les joueurs de belote réussissent à créer du spectacle ; quelques résidants se rendent en effet autour d'eux pour les regarder. Mais les joueurs sont rares ! Pourtant, force est de constater que beaucoup de résidants sont capables de jouer et qu'ils n'évoquent pas de réticence à être vus. Cependant, aucune salle n'encourage cette attitude dans la mesure où elles se trouvent, soit dans une pièce excentrée des autres, soit en plein centre d'autres pièces s'apparentant alors à un panoptisme. Soit, encore, elles se situent dans une salle qui possède trop de mobilier pour céder la place à un jeu collectif. Précisons que cette génération n'est pas friande des activités contrairement à celle qui va suivre. De même que les jeux collectifs, tels les jeux de société, ne font pas réellement partie des loisirs de cette génération, à l'exception « des petits chevaux », « des dames », « du scrabble » ou encore du traditionnel jeu de cartes.

Aussi, « l'adaptation du logement », telle que le propose les pouvoirs publics, pour une personne vieillissante qui y a vécu depuis des années, constitue un obstacle puisqu'en modifiant son environnement on perturbe son schéma corporel. De plus, cette modification de l'environnement redoublera les difficultés pour les personnes rencontrant des déficiences puisque le schéma corporel se voit déjà lui-même perturbé par la survenue des déficiences au cours de la sénescence. De fait, seule l'*adaptation* s'effectue au niveau corporel. Le schéma corporel, quant à lui, ne se voit pas soutenu. Ainsi, le résidant s'*adapte* à son environnement pour le saisir corporellement, l'*incorporer*. En cas de dégénérescence (maladie type Alzheimer), les obstacles sont démultipliés puisqu'il semblerait que sociologiquement, la personne ne réussit plus à incorporer un nouvel environnement. Dès lors, on peut se demander si l'hétérogénéité des situations des résidants ne constitue pas un frein à la réflexion de la conception de l'ouvrage. Ici, l'EHPAD ne peut donc jouer ni le rôle de *prothèse* ni même celui de *béquille*.

Conclusion

Nous pouvons dire au terme de cette recherche que la conception de l'ouvrage de l'EHPAD ne peut se réduire à une conception fonctionnaliste des lieux. En témoigne notre enquête menée dans un EHPAD flambant neuf après une rénovation et une réhabilitation architecturale. Sans conteste, la conception architecturale favorise très nettement la mise en place d'un projet de vie visant l'amélioration des conditions d'existence des résidants par la prise en compte les besoins physiologiques et psychologiques du résidant. Nul doute également que le nouvel ouvrage architectural apporte un confort de vie sans précédent aux résidants (chambre individuelle contre chambre double, cabinet de toilette personnel contre cabines de douches communes sur le palier, salon et salle à manger conçus contre réfectoires bruyants et inconfortables) et améliore les conditions de travail pour les professionnels (largeur des ascenseurs permettant l'accès des fauteuils roulants, disposition des locaux permettant une distinction nette entre le propre, le sale, le chaud). Comment ne pas reconnaître enfin que les résidants apprécient ces nouveaux lieux d'accueil (dans certains milieux sociaux, surtout de cette génération, la chambre individuelle était un luxe ; beaucoup d'entre eux ont commencé à travailler très jeunes, vers l'âge de 14 ans, et « logeaient » chez des patrons).

Néanmoins, notre enquête montre que les résidants n'exploitent que très peu l'ouvrage qui leur est destiné. De fait, ils utilisent rarement les espaces se trouvant en dehors de leur chambre. Lorsqu'on s'immerge dans la structure en y pratiquant des observations répétées, on repère le peu de moyens dont disposent les résidants pour exploiter cet ouvrage conçu préalablement par l'architecte. Sans doute, l'architecture convient-elle à leur quotidien routinier car tout peut être réalisé sans trop d'effort, voire sans aucun effort. Ainsi, le résidant se trouve dans une situation où il n'est plus obligé de pratiquer une activité, aussi basique soit elle : dresser la table, marcher plusieurs minutes, faire à manger, réfléchir à un menu, se rendre aux toilettes car cela se trouve à proximité du lit… Pourtant, pratiquer une activité, aussi minime soit-elle, stimule les capacités physiques et intellectuelles du résidant - ce que nous désignons par les capacités techniques et les capacités sociologiques. Aussi, sans la présence et le dynamisme du personnel et de l'animatrice, les résidants seraient totalement reclus et retirés du monde social, sans parler des conséquences physiologiques. Les professionnels constatent depuis quelques temps une prise de poids chez les résidants, malgré une alimentation équilibrée, mais aussi une augmentation du diabète, des endormissements fréquents, des cas de désorientations dans l'espace et dans le temps de plus en plus précoces et de plus en plus fréquents, des faiblesses musculaires… Pour y remédier, ils songent à mettre en place des activités sportives.

Il va sans dire qu'ici le terme de maison de retraite prend tout son sens. Bien que l'ouvrage architectural soit construit au sein de la ville, il reste malgré tout un univers fondamentalement clos. Il ne s'agit pas ici d'incriminer en quelque façon les politiques publiques. On sait bien que celles-ci entendent ouvrir les EHPAD sur le monde extérieur, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural. Il n'est pas davantage question de remettre en cause, de quelque manière que ce soit, la compétence des architectes, ni encore moins de mettre en doute leur volonté de bien faire. Il s'agit seulement de s'interroger sur la manière dont les architectes pourraient encourager les résidants à exploiter pleinement cet ouvrage, lieu conçu avant tout pour prendre soin de la

personne « âgée », quel que soit son degré de handicap, d'autonomie et de dépendance. Toute la question étant de savoir ici, si cet encouragement n'est envisageable qu'à partir de la conception de l'ouvrage ou si, au contraire, il est réalisable a posteriori dans une transcription scénographique à travers l'introduction d'une diversité de matières, le renouvellement des matériaux, la démultiplication des formes…

Alors que la conception architecturale de l'habitat ordinaire oriente généralement les habitants dans leurs manières d'être, on constate ici que la conception de l'EHPAD se focalise très largement sur les modalités de son utilisation par les résidants et le personnel.

Nous avons en effet montré que les conceptions actuelles de l'ouvrage sont avant tout imaginées pour accompagner le travail du personnel. L'ouvrage architectural devient alors un outil pour le personnel qui l'exploite de telle manière qu'il sert en premier lieu son travail. L'ouvrage architectural se présente ainsi fondamentalement comme un adjuvant pour l'activité du personnel. Lorsque la conception de l'ouvrage ne se centre pas sur le travail du personnel, comme c'est le cas dans la « Maison bourgeoise » - parce que l'ouvrage n'a pas été pensé ici dans sa globalité pour recevoir ce public - il se présente tout simplement comme un lieu de travail mais non comme un outil de travail. Ce n'est donc pas un hasard si le personnel, dans ce dernier cas, manifeste une certaine insatisfaction à l'égard de la conception de l'ouvrage. Ainsi, quand bien même la « Maison bourgeoise » respecte les normes handicapées, les revendications du personnel à l'égard de la configuration des espaces, des matériaux des pièces, de la répartition des espaces dans l'ouvrage, etc., sont récurrentes. A ces revendications viennent s'ajouter les récriminations des résidants au sujet, cette fois, des conditions d'existence au sein de l'établissement.

Sans doute, ces revendications du personnel sont-elles toujours liées au sentiment que l'ouvrage n'est pas adapté au public accueilli dans les locaux. Mais, à y regarder de plus près, on perçoit que ces revendications sont à rapporter au fait que l'ouvrage ne constitue pas un adjuvant pour le travail du personnel. Il en va ainsi du carrelage au sol, des espaces trop étroits pour accueillir les personnes en fauteuil roulant (bien que tout le monde entre à condition de bien manipuler les fauteuils), de la salle d'animation qui se trouve dans la salle à manger, de la structure qui ne dispose pas d'unités fermées pour les personnes désorientées, du parc qui ne dispose pas d'un terrain plat, des chaises trop lourdes, etc.

A l'inverse, lorsque la conception de l'ouvrage constitue un outil pour le personnel, elle favorise les liens entre les membres du personnel, mais aussi une tendance fusionnelle dans les relations entre le personnel et les résidants. Par ailleurs, on observe que le personnel s'approprie très rapidement les lieux et, du coup tend, à en désapproprier tout aussi rapidement les résidants. Une répercussion directe s'opère donc entre l'utilisation de l'espace et l'appropriation des lieux.

Ainsi, lorsque l'ouvrage constitue un véritable outil de travail pour le personnel, il ne donne pas les moyens aux résidants de l'utiliser puisque la fonctionnalité des lieux correspond principalement à l'utilisation qu'en a le personnel dans son activité. Par conséquent, les résidants ne voient pas ce à quoi peut servir l'établissement par-delà la prise en charge sanitaire dont ils sont l'objet. Dès lors, l'entrée dans l'EHPAD les assigne à résidence dans la mesure où ils n'envisagent plus d'être et de faire autrement que ce que leur suggère la fonctionnalité du cadre bâti qui, rappelons-le, est principalement orienté vers la protection, le soin, l'entretien des personnes. En effet, une forme de

léthargie s'installe chez les résidants qui se laissent du coup totalement prendre en charge.

Par ailleurs, on constate que la proximité des lieux ne stimule plus physiquement les résidants. Cela se traduit pour la plupart d'entre eux par une prise de poids, un affaiblissement des muscles, voire un amoindrissement des connections neuronales. Ces symptômes, que l'on pourrait qualifier de « symptôme de déviance », ne sont bien entendu pas la cause de leur état. Cependant, il favorise la survenue de déficiences, voire il constitue un accélérateur de la déficience constatée lors de l'entrée dans l'EHPAD.

Il reste que l'établissement ne se résout pas à cette situation en permettant notamment aux résidants de s'entraider, de participer aux tâches de la vie collective, stimulant ainsi leurs capacités relationnelles, leur aptitude à la sociabilité. C'est dire que l'établissement se départit socialement de l'ouvrage architectural par la latitude que se donne la direction et les initiatives quotidiennes du personnel.

Aussi, le passage de la *Domus* à *l'Oïkos* n'est pas sans conséquences sur le corps et les manières d'être de la personne vieillissante. Ce dernier nécessite, en effet, que la personne rompt avec son cadre de vie, c'est-à-dire son mode de vie, ses habitudes mais aussi avec les automatismes qu'elle avait incorporé au fur et à mesure que son vieillissement et ses déficiences l'obligent à aménager son existence.

Volume 2

Introduction

Les maîtres d'œuvre et les maîtrises d'ouvrage (publics, social, particulier) tentent de trouver des solutions en anticipant les risques potentiels d'une inaccessibilité au logement (construction avec ascenseur, porte automatique, porte de garage électrique…).

On relève que des programmes expérimentaux ont été entrepris pour améliorer le cadre bâti. Des initiatives centrées sur l'habitat tel que le programme SEPIA (secteur expérimental pour une programmation innovante de l'habitat des personnes âgées) illustre parfaitement cette volonté d'amélioration architecturale. A cela s'ajoute des programmes menés dans les années 1990 axés sur la domotique et les nouvelles technologies (Jobert, 1993). Loin de remettre en cause l'importance de ces initiatives, il s'agissait ici de s'interroger sur la manière dont les personnes vieillissantes, quelles soient semi-valides, désorientées, en perte d'autonomie ou dépendantes, utilisent et inscrivent leurs manières d'être dans de nouvelles conceptions architecturales - en dehors des programmes expérimentaux - et des nouveaux objets/équipements mis à leur disposition. C'est ainsi, selon nous, que nous pouvions évaluer la pertinence de l'ouvrage architectural afin de saisir comment le cadre bâti qu'est l'EHPAD peut constituer une *prothèse* et une *béquille* pour le résidant. L'espace architectural a des répercussion tant au niveau corporel qu'au niveau sociologique. Autrement dit, l'espace - et plus encore l'ouvrage architectural - s'entendent comme un outil technique qui participe à consolider le corps mais aussi la personne. Or, nous constatons que l'adaptation de l'espace ne constitue pas une condition suffisante pour une exploitation et une appropriation des lieux par l'usager car toutes ces adaptations répondent essentiellement à des besoins physiologiques de la personne atteinte d'un handicap.

Aussi, architectes, politiques publiques, ergothérapeutes, maîtres d'ouvrage savent répondre aux besoins du handicap par un ensemble d'outils techniques. Cependant, bien que cette adaptation technique du cadre bâti participe indéniablement à l'amélioration des conditions de vie de la personne ayant un handicap, nous constatons qu'elle constitue un frein à l'exploitation des lieux contrairement à ce qui est attendu dans le projet initial de l'adaptation. Autrement dit, lorsque l'ouvrage architectural répond essentiellement à des normes techniques, il ne stimule plus guère le résidant. Il formerait même « un moule » pour le corps dans la mesure ou la manipulation n'est plus nécessaire et l'appropriation n'est guère envisageable. Nous avons vu qu'il était donc nécessaire d'apporter des aménagements à la conception architecturale afin que les résidants puissent utiliser et s'approprier les lieux.

Aujourd'hui, l'EHPAD est une institution médicalisée qui propose avant tout une prise en charge sanitaire. Elle s'apparente encore trop souvent à l'hôpital, malgré les efforts déployés sur la conception architecturale. Bien qu'elle ne peuvent être assimilées aux « institutions totalitaires » décrites par Goffman, la maison de retraite représente encore, pour beaucoup de français, un « mouroir », même s'ils nuancent leur jugement comme nous le rappelle les études réalisées par la DREES (Le Bouler, 2005).

Par ailleurs, le regroupement de l'ensemble des différentes structures en EHPAD participe à cette dimension plus importante du sanitaire. A partir de nos deux terrains d'enquête, pourtant radicalement opposés au niveau architectural, nous constatons que la dimension sanitaire joue un rôle déterminant dans la représentation sociale qu'ont les

résidants de la structure, mais aussi sur les répercussions que cela peut avoir dans leur rapport à l'espace.

Après avoir repéré ce qui constitue des obstacles ou au contraire des aides à l'exploitation et l'appropriation des lieux, nous avons confronté cette analyse sociologique à une équipe d'architectes, réunie pour l'occasion, dans le cadre d'un séminaire-atelier. L'objectif était, ici, de permettre aux architectes de se saisir de l'analyse sociologique pour proposer des améliorations sur l'ouvrage existant, voire sur de futurs ouvrages. Le but n'étant pas de proposer un modèle-type d'architecture mais plutôt de saisir les éléments architecturaux qui peuvent singulariser l'espace afin de le rendre ajustable au résidant malgré son handicap, sa perte d'autonomie et/ou sa dépendance.

IV. Présentation du séminaire atelier archi'socio

7) Méthodologie

Au cours de cette recherche, nous avons parallèlement réfléchi à l'élaboration d'un séminaire afin de confronter nos travaux auprès d'architectes. Ainsi, après la réalisation de nos deux terrains d'investigation, qui se sont déroulés entre les mois de janvier et mai, nous avons mis en place une rencontre avec une pluralité de maîtres d'œuvres. L'objectif était, ici, de montrer à ces derniers une synthèse de notre analyse sociologique sur la question de l'habitat conçu à destination des personnes vieillissantes atteintes de déficiences en montrant que l'architecture induit des obstacles à l'utilisation et à l'appropriation des lieux en raison de difficulté qu'ils éprouvent à se mouvoir dans l'espace, à s'y orienter ou encore à l'appréhender.

Cette rencontre, nous l'avons présentée sous la forme d'un séminaire-atelier que nous avons appelé archi'socio afin de souligner le croisement de deux disciplines : le travail d'analyse sociologique soumis au regard de l'architecte. Nous souhaitions, au départ, décomposer ce séminaire-atelier en deux séances. Pour des raisons d'organisation nous avons finalement modifié le déroulement de ce séminaire-atelier. Celui-ci s'est donc déroulé sur deux jours : une séance l'après-midi et une autre séance le lendemain matin. Cette répartition dans le temps permettait d'accueillir des architectes venant de l'extérieur du laboratoire PAVE de l'école nationale supérieure d'architecture et de paysage de Bordeaux.

Nous avons réuni une diversité de maîtres d'œuvre au sein de ce séminaire-atelier : architecte DPLG en libéral, architecte associé d'une agence parisienne, architecte contractuel, docteur en architecture et enseignant, architecte-doctorant. Trois autres architectes n'ont pu se joindre à nous en raison d'un emploi du temps chargé : deux architectes-doctorants - dont un enseignant à l'ENSAP Bordeaux - et un architecte d'une agence parisienne. Cette pluralité d'architectes permettait de croiser des regards différents entre praticiens, praticiens-enseignant et chercheurs sur la manière d'appréhender l'analyse sociologique. Les praticiens sont, en effet, rarement invités à s'exprimer sur l'analyse sociologique du cadre bâti. De plus, ce séminaire-atelier constituait l'occasion d'interroger les architectes sur l'ouvrage architectural que constitue l'EHPAD. Nous attendions qu'ils réfléchissent, et nous éclairent, sur les moyens à mettre en œuvre pour faciliter l'utilisation de l'ouvrage par les personnes vieillissantes atteintes d'une déficience.

Au début de ce séminaire-atelier, notre intervention d'une trentaine de minute visait à présenter une analyse sociologique issue de nos deux terrains d'investigation, ainsi que les objectifs attendus de cette rencontre. Au cours de cette présentation, nous avons expliqué la raison pour laquelle la conception de l'EHPAD pouvait constituer un obstacle à l'utilisation et l'appropriation des lieux. Nous avons souligné que l'utilisation n'était envisageable qu'à partir du moment où le résidant était en mesure de savoir quoi faire dans l'espace et de savoir quoi en faire de cet espace. L'appropriation des lieux étant la manière d'être dans l'espace et la manière d'y instaurer des habitudes de vie. Présenter cette distinction constituait un moyen d'introduire notre propos et de souligner l'importance de s'interroger sur l'ouvrage architectural et sur les moyens que les résidants avaient de se saisir techniquement de cet espace. Il s'agissait, par conséquent, de réinterroger la conception architecturale de l'institution destinée aux personnes vieillissantes atteintes d'une déficience - l'EHPAD - après avoir pointé les éléments qui favorisaient l'utilisation et l'appropriation des lieux. Il convenait donc, non pas d'établir un modèle type d'EHPAD en établissant un cahier des charges, mais de revisiter l'espace institutionnel, par-delà les préconisations imposées en amont d'un projet, à savoir les dispositifs techniques et normatifs.

Nous avons donc pointé trois éléments :

Tout d'abord, l'obstacle majeur pour l'exploitation des lieux se décèle dans la difficulté pour les résidants à saisir la manière dont ils doivent et peuvent utiliser l'espace au-delà de leurs destinations premières.

Ensuite, les personnes vieillissantes n'arrivent pas à s'approprier les lieux en raison de l'aspect technique de l'espace contribuant à expurger son contenu de toute animation

Nous précisons, encore une fois, que l'animation doit s'entendre, ici, au sens étymologique du terme, du latin *animare*, « donner la vie ». Aussi, l'animation devrait se concrétiser dans la fabrication même de l'ouvrage, au niveau de l'art. L'animation de l'espace relève de sa visée plastique - non pas au sens du goût esthétique laid ou beau qui renvoie au jugement de valeur et des codes sociaux, comme le disait Bourdieu - mais au sens de l'art et de sa matière. Dans le sens où l'outillage est figure, du latin *figura*, c'est-à-dire modelage. L'objectif étant que l'ouvrage ne soit pas uniquement utilitaire.

Afin de situer notre propos auprès des participants, nous avons adressé à chacun un document préalable, accompagné du programme du séminaire-atelier archi'socio. Les documents se trouvent dans les pages qui suivent. La première page du programme représente une fenêtre avec un bouquet de fleur ayant pour titre « Voir de sa fenêtre ». Cette image vient en écho de nos travaux menés pour cette recherche. La fenêtre ouverte avec le bouquet de fleur en premier plan souligne l'importance que la nature à pour la personne, surtout lorsqu'elle vieillit et qu'elle rencontre une déficience, parce qu'elle anime les lieux. Autrement dit, l'animation passe par ce regard porté sur la vie que la nature nous offre. Il s'agit d'harmoniser cette nature avec l'ouvrage architectural, et *vice versa,* et de réfléchir sur la manière dont l'architecture de l'EHPAD peut, elle aussi, animer la vie du résidant.

Notre intervention avait pour objectif d'amener les participants à réagir sur notre analyse afin qu'ils proposent, par la suite, des idées sur l'aménagement possible à apporter à l'ouvrage architectural afin de le rendre utilisable et appropriable par les résidants.

Liste des participants :

ANDRÉ Orianne, DPLG, Architecte contractuelle, Fondatrice de l'association Séniors - Juniors - Architecture, Paris.

BARA Stéphane, Architecte DPLG, libéral, ancien scénographe à Beaubourg, Paris.

VITART Myrto, Architecte Associé Agence IBOS et VITART, Paris.

FITSIMONS Kent, Docteur en architecture, Enseignant à l'ENSAP Bordeaux, chercheur laboratoire PAVE, Bordeaux.

GONZALEZ Adrien, Architecte HMO (habilité à la maitrise d'œuvre), Doctorant au laboratoire PAVE, Bordeaux.

Excusés :

MAZEL Caroline, Architecte-Enseignante à l'ENSAP de Bordeaux, Doctorante laboratoire PAVE, Bordeaux, Fondatrice Agence médiarchi.

GERBEAUD Fanny, Architecte, Doctorante laboratoire PAVE, Bordeaux.

LACATON Anne, Architecte, Agence Anne Lacaton, Paris.

Présents :

TAPIE Guy, Professeur à l'ENSAP Bordeaux, Directeur du laboratoire PAVE.

AMESZ Inéka, Anthropologue, Chargée des relations internationales à l'ENSAP Bordeaux.

PROJET PROPOSITION

Préparé pour : séminaire-atelier archi'socio
Préparé par : Elodie BARA – sociologue – chercheur Laboratoire PAVE
Date : 28 et 29 septembre 2010
Proposition n° : 1

Nous allons, ici, nous interroger sur un type de structure d'habitat : la structure d'accueil pour les personnes vieillissantes, et plus précisément l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Au cours de nos travaux, nous nous sommes interrogée sur la manière dont les personnes vieillissantes s'approprient les lieux, et leur environnement. Ce dernier étant à découper en trois coordonnées : l'espace, le temps et le milieu. Nous avons ainsi démontré l'existence *d'une spécificité des modes d'appropriation* des lieux chez la personne vieillissante, malgré la diversité des structures d'habitat et de leur environnement : du domicile à la structure d'accueil. En d'autres termes, nous avons prouvé que la personne vieillissante appréhende et investit l'espace différemment lorsque cette dernière vieillit socialement (retraite, catégorie sociale : senior, personne âgée, etc.) et biologiquement (modifications corporelles, etc.). Le croisement de ces deux facteurs, vieillesse et vieillissement, entraine chez elle des altérations dans l'exercice de sa capacité à se déprendre de son environnement, et par conséquent de l'espace dans lequel elle se situe. Or sans cette capacité à se déprendre, il ne peut y avoir, de notre point de vue, appropriation des lieux. Nous allons y revenir dans ce qui suit.

En repérant cette spécificité, nous sommes en mesure de saisir les raisons pour lesquelles les structures d'habitat en général (maison individuelle, appartement, foyer, etc.) n'offrent pas toujours les moyens aux personnes vieillissantes de s'approprier les lieux. Phénomène qui, d'ailleurs, s'accentue dans les structures qui leur sont spécialement destinées. Souvent comparées à des mouroirs, nous voulons aujourd'hui réfléchir sur la manière dont les EHPAD peuvent trouver une dimension « plus humanisée » par-delà leur conception architecturale normative.

S'il est certain que des progrès techniques ont permis de rendre les lieux accessibles au plus grand nombre, cela ne constitue pas un élément suffisant pour les rendre appropriables. En effet, l'accessibilité des lieux donne les moyens à la personne de se mouvoir dans un espace normalement inaccessible, en raison des difficultés motrices qu'elle rencontre, mais ne les rends pas *ipso facto* appropriables[1], voire utilisables[2]. Autrement dit, ces moyens techniques, qui agissent sur la dimension corporelle de la personne, ne favorisent pas pour autant l'appropriation et/ou l'exploitation des lieux.

Il y a donc un enjeu - tant politique qu'architectural - à saisir les moyens qui encourageraient l'utilisation et l'appropriation des lieux. Sans quoi, le risque est de réduire la structure à un « pour loger » des corps, qui selon l'expression populaire se réduit à « des cages à lapin » ou pour l'EHPAD « à un mouroir », plutôt qu'à une structure *pour habiter*, qui nécessite dans ce cas de pouvoir *exploiter* et *s'approprier* les lieux.

[1] Un espace appropriable est un espace dans lequel la personne peut y marquer son empreinte au niveau corporel et au niveau social en fonction de son mode de vie.

[2] Un espace utilisable est un espace que la personne peut exploiter technique, qui requière une manipulation, qui peut aller au-delà de la fonction donnée à l'espace.

Aussi, afin que le lieu soit approprié, il faut permettre à la personne de se déprendre de son environnement. Autrement dit, il faut qu'elle puisse prendre de la distance avec l'espace que le concepteur lui donne à incorporer. Or, la structure d'habitat, telle la structure d'accueil, en répondant essentiellement à des normes techniques d'accessibilité dans sa fabrication, ne se transforme pas aisément en un outil qui pourrait servir dans son *utilisation* à une *prothèse* et dans son *usage* à une *béquille* pour le résidant, même lorsque celui-ci rencontre des déficiences motrices, sociologiques ou encore axiologiques (appelés plus communément psychologiques). En fait, nous constatons que les normes techniques, fortement imposées institutionnellement, configurent l'EHPAD en un outil qui participe très largement à améliorer les conditions de travail du personnel - à travers une fonctionnalité accrue (zonage de l'espace, répartition des flux propre/sale, etc.). Par contre, elles n'incitent pas les résidants à utiliser les lieux, et pas davantage à se les approprier.

Par conséquent, l'EHPAD donne assurément les moyens au personnel de prendre soin des résidants, mais n'offre pas à ces derniers les possibilités de poursuivre leurs habitudes de vie, dans la mesure où la conception s'éloigne de leur mode d'appropriation des lieux, qui, rappelons-le, est spécifique chez la personne vieillissante.

Ici, l'utilisateur n'est pas à confondre avec l'usager, même s'ils sont complémentaires (sauf en cas de pathologies et probablement en cas de dégénérescence puisque le rapport avec l'espace, le temps et le milieu est totalement bouleversé). L'utilisateur exploite les lieux, qui sont érigés en outil, pour en faire quelque chose, c'est-à-dire un *pour habiter*. Tandis que l'usager y instaure son mode de vie, ses habitudes, son histoire.
Il est possible techniquement d'utiliser des lieux sans pour autant se les approprier.

> Par exemple, les résidants utilisent la salle à manger pour les repas quotidiens mais ne viennent pas avec leur poste radio qu'ils avaient, pourtant, l'habitude d'écouter à cette occasion lorsqu'ils habitaient à leur domicile. Dans ce cas la salle à manger reste un espace fonctionnel.
>
> Bien sûr, nous pourrions en conclure que l'institution ne permet pas l'appropriation, mais il s'agit, ici, de nous interroger sur la façon dont on peut permettre au résidant de réaménager son mode de vie avec le support de la conception architecturale.

Il se peut, à l'inverse, qu'ils investissent les lieux sans les utiliser. Aussi, le lieu peut être un espace qui permet à la personne de se déprendre de son environnement alors qu'il n'a pas de fonction particulière pour elle.

> Par exemple des résidants peuvent se poster à un endroit de la résidence, comme le hall d'accueil, sans qu'il n'ait d'utilité pour eux (si ce n'est la fonction d'observatoire pour voir le passage des uns et des autres) ; la fonctionnalité de ce lieu, finalement, ne concerne que le personnel pour accueillir les visiteurs, du moins c'est la fonctionnalité première qu'en ont donné les exécutants, à savoir maîtres d'œuvre et maîtres d'ouvrage, ce qui n'empêche pas de concevoir des fonctions supplémentaires à cet espace mais c'est précisément la difficulté du résidant. En effet, la diversité des

fonctions représente précisément un des points qui, selon nous, fait défaut dans la conception de l'EHPAD.

Nous constatons que les maîtres d'œuvres et d'ouvrages des EHPAD définissent de plus en plus étroitement les espaces en leur attribuant des fonctions. Seulement, ces fonctions ne permettent pas aux résidants d'exploiter les espaces, soit parce qu'ils sont en décalage avec les modes de vie des personnes vieillissantes, soit parce qu'ils ne leur donne pas les moyens d'en faire autre chose que sa fonction première.

Or, s'il est important de saisir la destination d'un lieu, il est tout aussi important de l'utiliser à sa manière, c'est-à-dire selon un mode de vie qui n'entrave ni la cohabitation entre résidants et personnel, ni le règlement intérieur. Il conviendrait, par conséquent, d'attribuer, non pas nécessairement d'autres fonctions à l'espace, mais plutôt de fournir des éléments qui permettraient à l'utilisateur de réaliser son propre mode d'emploi sans qu'il lui soit d'emblée imposé lors de la conception. Car, en effet, la conception architecturale, même si elle ne détermine pas l'usage d'un lieu dans la mesure où la personne a les capacités d'en faire autre chose, la guide dans son utilisation. Ajoutons que c'est précisément ce qui fait défaut chez le résidant : mobiliser cette capacité à faire de l'espace autre chose que ce que sa fonction première lui donne.

De plus, ce type de structure qu'est l'EHPAD reçoit des personnes vieillissantes dites dépendantes, c'est-à-dire atteintes d'une déficience. Ces personnes manifestent, encore plus que les autres personnes vieillissantes dites autonomes, des difficultés à exploiter les lieux. Dans ce cas, l'accessibilité des lieux n'est pas une condition suffisante, bien qu'elle soit nécessaire, puisqu'elle ne donne pas les moyens à la personne vieillissante de saisir le mode d'emploi, soit parce qu'elle n'arrive pas à le retenir, soit parce qu'il lui semble trop compliqué, soit parce qu'elle éprouve des réticences à s'en servir. Bref, une multitude de raisons explique cet obstacle à l'utilisation des lieux.

Pour ne citer qu'un exemple, prenons le cas de la place publique, qui dans la volonté des concepteurs a pour fonction de favoriser le lien social. Dans les faits, le résultat s'éloigne bien de l'effet escompté puisque souvent ce n'est qu'après plusieurs années qu'elle commence à être utilisée par les résidants, c'est-à-dire lorsque, parmi eux, certains ont vraiment réussi à y trouver une fonction, comme jouer aux cartes ou recevoir un invité qu'ils ne préfèrent pas recevoir dans leur chambre.

On voit bien là que la capacité d'exploiter le lieu existe. En fait, ce qui constitue un obstacle à cette exploitation est la fonction première de ce lieu parce que cela ne correspond pas à leur mode de vie où plus exactement à celui qu'ils tentent de réaménager dans l'EHPAD - bien que la place publique soit accessible par tous.

Afin de nous repérer dans la manière dont les résidants appréhendent l'espace, nous avons effectué un classement des déficiences en trois groupes. Pour plus de lisibilité, nous reprenons les termes utilisés par les politiques publiques en les redéfinissant de façon à nous permettre de montrer que, selon les déficiences, le rapport à l'environnement : l'espace, le temps et le milieu, n'est pas toujours le même. C'est pourquoi, dans certains cas

il est nécessaire de construire des structures spécifiques, et non pas seulement des espaces spécifiques dans la même structure.

Trois types de déficiences sont généralement regroupées pour accueillir le résidant dans un EHPAD : le handicap, la perte d'autonomie et la dépendance. Nous proposons de les définir comme suit :

- ***Le handicap*** se situe au niveau de la motricité. C'est en quelque sorte *la perte de la technicité du corps*. Par conséquent, le handicap entraine des modifications dans le rapport à l'environnement au niveau corporel. L'appréhension de l'espace varie en fonction du handicap de la personne qui a, dans ce cas, recourt à des outils techniques pour se mouvoir afin de pouvoir utiliser l'espace, comme par exemple le déambulateur, la canne ou le fauteuil roulant. Aussi, pour que la personne puisse utiliser l'espace, elle doit d'abord réussir à manipuler cet outil, se l'approprier pour ensuite utiliser et s'approprier les lieux dans lesquels elle se situe. La personne handicapée est alors obligée de surmonter une difficulté supplémentaire, que ne rencontrent pas les personnes sans handicap.
- ***La perte d'autonomie*** se place au niveau sociologique (dit plus communément psychologique) à savoir au niveau de l'être social. La perte d'autonomie est alors à entendre comme une *difficulté à prendre des responsabilités*, à prendre en charge quelqu'un d'autre et à se prendre en charge. De coup, la personne n'effectue les actes de la vie quotidienne qu'avec l'intervention d'un tiers. Dans ce cas, la personne appréhende l'espace comme un élément susceptible de la déstabiliser. Il devient alors un élément perturbateur. Il en est ainsi des espaces qui lui paraissent potentiellement risqués parce qu'elle pourrait s'y retrouver enfermée tel l'ascenseur, ou encore les espaces sombres, les espaces retirés de l'ensemble de la structure. De fait, lorsque l'espace n'apparaît pas familier à la personne en perte d'autonomie, elle ne cherche ni a l'utiliser, et encore moins à se l'approprier.

- ***La dépendance*** correspond, quant à elle, à *une perte de liberté*. La personne manifeste alors des difficultés à maîtriser sa vie. Dans ce cas, il lui est quasiment impossible de faire des choix, de trouver des satisfactions dans sa vie. La personne ne s'autorise plus à utiliser ou à s'approprier les choses. Par conséquent, elle ne s'autorisera pas à exploiter et/ou s'approprier l'espace qui est mis à sa disposition. Aussi, le rapport à l'espace est certainement similaire à celui de la personne en perte d'autonomie, à la différence qu'ici, l'espace devient une source d'angoisse l'empêchant de s'y rendre. La difficulté, ici, ne se situe plus au niveau de la manipulation des choses - comme pour la perte d'autonomie où il s'agit de réfléchir à des outils dont le mode d'emploi peut être facilement retenu – mais au niveau de la manière dont l'espace peut devenir un élément rassurant à l'instar du cocooning ambiant, c'est-à-dire à l'inverse d'une conception fonctionnaliste et minimaliste.

Nous comprenons, dès lors, qu'en agissant étroitement sur l'accessibilité des lieux, sans s'interroger sur leur appropriation et leur exploitation, on tend à ne plus offrir les meilleures conditions sociales d'existence à la personne. Pour ce faire, il convient de

permettre à la personne vieillissante, malgré sa déficience, de se déprendre de son environnement et de le rendre manipulable, ou tout du moins de l'y encourager.

Or, nous constatons que la visée utilitaire des EHPAD ne participe pas au maintien de la personne vieillissante ; car en privilégiant l'adaptation corporelle du résidant on lui crée une enveloppe dans laquelle il se « moule ». Ce phénomène est loin d'être dérisoire, cela a une incidence directe sur le résidant puisque c'est ainsi qu'il s'enracine dans un lieu, qu'il n'arrive plus à s'en dégager, à prendre la distance nécessaire qui lui permet d'aménager ou réaménager des habitudes de vie. De fait, l'EHPAD accentue un processus déjà prégnant chez la personne vieillissante. Ce phénomène explique aussi les raisons pour lesquelles les résidants instaurent à l'intérieur de ce type de structure une vie très ritualisée et très routinière.

Il s'agit, ici, ni de remettre en cause l'institution, ni la conception architecturale en tant que telle mais, plutôt, de s'interroger sur la manière dont il est possible de remédier aux éléments qui constituent un obstacle à l'utilisation et l'appropriation des lieux.

Nous verrons, par contre, que certaines situations nécessitent certainement de créer des lieux particuliers, essentiellement en cas de sénilité comme pour les personnes atteintes de maladie type Alzheimer (l'espace étant à concevoir spécifiquement pour ces personnes).

Il reste que la structure d'accueil n'offrira jamais les mêmes moyens de s'approprier les lieux qu'au domicile. En effet, nous reconnaissons – et nous avons très largement travaillé sur cette question - que les conditions sociales participent à l'appropriation des lieux. Aussi, nous voulons, ici, nous interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour permettre au résidant d'exploiter la structure d'accueil qu'est l'EHPAD. A partir d'observations menées au sein de deux EHPAD (architecturalement opposées puisque l'une est une restructuration et une extension terminée en 2009 et l'autre est une réhabilitation et une extension au sein d'une ancienne maison bourgeoise du 19ème siècle), nous proposons de montrer, photographies à l'appui, ce qui constitue des obstacles ou au contraire des incitations à l'exploitation de l'ouvrage architectural, et de comprendre les raisons pour lesquelles l'ouvrage mis à leur disposition n'est pas toujours exploitable en l'état.

Ce séminaire-atelier archi'socio constitue donc l'occasion de réfléchir sur les obstacles que rencontrent les résidants dans un EHPAD. Maintenant que nous avons sociologiquement repéré les éléments perturbateurs ou au contraire incitatifs à l'exploitation et l'appropriation des lieux, nous proposons de confronter ces analyses aux connaissances et aux savoir-faire de l'architecte. L'objectif étant de penser architecturalement les éléments qui favoriseraient le maintien du résidant.

Aussi, nous proposons dans ce séminaire-atelier de nous interroger sur la manière dont les lieux peuvent être conçus, modifiés ou agrémentés pour que leurs fonctionnalités – au-delà de leur adaptation - puissent *s'ajuster* aux résidants, que ces derniers soient atteints d'un handicap moteur, d'une perte d'autonomie ou d'une dépendance.

Séminaire-atelier archi'socio

Elodie BARA
Laboratoire PAVE

Programme

ARCHITECTURE, PERSONNES VIEILLISSANTES
HANDICAP, PERTE D'AUTONOMIE, DÉPENDANCE

Mardi 28 septembre 2010

13h30 : Présentation du séminaire-atelier archi'socio

13h45 – 14h15 : Intervention Elodie Bara : « l'EHPAD : des espaces à animer pour encourager le résidant à exploiter et à s'approprier les lieux »

14h15 – 14h45 : Echange avec les architectes / questions

14h45 – 15h15 : Présentation d'études de cas avec visionnage de photos des structures d'accueil (vision d'ensemble)

15h15 – 15h45 : Réflexion des architectes après visionnage des photographies

Pause café 15 mn

16h00 - 17h30 : Permettre l'exploitation des espaces communs de la structure en fonction de la spécificité des résidants (hall d'entrée, salle à manger, salle d'animation, salon, ascenseur, escaliers…)

Mercredi 29 septembre 2010

9h00 – 9h30 : Les espaces communs de la structure en fonction de la spécificité des résidants (suite)

9h30 – 10h45 : Rendre les espace privés appropriables (chambres, salle d'eau, salle de bain…)

Pause café 15 mn

11h00 - 12h30 : L'intégration de la structure d'accueil dans l'environnement paysagé

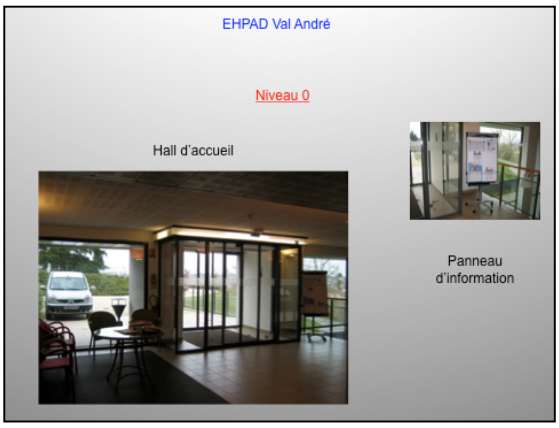
Séminaire – Atelier archi'socio

Laboratoire PAVE

Mardi 28 septembre
et mercredi 29 septembre 2010

V. Présentation de deux EHPAD

8) L'EHPAD Val André



Niveau 0

Local des soins pour les infirmières

Niveau 0

Hall d'accueil

Local médecin

ascenseur desservant les étages

Niveau 0

Patio dans l'unité ouverte

Niveau 2

Vue de la salle à manger

Patio des unités fermées

Niveau 2

Salle à manger

Niveau 2

Salle à manger

Niveau 1

Couloir de la salle à manger

Niveau 1

Salle à manger et Kitchenette

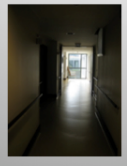
Niveau 1

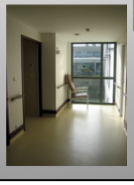
Porte de la chambre double
+ à côté chambre simple

Chambre simple

Niveau 0

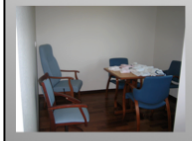
Accès aux chambres

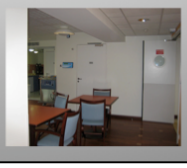




Niveau 1

Salle à manger





Niveau 0

Place publique

Accès au niveau 0 pour se rendre à l'unité fermée
escalier ou ascenseur

Niveau 0

Local inoccupé

Place publique

Niveau 0

Place publique

Niveau 0

Salon de coiffure

Vue sur le patio de l'unité fermée

Niveau 0

Place publique

Vue de la place publique sur l'extérieur

Niveau 0

Unité fermée

Chambre

Niveau 0

Salle de soins de l'unité fermée

Kitchenette de l'unité fermée

Vue sur le patio

Couloir desservant les chambres

Niveau -1

Accès à la salle d'animation et la cuisine thérapeutique

Niveau - 1

Pièce avec cuisine aménagée

Accès à la salle d'animation

Niveau 2

Accès à la salle à manger

Niveau 2

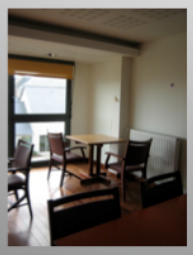
Exemple de chambre

Salle d'eau privée

Niveau 2

Coin kitchenette

Salle à manger



Panneau indiquant le menu et les activités du jour

Niveau 2

Salle à manger

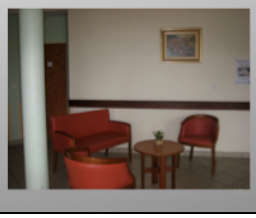
Niveau 2

Couloir pour se rendre dans les chambres

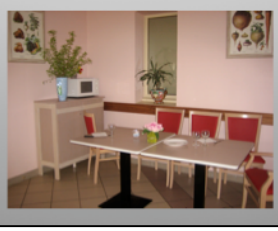
9) La « Maison bourgeoise »

Ancienne maison bourgeoise devenue
EHPAD

Hall d'accueil

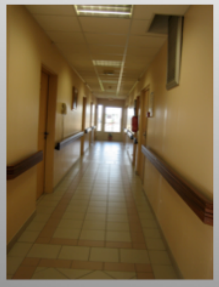


Salle à manger

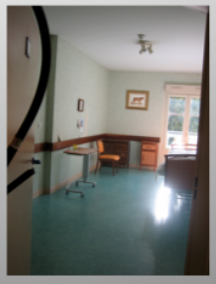


Niveau 0

Couloir desservant les chambres



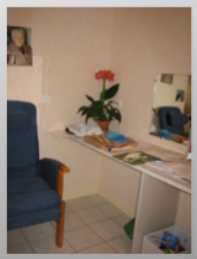
Exemple d'une chambre



Niveau 0

Niveau 0

Salon de coiffure



Niveau 1

Niveau 1

Niveau 1

Couloir desservant les chambres

Ascenseur desservant les étages

Niveau 1

Local infirmier

Niveau 1

Niveau 2

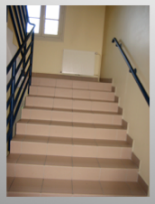
Niveau 2

Petit salon

Chambres dans la partie maison bourgeoise

Niveau 2

Cage d'escalier



Couloir desservant les chambres

Parking du personnel et des visiteurs

Les architectes ont émis très rapidement une résistance à l'analyse sociologique car elle portait sur l'objet - l'ouvrage architectural - dont ils présupposent sous doute être les seuls en mesure de rendre compte. De plus, cet objet croisait une seconde variable, celle de la personne vieillissante. Une rupture épistémologique était donc à opérer avec la doxa commune portée sur la personne âgée. Nous avons du insister sur le fait que la personne n'appréhende pas l'espace de la même manière lorsqu'elle vieillit et surtout lorsqu'elle est atteinte d'une déficience ; plus encore lorsque celle-ci manifeste une désorientation. Parallèlement à cette difficulté, nous avons remarqué que les architectes éprouvaient des réticences à s'appuyer sur des expériences bâties. Pour eux, l'aménagement d'un ouvrage n'est pensable que dans son unité au cas par cas. Dès qu'il s'agit de questionner le cadre bâti, ils nous renvoient aux conditions d'existence qui relèvent pourtant de l'analyse sociologique.

Par ailleurs, nous avons remarqué qu'ils pensaient toujours la conception de l'ouvrage dans sa globalité en conservant uniquement la structure porteuse de l'ouvrage même si, bien sûr, ils prennent en compte les contraintes environnementales. Nous comprenions que leur embarras à mener cette réflexion sur l'aménagement de l'ouvrage provenait de leur propre manière de penser l'ouvrage. Nous avons compris que pour beaucoup d'entre, l'ouvrage ne peut être pensé qu'à partir d'un site.

Par ailleurs, ils imaginent l'ouvrage en fonction de leurs propres connaissances sur l'homme et la manière dont celui-ci l'habite. Il est particulièrement difficile pour eux de rompre avec ces connaissances, ils craignent, sans doute, remettre ainsi en cause leurs savoir-faire.

Au regard de ces constats, nous avons projeté les photographies de nos deux terrains d'investigation. Le visionnage n'a fait que renforcer leurs premières résistances sur la réflexion du cadre bâti. Nous avons précisé, au préalable, que nous ne voulions en aucun cas que les structures présentées soient soumises à des critiques. L'objectif était de se servir des photographies comme base de travail pour comprendre la difficulté pour les résidants d'utiliser l'espace mis à leur disposition.

Malgré la richesse du débat, nous n'avons pu réfléchir directement sur ce questionnement. Toutefois, certains d'entre eux se sont demandés s'il ne fallait pas recourir à des designers, des architectes d'intérieurs voire des décorateurs. La proposition a très rapidement été rejetée par d'autres qui estimaient que leurs savoir-faire n'apporteraient pas d'éléments complémentaires au problème posé ici, à savoir l'aménagement de la conception de l'espace.

Très vite, la discussion tournera autour de leur propre difficulté à exercer leur métier. En fait, ils expliquent qu'ils sont eux-mêmes désappropriés de leurs savoir-faire lors de la construction d'un ouvrage. Cette désappropriation est due à l'imposante présence de la maîtrise d'ouvrage. Cette dernière, selon eux, s'impose en amont du projet sans permettre à l'architecte d'exercer ses compétences. De fait, la maîtrise d'ouvrage détermine la conception du projet architectural laissant très peu de latitude aux maîtres d'œuvre.

Ce constat dont les architectes nous font part éclaire notre analyse. Nous comprenons, à présent, la raison pour laquelle nous remarquons que la conception de l'EHPAD est centrée sur la prise en charge sanitaire du résidant. L'équipe de la maîtrise d'ouvrage d'un EHPAD est généralement composée de gériatre, de gérontologue, d'infirmier, de médecin coordonnateur, de directeur de structure et du financeur

(organisme HLM, collectivité locale, promoteur immobilier, etc.). Aussi, ils définissent le projet architectural en fonction de leurs propres critères de prise en charge et le projet de vie qu'ils désirent développer au sein de la structure. Par conséquent, le projet architectural se concevra autour de leur préoccupation, désappropriant ainsi les maîtres d'œuvre de la réflexion à apporter sur l'ouvrage. Ces derniers doivent se conformer aux exigences de la maîtrise d'ouvrage - formulées dans un imposant cahier des charges - et les contraintes de l'environnement. Il ne reste guère les moyens, pour eux, d'apporter une réflexion sur le projet architectural.

Dès lors, nous comprenons que dans ce contexte, il est difficile d'interroger les savoir-faire de l'architecte puisqu'il estime ne pas pouvoir mobiliser ses compétences en amont d'un projet. De fait, notre volonté de réfléchir à l'aménagement de l'existant apparaissait comme une hérésie.

Nos relances sur le bâti existant aboutissaient toujours à des propositions qui relevaient essentiellement du registre social mais rarement du registre technique. Ainsi, les architectes en déduisaient que l'appréhension de l'espace pour les résidants de la Maison bourgeoise était différente parce que le bâti n'avait au départ pas la même signification, parce que cet EHPAD avait une identité contrairement à l'autre EHPAD. Nous étions bien entendu en accord avec cette déduction. Nous nous en saisissions pour relancer l'interrogation sur l'amélioration de l'existant qui constitue aujourd'hui un obstacle. Comment faire justement pour que le nouveau cadre bâti, sans histoire, sans passé, se construise une identité ? Et qu'il représente autre chose qu'un EHPAD, c'est-à-dire un établissement de prise en charge sanitaire. Pour seule réponse, les architectes nous proposaient des formules alternatives, des modèles d'habitat existant à l'étranger où ce qu'ils concevraient eux.

Ils n'arriveront pas à dégager des pistes de réflexion sur le cadre bâti existant. Là encore, nous constatons que le projet architectural ne peut se penser, pour eux, que dans sa globalité, en amont. Ils partent d'un site pour construire un cadre mais ils résistent à imaginer l'inverse : partir du cadre pour l'améliorer dans ses formes, ses matières… Autrement dit, l'espace l'existant doit être vidé de son contenu pour pensé (cloisons, meubles…).

Bien qu'aucune proposition ne se dégage de ce séminaire-atelier, il n'en reste pas moins riche dans la mesure où il nous a permis d'éclairer nos interrogations suite à nos analyses sociologiques. Nous n'aurions, en effet, pas mis en lumière l'importance jouer par la maîtrise d'ouvrage et qui oriente très largement le projet architectural. Son imposante implication ne permet pas de donner à la conception de l'EHPAD une dimension d'habitat. C'est pourquoi, l'EHPAD se transforme en outil de travail et non plus en habitat pour les personnes vieillissantes dépendantes.

En résumé, il apparaît opportun de convoquer également les savoir-faire de l'architecte lors de la conception de l'ouvrage architectural. Il reste que ces savoir-faire doivent être confrontés à d'autres savoirs dans la mesure où les architectes ne connaissent pas les manières de faire et les manières d'être de la personne vieillissante, surtout lorsque cette dernière est atteinte d'une déficience. Encore une fois, il ne suffit pas d'adapter le logement, ni de répondre à des normes handicapées pour que le cadre bâti devienne une *prothèse* et une *béquille* pour la personne vieillissante. Dès lors, le croisement de plusieurs disciplines, de savoirs et de savoir-faire est nécessaire à la condition que chacun admette les compétences de l'autre et que cette diversité ne se concentre pas seulement sur la maîtrise d'ouvrage. La réalisation de cette union exige un

travail sur du long terme. Il est regrettable qu'aujourd'hui, l'immédiateté prime sur la durabilité, l'efficacité sur les compétences ! Les conséquences en sont une déshumanisation des lieux ! Ce n'est qu'à cette condition, selon nous, que nous pourrons réfléchir sur des aménagements à apporter sur l'habitat pour personnes vieillissantes atteintes de déficiences.

Bibliographie

ARGOUD et AL. (2004), Prévenir l'isolement des personnes âgées, voisiner au grand âge, Paris, Dunod.
BACHELARD G. (1957), La poétique de l'espace, Paris, PUF.
BADEY-RODRIGUEZ C. (2003), La vie en maison de retraite, Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants, Albin Michel.
BENOIST Y. (2009), Sans-logis de Paris à Nanterre, Ethnographie d'une domination ordinaire, Paris, l'Harmattan.
Bernard M. (1995), Le corps, Paris, du Seuil.
BOUDON P. (2003), Sur l'espace architectural, Marseille, Parenthèse.
BOURDIEU P. (1979), La distinction, critique sociale du jugement, Paris, éd. De minuit.
BRUTEL C. (2002), La population de la France Métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable, Insee n° 355-356,
BRUTEL C. (2002), Projections de population à l'horizon 2050 - Un vieillissement inéluctable, Insee.
CANGUILHEM G. (1966), Le normal et le pathologique, Paris, PUF.
CARADEC V. (2001), sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Nathan Université.
CARADEC V. (2004), Vieillir après la retraite, approche sociologique du vieillissement, Paris, PUF.
CHIRPARZ F. (1988), Le corps, Paris, éd. Klincksieck.
CONAN M. (1989), Méthode de programmation générative pour l'habitat des personnes âgées, CSTB et Plan construction et architecture, ministère de l'équipement, décembre.
CONAN M., SÉCHET P. (1995), Mémento-Stock de programmation générative pour l'habitat des personnes âgées, CSTB et Plan construction et architecture, mars.
DE BEAUVOIR S. (1970), La vieillesse 1 et 2, Paris, idées/gallimard.
DEHAN P. (2007), L'habitat des personnes âgées, du logement adapté aux EHPAD, USLD et Unités Alheimer, Paris, Le Moniteur.
DUPRE-LEVEQUE D. (2001), Une ethnologue en maison de retraite, Paris, EAC.
EYNARD C., SALON D. (2006), Architecture et Gérontologie, Peut-on habiter une maison de retraite ?, Paris, l'Harmattan.
FONTAINE R. (1999), Manuel de psychologie du vieillissement, Paris, Dunod.
FOUCAULT M (1975), Surveiller et punir, Paris, Gallimard.
GAGNEPAIN J. (19882-1990), Du vouloir dire, Du signe à l'outil, Tome I, Livre et communication, Paris.
GOFFMANN E (1973), La mise en scène de la vie quotidienne, les relations en public, Les éditions de minuit.
GOFFMANN E. (1975), Stigmate, les usages sociaux des handicaps, Les éditions de minuit.
GUILLEMARD A.M. (2003), L'âge de l'emploi, les sociétés à l'épreuve du vieillissement, Paris, Armand Colin.
GUILLUY C – NOYÉ C. (2004), Des nouvelles fractures sociales en France, Les classes moyennes oubliées et précarisées, Atlas.
LE CORBUSIER (1995), Vers une architecture, Paris, Flammarion.
PINCON M, PINCON-CHARLOT M. (2003), Sociologie de la bourgeoisie, Paris, La découverte.
ROCHEFORT R. (2004), Vive le papy-boom, Paris, Odile Jacob.
TAPIE G. (2000), Architectes : mutations d'une profession, Paris, L'Harmattan.
TAPIE G. (2009), Bordeaux Métropole, Un futur sans rupture, Ouvrage collectif, direction avec Patrice Godier, Editons parenthèses.

TAPIE G. (2009), La fabrication de la ville : métiers et organisations, Ouvrage collectif, Direction scientifique avec V. Biau, Editions Parenthèses.
TAPIE G. (sous la dir. de) (2005), Maison individuelle, architecture, urbanité, La tour d'aigues, éditions de l'aube,

« Les techniques de la vie quotidienne, âges et usages » (2002), DRESS, coll. Mire.

« Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », Désesquelles Aline et Brouard Nicolas, Institut National Démographique, Paris.

« Les personnes âgées » (2005), INSEE, éd. , 61 p.

« Aides techniques et aménagement du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile » (2003), DREES, n°262.

« Techniques et Architectures » (2002), hôpital, hospitalisé.

« L'adaptation de l'habitat chez des personnes (de plus de 60 ans) souffrant de handicaps et/ou de maladies et vivant à domicile, Les usages et les interactions entre les personnes proches et les professionnels » (2000), Contrat d'études MIRE n°25/98-CNAV, Françoise Le Borgne-Uguen, Simone Pennec, collaboration de Florence Douguet.

« L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2003 » (2003), DREES, n°245.

« Les établissements pour personnes âgées en 2003 », (2005), DREES, Etudes et résultats, n°379 et 380, février-mars.

« Pathologie et perte d'autonomie des résidants en établissements d'hébergements pour personnes âgées » (2006), DREES, Etudes et résultats, n°515, août.

« Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 » (2005), Cahier du plan, n°11, septembre.