

Mémoire de fin d'études : "L'accessibilité : un premier pas vers la mise en autonomie des personnes handicapées mentales"

Auteur : Petitdemange, Elodie

Promoteur(s) : Tieleman, David

Faculté : Faculté d'Architecture

Diplôme : Master en architecture, à finalité spécialisée en art de bâtir et urbanisme

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/9849>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



UNIVERSITÉ DE LIÈGE - FACULTÉ D'ARCHITECTURE

ARCHITECTURE & PSYCHIATRIE

L'accessibilité : un premier pas vers la mise en
autonomie des personnes handicapées mentales.

Travail de fin d'études présenté par Élodie Petitdemange en vue de
l'obtention du grade de Master en Architecture

Sous la direction de : David Tieleman

Année académique 2019 – 2020

Axe(s) de recherche : HQC – Haute Qualité Construite

« Si la folie nécessite des espaces, mérite-t-elle une architecture ? »
Devaux, 1996, *Les espaces de la folie*.

Remerciements

Avant de commencer ce mémoire, je tenais à remercier tout particulièrement mon promoteur, M. David Tieleman, pour son soutien et son enthousiasme lors de nos échanges, ainsi que pour sa réactivité notamment suite à la crise sanitaire que nous avons connue. En effet, les mesures de confinement m'ont beaucoup affectée puisque les bibliothèques se sont retrouvées fermées du jour au lendemain et de nombreux ouvrages que je comptais emprunter n'ont donc pu être à ma disposition pour lecture. Il m'a ainsi fallu revoir toutes mes recherches bibliographiques afin d'établir une liste claire des éléments à disposition (en version papier ou numérique). Je tiens également à le remercier pour sa disponibilité tout au long de la rédaction de ce mémoire, ainsi que pour ses conseils, notamment en ce qui concerne le référencement.

Je remercie également M. Born et M. Dawans pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Je suis bien consciente de tout ce que cela implique, alors merci à eux.

De plus, je souhaite remercier Abdel Nacer Bensoula de m'avoir ouvert les portes de son établissement ; ainsi qu'à l'agence d'architecture Defi-Archi pour l'envoi de tous les documents graphiques relatifs aux bâtiments analysés.

Par ailleurs, je tiens également à remercier mes proches pour leur soutien et leur aide précieuse dans ces moments parfois compliqués. La rédaction d'un mémoire est un exercice périlleux et singulier que je n'aurais su mener à bien sans eux.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Introduction	7
I. Définitions & concepts	8
1. Définitions	9
a. Bien différencier maladie et handicap	9
b. Comment définir la notion de « perception de l'espace » ?	10
2. Concepts	11
a. Concept de « handicap mental »	11
b. Concept d'« accessibilité »	13
c. Concept de « mise en autonomie »	15
II. L'évolution des établissements psychiatriques	18
1. La situation avant la création des asiles	19
2. L'évolution asilaire en France	21
a. La brève histoire des asiles psychiatriques	21
b. Une diversification des structures d'accueil	22
III. Les différents handicaps mentaux & la manière dont ils affectent les perceptions de l'espace	25
1. Les différents handicaps mentaux	26
a. Agnosie	26
b. Apraxie	27
c. Aphasie	28
d. Syndrome démentiel	28
e. Névrose	28
f. Psychose	30
2. Les différentes perceptions de l'espace de ces personnes	32
a. Les objets	32
b. L'espace personnel	33
c. Les espaces communs	34
d. Les espaces extérieurs aux établissements	37

IV. L'architecture de la psychiatrie : un enjeu pour la réinsertion sociale des personnes en situation de handicap mental	39
1. La notion d'« habiter »	40
2. La vie en établissement psychiatrique	41
3. La vie dans un autre habitat	43
4. La notion de « chez-soi »	45
5. La vie en hébergement	46
6. La vie en logement	47
7. Quels aménagements pour un habitat adapté ?	48
V. Proposition de méthodologie pour approfondir le sujet	54
1. Trouver des établissements à analyser	55
2. Etablir un questionnaire type et définir les questions essentielles	55
3. Se rendre sur place, visiter et poser les questions	58
4. Récupérer, collationner puis archiver les documents	59
5. Analyser et comparer les données des différents documents	60
6. Rendre compte de l'analyse de cas	60
VI. Illustration des propos avec l'exemple du Foyer Arc-en-ciel (proche de Nancy)	62
1. Bâtiment A1	69
a. Les espaces individuels	70
b. Les espaces collectifs	71
c. Les espaces non accessibles aux résidents	72
d. Les espaces de contact avec les familles	73
e. Les espaces de déambulation	73
f. Les espaces extérieurs	73
g. Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces	75
2. Bâtiment C	78
a. Les espaces individuels	79
b. Les espaces collectifs	82
c. Les espaces de contact avec les familles	84
d. Les espaces non accessibles aux résidents	85
e. Les espaces extérieurs	86
f. Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces	88
Conclusion	94
Bibliographie	98
Table des illustrations	102

Introduction

Il est, aujourd'hui encore, difficile d'appréhender le handicap mental. La complexité de ce dernier réside dans le fait qu'il n'est souvent pas visible mais dégrade le lien social et impacte donc la vie quotidienne des personnes atteintes. A travers ce TFE, nous allons chercher quels dispositifs architecturaux faut-il mettre en place afin de contribuer à la mise en autonomie des personnes atteintes d'un handicap mental ? En effet, « une personne handicapée dans un aménagement accessible est une personne valide ; par contre, une personne valide dans un aménagement non accessible est une personne handicapée » (Louis Pierre Grosbois, page 7). Le handicap est donc créé par un mauvais aménagement de l'espace, et non l'inverse. Penser l'aménagement pour tous, c'est rendre accessible tous les espaces et supprimer les handicaps.

Étant bénévole dans une association (ASLV Tourisme Adapté) permettant à des personnes souffrant d'une déficience mentale de partir en vacances, je me rends compte des difficultés rencontrées. Je souhaiterais améliorer leur quotidien, notamment en travaillant sur leur accessibilité aux espaces communs et publics puisque je pense que l'architecture peut jouer un rôle dans leur insertion sociale. C'est en appréhendant les différents types de handicap mental que nous pouvons permettre aux personnes atteintes de ces maladies de s'intégrer à la société.

La méthodologie mise en place pour réaliser ce mémoire est la suivante : dans un premier temps, nous allons réaliser un état de l'art. Pour se faire, nous allons tout d'abord définir quelques définitions et concepts afin de mieux appréhender le sujet. Puis nous essayerons de comprendre l'évolution des établissements accueillants des personnes souffrant de troubles psychiatriques afin de faire un inventaire des progrès effectués. Par la suite, il s'agira de s'informer sur les différents handicaps mentaux et la manière dont ils affectent les perceptions de l'espace de ces personnes. Une fois ce travail effectué, nous développerons une partie sur l'architecture de la psychiatrie qui est un véritable enjeu pour la réinsertion sociale des personnes ayant des troubles mentaux. Par la suite, nous proposerons une méthodologie pour approfondir le sujet, avant d'illustrer les propos avec l'exemple du Foyer Arc-en-ciel. Étant donné que l'analyse de cas n'a pas pu être menée à bien dans ces conditions particulières, il s'agira notamment de travailler avec les documents à disposition.

Ce travail a pour but de comprendre les difficultés rencontrées par les personnes souffrant d'un handicap mental, notamment au niveau de leur accessibilité aux espaces, pour qu'à l'avenir nous puissions mettre en place des améliorations qui leur permettront de ne plus se sentir rejetées de notre société et de tous les espaces publics ou collectifs. L'architecture doit devenir l'alliée silencieuse de leur intégration sociale et éviter ainsi toute stigmatisation.

I.

Définitions & concepts.

1. Définitions

a. Bien différencier maladie et handicap

Tout d'abord, il nous faut commencer par quelques définitions et notamment celles de deux mots qui sont souvent assimilés mais dont la différence est rarement faite. Nous allons, dans un premier temps, différencier maladie et handicap :

- La maladie, selon la définition du dictionnaire Larousse, est une « altération de la santé [...] en particulier quand la cause est connue (par opposition à un syndrome) » La maladie est donc une modification de l'état de santé qui se voit, soit physiquement, comme par exemple pour une myopie qui peut être corrigée avec des lunettes de vue ; soit par des analyses, nous pouvons prendre l'exemple des prises de sang qui donnent un résultat visible sur papier, avec des données chiffrées et comparables. En somme, la maladie entraîne une dégradation de notre état de santé qui peut être diagnostiqué.
- Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : « Est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise. » (OMS). Ainsi, le handicap, quant à lui, est une modification de l'état de santé qui peut entraîner des complications sociales. En effet, le handicap complexifie, voire anéantit, les relations sociales. Ses conséquences ne sont donc pas visibles mais elles sont réelles. La communication pouvant être compliquée, il est donc difficile de s'intégrer à la société. D'ailleurs, Jacques Sémelin, dans son ouvrage *J'arrive où je suis étranger*, explique très bien cette ambiguïté autour du mot *handicap* lorsqu'il exprime : « Je ne parvenais pas à me définir comme handicapé. Le mot « handicap » me mettait mal à l'aise. Il est vrai que je me surprénais parfois à l'utiliser dans la conversation, par pure commodité. Mais je cherchais souvent à l'éviter : il me pesait terriblement, comme si l'on m'avait mis un boulet au pied. D'ailleurs, handicap par rapport à qui ? à quoi ? Chacun n'est-il pas handicapé quelque part ? [...] Le mot n'exprime-t-il pas avant tout un jugement normatif, pour se mettre à distance de la différence ? » (Jacques Sémelin). Ses questionnements sont tout à fait légitimes. Le mot « handicap » a été vulgarisé ces dernières années, si bien que nous l'utilisons à tort et à travers sans vraiment se rendre compte de la dimension sociale et relationnelle qui se cache derrière. De plus, comme exprimé très clairement par l'auteur, il s'agit d'un « jugement normatif ». A partir du moment où une personne nous semble différente, elle n'entre plus dans la norme imposée par la société, et nous émettons un jugement négatif sur elle. Ce dernier est souvent accompagné de préjugés, inculqués et véhiculés par la société elle-même. Il y a donc encore fort à faire pour que le mot « handicap » soit utilisé correctement et que l'inclusion de tous dans notre société devienne la norme.

Ainsi, pour bien différencier les deux termes explicités ci-dessus, retenons que la maladie n'est pas assimilable au handicap. Cependant, il est possible d'avoir à la fois malade et handicapé, mais ces deux mots sont à distinguer puisqu'ils n'ont pas la même signification. La maladie est une dégradation visible de la santé, tandis que le handicap en est une conséquence puisqu'il s'agit de l'impact de la maladie sur le fonctionnement normal de l'individu, induisant couramment sa stigmatisation et de son rejet de la société.

b. Comment définir la notion de « perception de l'espace » ?

L'espace est une dimension qui n'est pas palpable mais que l'on visualise. Le philosophe français Gilbert Simondon définit d'ailleurs l'espace comme étant « une dimension primaire du milieu. La perception du milieu comme étendu, l'ajustement sensorimoteur à la spatialité peuvent exister dans un monde sans objets, c'est-à-dire sans discontinuités, sans singularités. » (Gilbert Simondon). En effet, une pièce peut avoir des dimensions, chacun d'entre nous aura pourtant sa propre perception de l'espace. Nous avons tous une interprétation différente du monde qui nous entoure et de nos lieux de vie. L'objectif est que chacun se sente bien dans son espace. Le ressenti personnel que l'on a d'un lieu doit nous satisfaire lorsque l'on se trouve dans notre espace de vie. Nous comprenons bien qu'il est plus simple de concevoir un espace dans lequel une personne se sente bien, plutôt qu'un espace dans lequel un ensemble de personnes de notre société se sente bien. Effectivement, il est plus difficile de créer un espace public, où la majorité d'entre nous devra être satisfait de son ressenti dans cet espace, que de concevoir un espace personnel, qui doit satisfaire une personne ou une famille (assimilable à un petit groupe de personnes). Malgré tout, il sera plus évident de créer un espace satisfaisant pour un ensemble de personnes ayant la même culture puisque tous seront formatés de la même façon, partageront un certain nombre de références culturelles communes et auront les mêmes motifs d'appréciations, tandis qu'un lieu rassemblant plusieurs cultures devra satisfaire chacune d'entre elles, avec ses normes et ses coutumes.

Par ailleurs, Simondon explique que l'« espace n'est pas un objet » mais il est souvent agrémenté d'objets. Le philosophe poursuit : « l'apparition d'objets constants se surimpose à la dimensionnalité spatiale [...] Le volume et le relief des objets constants rattachent la perception secondaire des objets à la saisie primaire de l'espace comme étendue du milieu » (Gilbert Simondon). Nous comprenons alors que les objets amènent de la complexité à la lecture d'un espace puisqu'ils brouillent les pistes. Visuellement, un objet placé dans l'espace est un frein à la compréhension globale de cet espace. Lorsqu'on ajoute un nombre conséquent d'objets, la lecture de l'espace devient complètement floue et nous perdons la lisibilité, mais également la visibilité du lieu. De plus, dès que l'on modifie l'aménagement, cela implique un effort supplémentaire puisque les habitudes sont bousculées. Une personne qui vit quotidiennement dans ce lieu pourra ne plus le « reconnaître ». Les repères visuels qui s'étaient encrés dans sa mémoire ne sont plus présents. La routine n'est plus, il faut tout réapprendre. La mouvance de l'espace n'est donc pas une notion simplement attribuée à des troubles mentaux, mais peut être induite lors de modifications de l'aménagement d'un lieu de vie par exemple.

Ainsi, si nous nous recentrons sur la notion de perception de l'espace, nous pouvons en déduire que celle-ci est personnelle. Chacun possède sa propre perception de l'espace. Cependant, cette dernière peut être brouillée par les objets qui ponctuent le lieu, mais également lorsque ces objets usuels sont déplacés dans l'espace et créent une nouvelle organisation, et donc une nouvelle perception de l'espace à laquelle nous devons nous habituer de nouveau. La complexité est d'autant plus présente lorsqu'il s'agit de concevoir des espaces pour d'autres personnes (qui n'ont donc pas la même perception que nous), et pour un public vaste puisque cela implique de prendre en compte un très grand nombre de personnalités différentes, et donc de perceptions de l'espace variées.

2. Concepts

a. Concept de « handicap mental »

Les concepts qui m'ont guidée dans mes recherches sont au nombre de trois. D'abord, une notion qui inclut la déficience intellectuelle, mais également les conséquences que cette dernière engendre : le handicap mental. Cette notion au cœur même de ce mémoire, doit être abordée dans sa dimension spatiale, dans sa dimension sociale et dans sa dimension temporelle. D'abord, la dimension spatiale peut se matérialiser sous différentes formes : la maison familiale, les espaces où se déroulent les activités et sorties, ou encore l'établissement d'accueil ; qu'il propose un hébergement ou simplement des activités diurnes. En ce qui concerne la dimension sociale, celle-ci se caractérise par les liens entretenus avec les parents, les frères et sœurs, les autres membres de la famille, les personnes de l'environnement proche ou quotidien, mais également avec les personnes étrangères. Par ailleurs, la dimension temporelle se distingue en trois phases que sont : l'enfance de la personne atteinte de troubles mentaux, l'adolescence, ainsi que l'âge adulte. Ces trois dimensions inscrivent le handicap mental dans les différents contextes que l'on peut alors envisager. Bien sûr, ce mémoire s'intéresse davantage à la dimension spatiale du handicap mental, et notamment au sein des établissements psychiatriques et autres lieux de vie qui peuvent leur être proposés à leur sortie de ce type d'institution.

Pour mieux comprendre le concept de « handicap mental », intéressons-nous à sa définition. Selon Jean-Luc Lambert, « l'image du handicapé mental a traversé la Renaissance et l'époque moderne pour aboutir de nos jours sous la forme d'une synthèse entre deux grands courants de préoccupations largement indépendants. Le premier est de l'ordre du scientifique. [...] Le second courant est d'ordre social. » (Jean-Luc Lambert). Il explique ainsi que le handicap mental affecte non seulement l'aspect social de la personne, mais également son organisation interne. En effet, les relations sociales que ces individus tissent sont différentes dans les attitudes qu'ils adoptent et dans les valeurs qu'ils véhiculent. De plus, une personne atteinte d'un handicap mental est considérée comme « déviante » de la société, puisqu'elle est différente des normes et dévie donc de celles imposées par la société. Le comportement qu'elle adopte n'est pas celui préconisé par la société et son fonctionnement biologique peut également être différent. Les notions de *déviante* et de *normes* ont été développées par Howard Becker dans son ouvrage *Outsiders*. Il y explique notamment que les normes sont les actions prescrites et interdites par une partie structurante de la société. Elles s'appliquent à un moment défini et dans des

circonstances précises. Lorsque l'on s'éloigne de la norme, on devient, toujours selon les termes d'Howard Becker, un *outsider* : un étranger au groupe. Il y a donc deux types de personnes : celles qui obéissent à la norme et celles qui la transgressent et sont alors considérés comme déviantes. La personne atteinte de handicap mental se retrouve dans cette seconde catégorie.

Pour aller plus loin, en médecine, la déviance correspond à toute pathologie qui affecte un être humain. La maladie mentale étant une pathologie, la personne atteinte est alors considérée comme déviant. Elle n'entre plus dans la norme et est étiquetée comme malade mentale. Cependant, selon Becker, il existe différents degrés de la déviance expliqués par ce tableau :

	personne obéissant à la norme	personne transgressant la norme
non perçue comme déviant	conforme	secrètement déviant
perçue comme déviant	accusée à tort	pleinement déviant

FIG. 01

Nous comprenons alors que les personnes atteintes peuvent être secrètement déviantes lorsque leur maladie n'est pas visible et donc non perçue par la société, ou pleinement déviantes lorsque la maladie a des signes extérieurs visibles qui peuvent être perçus par la société. Tout dépend donc de l'étiquette que nous collons à chacun. L'étiquetage nous permet d'attribuer une valeur à un objet ou à une personne pour rendre notre environnement cohérent. Herbert Simon a d'ailleurs été le premier à nommer ces raccourcis cognitifs des *heuristiques de jugement*. Le problème de l'étiquetage est que nous émettons un jugement si rapidement que nous risquons de tomber dans la stigmatisation. De plus, il ne faut pas oublier que lorsque nous apposons une étiquette sur une personne, cette même étiquette peut avoir une influence sur son comportement par la suite.

Ainsi, si nous synthétisons tout ce qu'il vient d'être dit sur le concept de « handicap mental », nous pouvons retenir que nous analyserons essentiellement la dimension spatiale de ce concept. Par ailleurs, le handicap mental regroupe un aspect scientifique et un aspect social. L'aspect scientifique est lui-même composé d'une dimension biologique et d'une dimension comportementale. L'aspect social est quant à lui représenté par l'intégration – ou non – de l'individu dans la société. C'est d'ailleurs à partir de cela que nous pouvons faire émerger la notion de « déviance » développée par Howard Becker puisqu'en effet, les personnes atteintes d'un handicap mental sont perçues comme déviantes de notre société aux normes rigoureuses et qui doivent être respectées. De plus, nous leur collons souvent l'étiquette de personnes pleinement déviantes dont ils ne peuvent ensuite se défaire. Il nous faut donc travailler sur cette stigmatisation liée au handicap mental.

b. Concept d'« accessibilité »

Un autre concept fondamental, celui de l'accessibilité. Analysons d'abord la définition élaborée par les membres de la Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées (DIPH) : « L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant les discordances entre leurs capacités, leurs besoins et leurs souhaits, d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement, d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres. » (DIPH). Ainsi, cette notion évoque l'absence de restrictions pour accéder à un espace, mais également l'information qui doit être claire et explicite, notamment envers les personnes stigmatisées, afin d'éviter leur rejet de l'espace. En effet, l'accessibilité ne consiste pas simplement à rendre l'accès possible à un lieu, mais également à informer sur cette possibilité d'accès. Les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être guidées. De ce fait, si nous améliorons l'accès à un espace pour leur permettre une meilleure intégration dans la société, nous les informerons de ces changements. D'abord pour leur permettre de prendre conscience des modifications du lieu, mais aussi pour qu'ils sachent ce qui est mis en œuvre pour eux. Le changement peut les déstabiliser, mais si nous leur donnons les informations nécessaires, ils peuvent comprendre ces perturbations et s'en accommoderont d'autant plus qu'elles leur faciliteront la vie. Nous distinguerons dans l'accessibilité, trois dimensions que sont : la dimension spatiale, la dimension sociale, et enfin la dimension temporelle. La dimension spatiale est matérialisée dans ce concept par la maison familiale, les espaces publics, ou encore les établissements spécialisés. La dimension sociale, quant à elle, est représentée dans ce concept par les membres de la famille, les personnes de l'environnement proche ou quotidien, ainsi que les personnes étrangères. La dimension temporelle se distingue toujours dans ces trois phases de la vie que sont l'enfance, l'adolescence, et l'âge adulte.

Par ailleurs, le concept d'« accessibilité » évoque les notions d'« intégration » et d'« inclusion » de la personne au sein de la société. Donner l'accès à un espace, à un lieu, c'est autoriser une personne à y entrer et à jouir des prestations offertes. Il s'agit donc bien là d'intégrer la personne, cependant « l'intégration pas plus que l'inclusion ne se décrètent : ce ne sont pas les lois qui incluent, ce sont des personnes : les personnes handicapées elles-mêmes [...] ils auraient parfois eu à dire qu'ils préféreraient la protection des centres aux risques de la liberté, tant ils avaient et ont toujours peur de la compétition avec les valides... » (Roger Salbreux). Ainsi, créer des lieux accessibles à tous ne signifie pas que chaque citoyen sera inclus, mais c'est un premier pas vers l'inclusion et l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux notamment. Lorsqu'elles ne seront plus considérées comme des personnes exclues à ces espaces, elles pourront alors également s'inclure dans tous les autres lieux. L'accessibilité ne règle donc pas tous les problèmes, cependant, permettre l'accessibilité aux espaces pour les personnes atteintes de défaillances mentales, c'est amorcer leur intégration dans ces lieux, et donc plus largement dans la société.

Pour conclure sur ce concept d'« accessibilité », nous pouvons dire qu'il faut créer un environnement favorisant les accès diversifiés et où les informations sont visibles et lisibles de tous les usagers. Pour se faire, il nous faut connaître les différents handicaps rencontrés par ces individus afin de pouvoir y pallier par des dispositifs architecturaux inclusifs. Il faudra également faire attention de ne pas surabonder d'informations les lieux publics au risque de les rendre incompréhensibles. En effet, comme expliqué sur le site internet de l'UNAPEI concernant l'accueil humain de plus en plus délaissé au profit de supports numériques : « Positives pour beaucoup, ces évolutions [numériques] sont aussi de nouvelles sources d'exclusion pour de nombreuses personnes ayant des difficultés de compréhension, d'accès à la lecture, de repérage dans l'espace et dans le temps. Ces publics sont aujourd'hui insuffisamment pris en compte. » (UNAPEI). Ainsi, l'information doit être accessible à tous afin de permettre l'autonomie de tous les usagers puisqu'elle permet notamment de se repérer et de s'orienter de manière à accéder à tous les services proposés par notre société. Le but est de faciliter toutes les actions de la vie quotidienne en s'assurant que les aménagements réalisés pour permettre l'inclusion de chaque citoyen soient bien compréhensibles de tous. D'ailleurs, sur ce point l'Unapei insiste sur l'importance du pictogramme S3A (FIG. 02) : « symbole d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité » (UNAPEI). Ce dernier a pour but d'aider « toute personne ayant des difficultés de compréhension ou d'orientation » (UNAPEI).



FIG. 02

A la vue de ce pictogramme, chaque personne atteinte de troubles mentaux est avertie que l'espace lui est accessible. Elle comprend aussi que tout a été fait pour qu'elle puisse jouir des services proposés, comme n'importe quelle autre personne qui se rend dans ce lieu public. Elle sait qu'elle n'a aucune crainte à avoir puisque l'environnement a été pensé en prévision de son handicap et le personnel formé.

Ce pictogramme, que nous complétons d'aménagements cohérents et rendant les espaces accessibles aux personnes atteintes de troubles mentaux, sont finalement le minimum que nous puissions faire pour permettre une meilleure intégration de ces personnes dans notre société. D'ailleurs, dans l'ouvrage *Handicap et construction* de Louis Pierre Grosbois, on peut y lire une citation intéressante : « Le souci du handicap ne doit pas être ni un remords après coup, ni une obsession pendant, mais dès la conception du projet un réflexe. » (Paul Delouvrier). Ce dernier dénonce les projets qui ne sont pas conçus pour être inclusifs. Peu importe le projet d'architecture, il doit être pensé et réfléchi de sorte à n'exclure personne. Delouvrier parle même de « réflexe » pour l'architecte. En effet, cela doit devenir un réflexe pour tous les architectes et dans tous les projets. Le plus complexe reste encore d'établir et de réunir toutes les normes qu'il faut suivre afin que n'importe quel espace public, bâtiment, logement, ou tout autre environnement que l'on va créer, ou rénover, soit rendu accessible à tous. Cela signifie qu'il faut prendre en compte, non seulement les normes PMR qui visent à effacer les handicaps moteurs, mais également les normes liées aux différentes maladies mentales.

c. Concept de « mise en autonomie »

Dans le même registre, il me semble indispensable de parler de la mise en autonomie des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette notion, qui inclut justement l'accessibilité pour exister, exprime tout ce qui est mis en œuvre pour permettre à la personne atteinte d'une déficience mentale de vivre une vie « normale ». C'est-à-dire, sans avoir à dépendre d'autrui, en ayant un quotidien semblable à toute personne de notre société. Nous distinguerons à nouveau les mêmes dimensions pour ce concept. A savoir : la dimension spatiale, la dimension sociale et la dimension temporelle. Cette notion de « mise en autonomie » se matérialise dans sa dimension spatiale à travers les espaces communs, souvent propices aux échanges, ainsi que les espaces privés, généralement tournés vers la nature et les échanges avec soi-même. Par ailleurs, la dimension sociale correspond, dans ce concept, aux relations avec les parents, les frères et sœurs, les autres membres de la famille, les personnes de l'environnement proche ou quotidien, mais également le personnel d'accueil, le personnel de surveillance, et le personnel soignant. D'autre part, la dimension temporelle se définit ici en quatre phases que sont : l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, ainsi que l'évolution lors de son passage dans des lieux d'accueil et structures de soins et de suivis thérapeutiques.

Si nous nous appuyons sur les propos d'Elsa Ramos, dont beaucoup sont inspirés du travail de Karine Chaland, nous comprenons que la *mise en autonomie* d'un individu est en fait un processus. Elle le nomme d'ailleurs « processus d'automatisation » (Elsa Ramos). Ce dernier contient trois notions distinctes que sont « indépendance, autonomie et accès à l'âge adulte » (Elsa Ramos). En somme, pour que le processus soit abouti et permette l'autonomie complète de la personne, il doit inclure ces trois aspects.

L'indépendance, pour commencer, apparaît lorsque nous n'avons plus besoin de soutien et que nous faisons preuve d'autonomie. Ainsi, lorsque nous avons acquis une stabilité financière, les ressources matérielles et psychiques, ainsi qu'un bagage intellectuel assez conséquent, nous sommes alors prêts à affronter la vie sans l'aide d'autrui. D'ailleurs, l'indépendance est « un état dans lequel se trouve l'individu, lorsqu'il dispose de ressources suffisantes pour gérer sa vie sans le soutien financier, matériel, parental » (Elsa Ramos). Il y a donc bien là une notion de connaissances accumulées au fil des années qui permettent d'avoir les compétences nécessaires pour se détacher de la cellule familiale. Ainsi, c'est le vécu de la personne qui permet de déterminer son niveau d'indépendance. Si celui-ci est suffisant, l'individu se trouve alors prêt à entamer une phase d'autonomie.

L'autonomie justement, deuxième point de ce processus, est une notion plus subjective. Elle n'est pas la résultante d'apprentissages et du vécu personnel, mais elle est un état d'esprit. Selon l'essayiste Alain Laurent, l'autonomie résulte « de la capacité que lui donne sa raison de pouvoir vivre et agir par soi. Le propre de l'individu humain est en effet de pouvoir se décider par lui-même à partir de représentations et de normes émanant de sa réflexion critique, qu'il est apte à traduire en stratégies et en actes. » (Alain Laurent). Il s'agit donc de la capacité de l'individu à anticiper et / ou à gérer les épreuves qui se mettent sur son chemin. C'est grâce à la manière dont il perçoit les choses et ses réactions face aux obstacles que la personne prouve

son autonomie. Une personne indépendante peut gagner de l'autonomie chaque jour par sa façon d'être et son adaptabilité face aux crises qu'elle traverse. En somme, selon les propos d'Elsa Ramos, l'autonomie « est considérée comme une perception positive de soi, vers laquelle l'individu tend ; c'est donc une catégorie de l'identité, qui implique que l'individu doit participer plus à l'élaboration de ce monde, de l'univers dans lequel il vit » (Elsa Ramos).

Le dernier aspect de ce processus est l'*accès à l'âge adulte*. La sociologue Elsa Ramos explique qu'il « se définit par l'acquisition des statuts sociaux associés aux différents seuils de passage à l'âge adulte. » (Elsa Ramos). En effet, le passage de l'enfance à l'âge adulte se manifeste notamment par le passage dans une phase appelée « adolescence ». Cette phase correspond à la période d'apprentissage pour former l'individu à ses responsabilités futures. La personne se fait sa place dans la société et intègre les normes de cette dernière. Généralement, la fin de l'adolescence est marquée par l'entrée dans la vie active. Cette dernière est synonyme de grands bouleversements chez les adolescents qui se trouvent plongés dans le « monde des adultes », parfois sans y être vraiment préparés. Cependant, les études sont normalement faites pour aider progressivement à l'entrée dans cette nouvelle vie. A la fin des études, le diplôme doit permettre de trouver un travail, et ainsi de s'émanciper du domicile familial pour « voler de ses propres ailes ». L'arrivée dans la vie professionnelle signe le début d'une indépendance financière, plus ou moins bien réussie en fonction du niveau d'études et de la stabilité du travail trouvé. Cependant, l'indépendance financière permet d'acquérir un « chez-soi » et donc d'offrir par la suite des possibilités de rencontres et d'émancipation personnelle. Ainsi, l'individu est désormais libre de vivre avec les personnes qu'il souhaite et de fonder sa famille. Cette réaction en chaîne est typique de la transition de l'adolescence à l'âge adulte. Elle peut d'ailleurs être désorganisée et se dérouler dans un ordre différent de celui présenté. Malgré tout, la majorité des personnes franchissent ces différentes étapes dans l'ordre développé plus haut, mais parfois à des âges différents. Pour résumer, l'entrée dans cette période de la vie qu'est l'âge adulte se fait en quatre phases. Ces dernières sont : la fin d'une phase d'apprentissage diplômante, l'entrée dans la vie active actée par le commencement d'un travail rémunérateur, le départ du lieu de vie de notre enfance pour intégrer un « chez-soi », et enfin le développement de relations sociales solides dont la concrétisation est souvent la fondation d'une famille. Ces quatre étapes, détaillées d'avantage dans l'article : *Le processus d'autonomisation des jeunes* par Elsa Ramos, peuvent suivre l'ordre énoncé ou bien se trouver bousculées par les événements et décisions de l'individu. D'autant plus qu'il n'y a pas d'âge pour devenir adulte et que donc ces étapes se font au rythme de chacun. Auparavant, toutes ces étapes devaient se faire simultanément, mais les évolutions sociétales ont permis une souplesse dans l'étalement temporel de ces phases clés qui marquent progressivement l'entrée dans la « vie d'adulte ».

Pour conclure sur ce concept d'« autonomie », n'oublions pas que cette dernière doit provenir d'une volonté personnelle. En effet, la personne atteinte de troubles mentaux doit souhaiter devenir plus autonome afin d'enclencher le *processus d'automatisation*. Cependant, il existe des « impératifs contradictoires : faciliter l'autonomie, inciter même à la plus grande indépendance possible, afin d'égaliser les chances des personnes handicapées par rapport aux valides, en restant toutefois bien attentif à ce que le niveau visé soit compatible avec les

possibilités de l'être humain et avec son désir, toutes caractéristiques de sa personne auxquelles nous devons le plus absolu respect. » (Roger Salbreux). Souhaiter qu'une personne devienne autonome n'est évidemment pas possible, mais une personne qui a la volonté de devenir plus autonome est tout à fait honorable. Ainsi, nous pouvons l'aider dans son *processus d'automatisation*, tout en respectant ses désirs et ses capacités.

L'évolution des établissements psychiatriques.

1. La situation avant la création des asiles

Avant la création des asiles psychiatriques, les personnes souffrant d'un handicap mental étaient intégrées à la société. Elles avaient leur place dans les villages. Généralement il y avait une personne atteinte dans chaque village et les autres habitants la surnommaient « le fou du village ». Les années ont passé et selon l'encyclopédie Universalis, qui détaille d'ailleurs toute l'histoire des asiles psychiatriques, à partir du XIX^{ème} siècle en France, les personnes malades mentalement ont été mises à l'écart, elles ont été rejetées des villes et des villages. La société ne voulait plus les assimiler aux habitants. C'est ainsi que des espaces clos ont été créés dans les villes pour les enfermer. Les asiles psychiatriques ont alors vu le jour. Cependant, il a fallu un certain nombre d'années avant que la construction des asiles permette d'interner tous les aliénés. Esquirol, en 1819, détaille d'ailleurs assez bien le problème dans son ouvrage sur les établissements des aliénés en France. Il explique ainsi que les personnes atteintes d'un handicap mental étaient confondues avec des indigents, des prisonniers, des vieillards, des criminels, des infirmes, des mendiants, ou encore des vagabonds, etc... Ils se retrouvent donc souvent dans des cachots, enchaînés, avec pour seul matelas, oreiller et couverture de la paille (renouvelée seulement deux à quatre fois par mois). En 1819, les aliénés sont abandonnés à leur triste sort, d'autant plus que selon Esquirol, ils « n'ont pas l'intelligence nécessaire pour réclamer les soins que l'humanité accorde à l'homme malade » (Esquirol). Les établissements qui les enferment sont souvent des prisons (il n'y a, en 1819, que huit établissements spéciaux que l'on nomme « Maisons Royales de Santé »). Le premier défaut des prisons est qu'elles ne sont pas destinées à l'accueil des personnes souffrant de troubles mentaux. Ils sont assimilés à leurs voisins de cellules alors qu'ils n'ont commis aucun crime. Parfois, une aile entière leur est dédiée mais il n'en reste pas moins que les cellules ne leurs sont pas adaptées et aucune transformation n'est entreprise pour les mettre en conformité avec l'internement d'un aliéné. Aucun régime particulier n'est mis en place, ils n'ont parfois droit qu'à du pain et de l'eau tous les deux jours. Les conditions d'internement sont atroces et ne reflètent pas les prises de consciences qui s'opèrent à ce moment-là. Guy Bayon disait d'ailleurs que c'est « notre société qui continue à maltraiter sa folie et ses fous puisqu'elle pérennise ces forteresses inhumaines que sont les grands hôpitaux psychiatriques, nos anciens asiles ? » (Guy Baillon). Les malades mentaux sont victimes de préjugés, mais Esquirol l'affirme : les aliénés « sont les membres les plus intéressants de la société » (Esquirol) !

En 1819, Esquirol préconise de construire des établissements qui deviendraient des « modèles ». En conséquence, il faudrait construire un grand nombre d'asiles accueillants chacun un petit nombre de malades. Ainsi, les établissements seraient à taille humaine et régulièrement dispersés sur le territoire pour ne pas créer de disparité géographique. Il insiste sur le fait que l'asile doit devenir un « instrument de guérison », ce pourquoi il doit être construit sur un grand terrain avec un foisonnement de végétation et d'arbres. Il souhaite que le contact avec la nature soit permanent et désigne l'asile comme étant une construction qui « doit d'avantage ressembler à un village » (Esquirol). En effet, Esquirol préconise une taxinomie nosographique, c'est-à-dire de classer les individus en fonction de leurs troubles mentaux afin de réunir les personnes souffrant de troubles mentaux similaires dans un quartier. Ainsi l'asile prendrait l'allure d'un village où dans chaque maison vivent des individus ayant des

déficiences mentales semblables. Cependant, de nombreux médecins réfutent cette méthode de classification, qui ne serait pas bénéfique pour les individus, et lui préfèrent une taxinomie comportementale. Pour faire simple, cette méthode de classement consiste à répartir les individus selon leur degré d'agitation. De ce fait, chaque unité du « village » renfermerait des individus aux comportements similaires mais n'ayant pas forcément les mêmes troubles mentaux.

Plan esquissé par mes soins en partant des préconisations d'Esquirol :

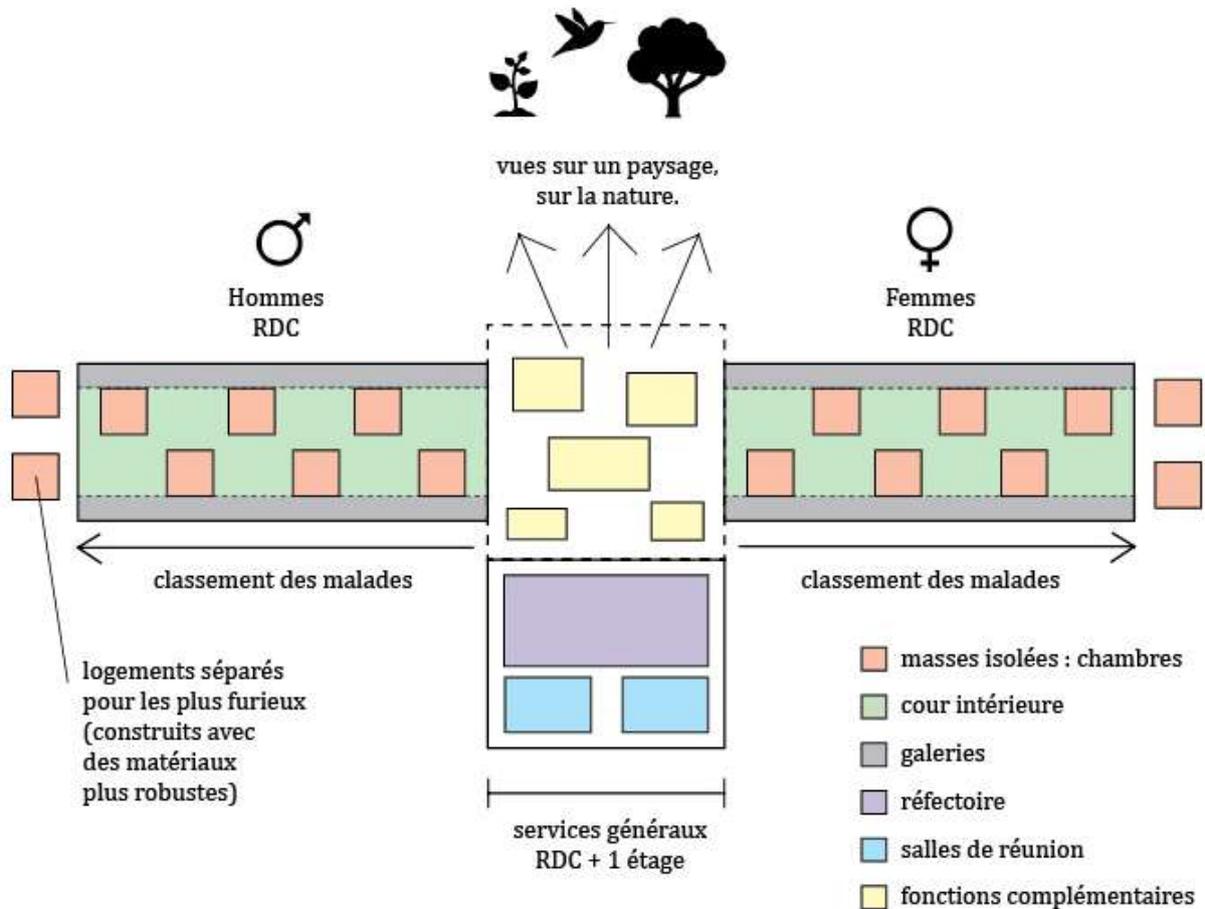


FIG. 03

La création des asiles a alors été amorcée. « Le but essentiel de leur fondation est l'accomplissement d'une œuvre de science et de bienfaisance. En effet, partout et pour tous, en fondant des asiles d'aliénés, il s'agit principalement de réaliser et de réunir, dans un établissement de nature hospitalière, toutes les conditions matérielles et morales qui peuvent concourir à assurer à des malades privés de la raison, les secours d'un traitement curatif, les besoins d'un refuge protecteur et consolateur ». (Maximien Parchappe).

2. L'évolution asilaire en France

a. La brève histoire des asiles psychiatriques

Afin de mieux comprendre où nous en sommes concernant l'organisation des établissements psychiatriques actuels, il nous faut d'abord revenir sur l'évolution asilaire. Nous allons donc énumérer, dans ses grandes lignes puisque le sujet qui nous anime est évidemment tourné vers l'avenir, les évolutions majeures concernant l'internement des personnes dites « handicapées mentales » :

- En 1676, chaque ville devait posséder un lieu d'enfermement. Cependant, comme l'explique Esquirol dans son ouvrage, les « aliénés » sont souvent confondus avec des criminels et sont donc envoyés dans des prisons. Quoi qu'il en soit, les villes ne possèdent pas d'établissements psychiatriques, les seuls lieux d'enfermements alors construits et répertoriés par Esquirol sont les « maisons de force ou de corrections » et les « dépôts de mendicité ».
- En 1792, un problème est soulevé lorsque la société se rend compte que les « fous » et les prisonniers sont enfermés ensemble. Des voix s'élèvent pour distinguer définitivement ces individus qui ne doivent plus être confondus. Ainsi, de nouveaux établissements doivent être créés pour que les « fous » ne soient plus enfermés avec les prisonniers, mais dans des bâtiments à la fonction unique de les mettre hors d'état de nuire. L'architecte Jean-David Devaux caricature d'ailleurs cette époque lorsqu'il écrit « la folie sera punie à l'asile » (Jean-David Devaux). Il y a donc là l'émergence de la médecine spéciale où l'asile devient un instrument de traitement moral et médical. Cependant, la construction des asiles n'est pas aisée puisqu'un « asile d'aliénés doit satisfaire aux règles essentielles de l'art architectural » (Maximien Parchappe). De plus, « il ne doit pas plus ressembler à un palais qu'à une prison, mais il ne doit pas non plus rappeler l'idée d'un monastère ou d'une fabrique » (Maximien Parchappe). Il y a donc là une architecture nouvelle à créer afin de correspondre aux besoins.
- En 1838, légalement, chaque département doit avoir son asile. Le problème est que ces derniers sont des lieux d'enfermement où une thérapie collective est mise en place, alors qu'il faudrait une thérapie individualisée à chaque patient pour que les bénéfices soient avérés. En effet, les thérapies collectives ne tiennent pas compte de la singularité de chacun, tandis qu'une thérapie individuelle, même si elle est plus coûteuse, demande plus de temps et plus de personnel, elle sera beaucoup plus efficace puisqu'elle ciblera le ou les problèmes rencontrés par la personne atteinte de troubles mentaux et s'efforcera de les résoudre les uns après les autres.
- En 1839, une ordonnance impose la séparation des sexes et des âges dans les asiles. Cette dernière impliqua, pour bon nombre d'établissements psychiatriques, la création de nouveaux quartiers afin d'isoler les hommes des femmes, mais également de dissocier les enfants des adultes.

Les années passent, l'architecture des asiles évolue et leur image se dégrade. Les malades sont répartis en catégories. Au départ, classés selon leurs troubles mentaux et leur état psychique (agité ou calme, curable ou incurable, etc.), ils sont ensuite classés dans des catégories plus pragmatiques ; les aliénés sont différenciés selon leur lucidité, leurs facultés et leur comportement. On distingue ainsi les aliénés « intelligents » que l'on force à travailler (un soi-disant « travail thérapeutique »), de ceux dits « idiots » que l'on enferme. « L'asile devient alors un pur instrument de contrôle social » (Jean-David Devaux). Il est même parfois comparé aux camps de concentration puisqu'il est véritablement un lieu d'enfermement, d'isolement et de « contrôle totalitaire de l'individu » (Erving Goffman). En effet, l'asile place l'individu dans une boîte hermétique, sans contact direct avec l'extérieur. Goffman dénonce les effets négatifs dus au manque de relations avec l'extérieur en expliquant que la « première coupure se définit par rapport au monde extérieur. L'isolement écologique et humain de l'hôpital le constitue en microcosme social au sein duquel l'existence est vécue en négatif par rapport à la vie normale. » (Erving Goffman). Les individus enfermés dans les établissements psychiatriques perdent leurs repères et ne peuvent s'identifier qu'à des personnes ayant également des troubles mentaux. Leurs seules références sont donc des personnes malades, bien loin de toute notion d'une vie quotidienne à l'extérieur de l'établissement. D'ailleurs, Goffman explique que « le personnel représente les normes, les mythes et les pouvoirs de la vie normale pour des sujets définis par l'abolition de tous les privilèges d'une existence libre. » (Erving Goffman). De ce fait, les personnes internées identifient le personnel de l'établissement psychiatrique comme représentant de la « normalité » et de la vie à l'extérieur de l'asile. Ainsi, il ajoute que naît un « conflit entre deux groupes antagonistes revêtant tous les attributs objectifs d'une lutte de classes puisque d'un seul côté se trouvent monopolisés le savoir, le pouvoir et la liberté et, de l'autre, l'ignorance, la dépossession de soi et la dépendance. » (Erving Goffman). Dans un même temps, l'objectif de l'asile a changé. En effet, après avoir eu pour nouvel objectif de mettre à l'écart les personnes atteintes de troubles mentaux, ces établissements ont eu pour but de les soigner. Ainsi, ils sont devenus des lieux destinés à guérir toute personne ayant une défaillance mentale. D'abord avec des punitions et autres moyens de tortures qui n'ont jamais eu l'effet escompté puisque la maladie mentale est bien une défaillance intellectuelle et non une crise de folie passagère ; puis avec des traitements médicamenteux souvent accompagnés de séances avec des spécialistes afin de mieux cerner les troubles et leurs évolutions. La guérison était donc devenue l'objectif premier du placement à l'asile et l'on cherchait à ce que cette dernière soit totale et pérenne.

b. Une diversification des structures d'accueil

A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, de nouveaux espaces psychiatriques apparaissent, même si le modèle aliéniste est toujours majoritaire et demeure un lieu d'isolement.

- En 1865 est créé l'*hôpital village* où les malades sont tenus à l'écart des zones urbaines, mais ce modèle étant construit en calquant le modèle de la banlieue permet simplement de « fournir l'illusion complète de la vie libre » (Jean-David Devaux). Dans la même idée que l'*hôpital village*, mais implanté en ville cette fois-ci, l'hôpital psychiatrique urbain se développe. Il s'agit d'une structure originale qui a été créée pour répondre aux différentes spécificités de chaque

individu. Il a pour but de favoriser la communication en incitant le malade à sortir de sa chambre, son seul lieu d'intimité. Ainsi, les malades participent eux-mêmes à la restructuration permanente de l'institution, où les normes restent très souples pour permettre ses modifications récurrentes.

- En 1978, création des maisons d'accueil spécialisée (MAS) où les individus peuvent acquérir un minimum d'autonomie tout en étant sous surveillance médicale (et traitement médicamenteux). Le psychiatre Bernard Durand explique d'ailleurs que les « MAS accueillent majoritairement des personnes souffrant de retard mental profond et des personnes polyhandicapées fortement dépendantes, inaptés à réaliser seules les actes de la vie quotidienne et ayant besoin de manière permanente d'une tierce personne. » (Bernard Durand).

- Huit ans plus tard, en 1986, les foyers d'accueil médicalisé (FAM) voient le jour. La structure est plus réduite que celle des MAS. En effet, on ne compte que 15 à 20 résidents dans un FAM contre 40 à 45 résidents dans une MAS. L'accueil y est permanent, peu d'accueil de jour ou d'accueil temporaire. Les « FAM accueillent des personnes au profil plus diversifié : celles-ci sont relativement plus autonomes physiquement et intellectuellement, mais ont des besoins de soins spécifiques qui ne leur permet pas d'être accueillies en foyer de vie » (Bernard Durand).

- Par la suite, un service psychiatrique à l'hôpital général est mis en place. Il permet d'être plus réactif lors d'une crise puisqu'il se situe à proximité, voire même à l'intérieur, de l'hôpital lui-même. Cependant, ce service est vivement critiqué par crainte que les personnes atteintes de troubles mentaux ne soient assimilées à des malades « ordinaires » que l'on soigne à l'hôpital. L'amalgame n'est pourtant pas à faire puisque l'hôpital accueille essentiellement des personnes en crise, afin de les aider à passer ce moment compliqué. Ensuite, ces patients réintègrent leur établissement spécialisé, une fois leur crise terminée.

- Dans les années 1990, quelques centres de santé mentale urbains voient le jour, dans une société qui assume ses « déviants ». L'idée est de proposer une expérience nouvelle, plus à l'écoute des individus et plus proche de la réalité du monde extérieur et de leurs familles.

Nous pouvons remarquer, une fois l'énumération terminée, que les noms donnés à ces établissements se rapprochent de plus en plus des noms communément utilisés pour désigner des hébergements. En effet, auparavant dénommés « hôpitaux », ces établissements sont devenus des « foyers » ou des « maisons ». Le caractère rassurant, mais également l'aspect communautaire de ces mots aident à effacer le caractère médical du lieu. D'autant plus qu'ils invitent à rompre avec la vision très « institutionnelle » de ces établissements. En somme, cette dénomination permet de les rendre plus « familiers » et plus « proches » des résidents. C'est d'ailleurs ce qu'explique Estelle Demilly dans sa thèse en évoquant que les mots « maison » et « foyer » « témoignent d'une volonté de donner aujourd'hui un caractère moins institutionnel et plus « proche » de l'habiter en milieu ordinaire. » (Estelle Demilly, page 239).

Pour compléter le propos, quelques chiffres intéressants fournis par OCIRP (Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance) en juillet 2018 : 12 000 000 personnes sont en situation de handicap en France. Parmi eux, 700 000 personnes sont atteintes d'une déficience intellectuelle, ce qui représente 6,6 % de la population (et 1,8 % de la population active) selon l'INSEE. Les structures pouvant les accueillir sont au nombre de 673 pour les MAS et 918 pour les FAM en France. Il est cependant difficile de trouver des chiffres concernant le nombre de places occupées dans les établissements. Nous savons néanmoins qu'il existe plusieurs types de structures d'accueil (celles énoncées dans le paragraphe précédent) et différentes formes d'accueil : accueil de jour – accueil temporaire – accueil permanent.

L'évolution des établissements psychiatriques reflète l'intérêt collectif porté aux personnes souffrant de troubles mentaux au cours de ces derniers siècles, et plus particulièrement ces dernières décennies avec une diversification de l'offre d'hébergements. La condition sociale des personnes dites « handicapées mentales » s'est améliorée avec le temps, notamment suite à des analyses rigoureuses de leur vécu et de leurs ressentis dans les asiles. La création d'établissements psychiatriques a permis de mettre en lumière ces individus en marge de la société. S'agissant d'abord de les enfermer pour qu'ils ne puissent pas nuire à la population, les préoccupations se sont ensuite centrées sur eux et leur vision de l'espace pour leur offrir des établissements de plus en plus individualisés et qui les intègrent lentement dans la société. Au départ considérés comme des « établissements spécialisés dans le gardiennage des hommes et le contrôle totalitaire de leur mode de vie » (Erving Goffman), les asiles sont rapidement devenus obsolètes et une diversification du type d'hébergement s'est avérée nécessaire.

Les différents handicaps mentaux et la manière dont ils affectent les perceptions de l'espace.

1. Les différents handicaps mentaux

Avant d'établir une liste des différents handicaps mentaux, il me semblait nécessaire de citer Régis Devoldere puisqu'il explique, dans un article nommé *La personne handicapée mentale acteur de sa propre vie*, que : « La personne handicapée, quelle que soit la nature de sa déficience, est d'abord une personne. Ordinaire parce qu'elle dispose des droits de tous et accomplit les obligations de chacun. Singulière parce qu'en plus de tous, elle en connaît d'autres, qui lui sont propres, qui résultent de son handicap et qui appellent d'être compensés. C'est à la solidarité collective qu'il appartient d'ailleurs de reconnaître et de garantir cette compensation. La personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente d'une déficience intellectuelle dont l'origine peut être très diverse. Cette déficience provoque un handicap car elle touche à différentes fonctions : la compréhension, la mémoire, l'analyse des situations, la prise de décisions... ». (Régis Devoldere). En effet, une personne atteinte de troubles mentaux est avant tout une personne avec des besoins et des désirs. L'architecture ne doit donc pas être un handicap pour elle, mais au contraire, lui permettre de vivre une vie tout à fait banale grâce à des aménagements qui ne créent pas de situation handicapante.

Afin d'établir une liste non exhaustive, mais qui essaye d'être la plus complète possible, nous allons nous appuyer sur le travail de Jean-David Devaux dans son œuvre *Les espaces de la folie*. En effet, il existe de nombreux types de handicaps mentaux différents, demandant chacun une attention particulière. Nous allons nous attarder sur chacun d'eux afin de comprendre leur impact sur la perception de l'espace des personnes qui en sont atteintes. Il existe six grandes familles de défaillances intellectuelles que nous développons ci-après.

a. Agnosie

Un individu atteint d'agnosie ne peut se fier à ses sens. En effet, l'agnosie est un trouble de la reconnaissance des informations sensorielles. D'ailleurs Fausto Vadier, dans son ouvrage *Perception et agnosies*, explique très bien les problèmes liés à cette pathologie : « Le terme d'agnosie spatiale recouvre une série de désordres neuropsychologiques pouvant sembler hétérogènes. L'espace perçu est le résultat d'une construction mentale effectuée en premier lieu à partir d'informations visuelles. On peut donc, avec Benton (1969), considérer qu'il s'agit avant tout d'une « appréciation défectueuse des aspects spatiaux de l'expérience visuelle ». Ceci recouvre en premier lieu des troubles perceptifs relativement élémentaires interférents avec la prise d'information, comme par exemple une mauvaise évaluation des distances, des volumes, des angles, etc. A un stade plus élaboré, il peut s'agir de difficultés plus proprement gnosiques à identifier des repères ou des lieux familiers. Mais les perturbations peuvent affecter également le maniement des données spatiales, dans des opérations mentales, leur apprentissage ou leur évocation, ou enfin leur utilisation dans des activités gestuelles ou locomotrices. » Ainsi, l'agnosie spatiale crée des troubles de la perception spatiale et amène le sujet à la désorientation permanente. La personne atteinte d'agnosie perd totalement ses repères topographiques, n'a plus la notion des distances et sa mémoire le trahit sur ce qu'il pensait avoir assimilé avec le temps. Penser l'espace pour une personne atteinte d'agnosie,

c'est penser à placer des repères régulièrement dans l'espace. La personne doit être sans arrêt orientée à l'aide de symboles pour ne pas se perdre dans son propre environnement.

b. Apraxie

Un individu atteint d'apraxie accomplit des mouvements sans raison. En effet, ce trouble engendre des difficultés à accomplir des mouvements dans un but précis, ou de coordonner certains mouvements. Ainsi, lorsqu'un individu atteint d'apraxie entre dans un lieu, il peut inquiéter les autres usagers avec ses mouvements spontanés et risquerait de se blesser ou de blesser autrui. Lorsque l'on pense l'espace pour ces personnes, il faut veiller à ne pas l'encombrer d'objets qui pourraient être dangereux et privilégier des pièces aux angles arrondis, aux surfaces recouvertes de matières moelleuses, ainsi que des objets aux nombreuses courbes et résistants. De plus, il faut savoir qu'il existe trois types d'apraxie : apraxie idéatoire – apraxie constructive – apraxie de l'habillement. Il semblerait que l'apraxie induisant une réflexion architecturale plus poussée soit l'apraxie constructive. En effet, dans le mémoire de Linkie Expert Calas sur les marqueurs de l'apraxie visuo-constructive et/ou visuo-spatiale dans les bilans de première intention chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, on peut y lire : « Les débats n'ont de cesse de déterminer si l'apraxie constructive contient une part de spatialité. [...] Hécaen (1960), souligne que l'apraxie constructive est une affection qui diffère de l'agnosie spatiale. En outre, en 1978, il affirme qu'elle est une incapacité de reconstitution des relations spatiales et ce, en dehors de tout trouble moteur. Plus récemment, Benton (1993) la définit comme une difficulté dans les activités de combinaison ou d'organisation qui requièrent que les détails soient précisément identifiés et les relations entre les parties et le tout clairement perçues. [...] Platz et Mauritz (1995), infèrent que ce type d'apraxie apparaît lorsque les lésions entraînent à la fois une perte des capacités de planification de la construction et la procédure de perception des relations spatiales ». (Linkie Expert Calas, page 7). Ces affirmations nous montrent que les deux principaux problèmes liés à l'apraxie constructive sont, d'une part, la difficulté de se représenter l'espace en plan, et d'autre part, la complexité de comprendre les relations entre les différents espaces. Pour contrer ces problématiques, l'architecte doit veiller à ce qu'un plan, lisible de tous, soit visible et repérable pour chaque personne entrant dans le bâtiment et cherchant à comprendre son fonctionnement. De plus, les relations entre les différents espaces doivent être explicites. Pour se faire, lorsqu'un parcours est proposé au sein du bâtiment, apposer des flèches au sol afin de mieux le visualiser. S'il s'agit d'un bâtiment public réunissant plusieurs fonctions, bien distinguer les fonctions en les nommant et / ou avec un pictogramme lisible de tous, et surtout, bien accentuer le lien, s'il existe, entre deux fonctions. Par exemple, lorsque nous entrons dans une médiathèque, une multitude d'options s'offre à nous. Proposer un cheminement cohérent qui permet d'appréhender les fonctions proposées peut-être la solution. Pour se faire, un tracé au sol accompagné de points indiquant l'entrée dans une zone à la fonctionnalité différente semble donc être une suggestion adéquate pour ce type de situation.

c. Aphasie

Un individu atteint d'aphasie n'est plus capable de parler et / ou d'écrire correctement, voire totalement. Ces troubles de l'expression verbale entraînent des difficultés quotidiennes mais l'espace peut faciliter ses déplacements grâce à des symboles. Si des repères sont placés régulièrement, la personne peut s'orienter et devient alors plus indépendante malgré son handicap. La condition à respecter étant bien sûr que les repères soient lisibles de tous. Pour se faire, les pictogrammes semblent être la solution la plus adaptée mais il est intéressant de coupler ces derniers aux mots auxquels ils correspondent pour multiplier les moyens de communication.

d. Syndrome démentiel

Lorsqu'un individu est atteint d'un syndrome démentiel, des dégradations cognitives peuvent le gêner dans sa perception spatiale puisqu'elles altèrent sa vision et ses ressentis de l'espace. D'ailleurs, selon un site internet Suisse expliquant les symptômes liés à la démence : « Le sens de l'orientation diminue de plus en plus chez les personnes atteintes de démence. Elles ne trouvent plus leur chemin, même si elles connaissent bien l'endroit. C'est surtout en conduisant ou dans des lieux inconnus que surviennent les problèmes d'orientation. L'orientation temporelle peut aussi s'avérer difficile » (extrait du site internet memo-info.ch - 2020). Etant donné que les connaissances que la personne atteinte de démence avait acquise sur son environnement se dégradent, il convient de lui rappeler sans cesse où se trouve tout ce dont il a besoin. Cela peut se faire par des repères placés régulièrement dans l'espace pour lui rappeler tout ce que l'individu aurait pu oublier. Les symboles doivent être clairs et explicites étant donné que ses repères spatiaux sont également altérés.

e. Névrose

Un individu atteint de névrose est conscient de sa souffrance psychique mais ne peut en sortir. Dans un cours dispensé par l'Université Médicale Virtuelle Francophone ayant pour sujet Les névroses, les psychoses et les troubles narcissiques, nous pouvons y lire que « Les névroses regroupent tous les troubles psychiques chroniques ayant pour origine un conflit inconscient où le sujet n'est pas en rupture avec la réalité. [...] Le sujet a conscience de ses troubles de façon plus ou moins marqué : il les conçoit au moins comme indésirables. » (Comité éditorial de l'UMVF). Ainsi, afin d'aider au mieux une personne atteinte de névrose, il nous faut apaiser ses maux par des aménagements de l'espace. Pour se faire, il faut d'abord apprendre à la connaître, comprendre le monde dans lequel elle se sent enfermée et celui dans lequel elle aimerait vivre. Lorsque l'on comprend les limites de son espace (barrières mentales qui lui sont imposées par son handicap), on peut alors lui faciliter sa vie quotidienne par des améliorations de son environnement. Ainsi, le monde dans lequel elle rêve de vivre devient quelque peu réel et l'aide à sortir de sa bulle. Il existe quatre types de névrose : névrose asthénique – névrose obsessionnelle – névrose hystérique – névrose phobique (claustrophobie ou agoraphobie).

La névrose asthénique se caractérise par une intense fatigue accompagnée de la sensation d'être malade. Ainsi, un environnement proposant divers espaces où se reposer au calme semble donc être la réponse spatiale la plus adaptée. Multiplier et diversifier les petits espaces de repos en les agrémentant de mobilier apaisant, non dangereux pour lui éviter de se blesser durant son sommeil ou pendant une phase d'endormissement, aux matières douces et aux couleurs pastel dans lesquelles la personne peut se lover.

La névrose obsessionnelle, quant à elle, se manifeste chez la personne atteinte par des obsessions ou des compulsions. Dans le cours de 2014 sur les névroses, les psychoses et les troubles narcissiques, nous y apprenons que « Le sujet lutte contre ses obsessions ou ses compulsions ce qui lui génère de l'angoisse. » (Comité éditorial de l'UMVF). Alors que finalement « Les obsessions et les compulsions [...] agissent toujours pour diminuer l'anxiété du sujet. » (Comité éditorial de l'UMVF). Ainsi, si nous voulons éviter qu'une personne atteinte d'une névrose obsessionnelle soit angoissée, il suffit de l'aider à accepter ses obsessions et ses compulsions. Le fait de ne plus chercher à les contenir sera à la fois libérateur, et permettra également de réduire l'anxiété. Par conséquent, créer un environnement pour une personne atteinte de névrose obsessionnelle c'est finalement créer un espace dans lequel elle se sentira libre face à ses obsessions et à ses compulsions. Il s'agit de créer un lieu sûr, où elle n'aura pas à réprimer ces derniers et pourra donc gérer son angoisse. Cela lui permettra, dans un premier temps, d'apprendre à vivre avec, puis, de gérer leurs apparitions afin de les faire disparaître petit à petit. La personne n'a plus à lutter pour se contenir, elle apprend simplement à les diminuer avec le temps.

D'autre part, la névrose hystérique fonctionne de la même manière mais « A la différence de la névrose obsessionnelle où le lieu d'expression du conflit psychique était la pensée, il se retrouve ici au niveau du corps ». En effet, comme l'explique le Comité éditorial de l'Université Médicale Virtuelle Francophone, la différence entre ces deux types de névrose se trouve dans leur moyen d'expression. En effet, les névroses obsessionnelles créent des rituels de vérifications, donc des besoins psychiques et répétés, de sans cesse tout contrôler, tandis que les névroses hystériques amènent l'individu atteint à interagir avec son corps, et non avec sa pensée. Quelques exemples donnés : « céphalées, spasmophilie, cécité, mutisme... » (Comité éditorial de l'UMVF). Les espaces imaginés pour les personnes atteintes de ce type de névrose doivent donc être sans danger. De plus, sachant qu'elles aiment se donner « en public avec exagération voire théâtralisme » comme le souligne le Comité éditorial de l'Université Médicale Virtuelle Francophone, il faut privilégier des lieux dans lesquels elles se retrouvent seules afin d'éviter cette stimulation due à la présence d'autres individus. Il est cependant difficile de créer un environnement dans lequel elles n'ont plus la possibilité d'agir sur leur corps puisque la seule manière de faire serait de les contraindre, or la contrainte n'est pas la solution puisqu'elle est source d'angoisse, et, est même contraire au respect de la personne. En somme, il faut essayer de créer un environnement apaisant, calme et solitaire afin d'éviter au maximum les tentatives de mutisme et autres actions volontaires affligées à leur corps.

Pour terminer sur les divers types de névroses, intéressons-nous maintenant à la névrose phobique. Reprenons d'abord la définition donnée par le Comité éditorial de l'Université

Médicale Virtuelle Francophone : « Il s'agit d'un trouble du comportement appris (notion de conditionnement) où le lieu d'expression du conflit psychique est l'espace avec souvent une notion de proximité. L'angoisse est déclenchée par une situation sans caractère objectivement dangereux. Cette situation ou son anticipation par le sujet agit comme un stimulus anxiogène. Les symptômes sont ainsi des phobies qui donnent lieu à un comportement inadapté. » (Comité éditorial de l'UMVF). Ainsi, créer un environnement permettant de réduire, voire d'effacer, la névrose phobique d'un individu, c'est d'abord apprendre à le connaître. Une fois que nous connaissons sa phobie, nous pouvons faire en sorte d'éviter, dans son environnement proche, qu'elle se déclenche. Il s'agit d'esquiver toutes les possibilités qui pourraient lui permettre de se produire. De plus, un travail de réassurance doit être fait afin que la personne puisse, peu à peu, sortir de cet environnement sans crainte de voir sa névrose réapparaître inopinément. Par conséquent, il s'agit d'abord de la protéger afin d'éviter que cela se produise, puis, de lui apprendre à contrer sa phobie afin qu'elle puisse réintégrer le « monde extérieur » et ses lieux publics.

Pour conclure, chaque type de névrose doit être traité singulièrement puisque les rapports à l'environnement sont différents et leurs comportements associés également.

f. Psychose

Selon le Comité éditorial de l'Université Médicale Virtuelle Francophone : « Le sujet n'a pas conscience de ses troubles et / ou de ses comportements inadaptés voire dangereux. » (Comité éditorial de l'UMVF). De ce fait, un individu atteint de psychose n'est donc pas conscient de sa souffrance psychique. La complexité pour ce type de patient réside dans le fait qu'il n'est pas clairvoyant vis à vis de ses problèmes, et qu'il ne demande donc pas à ce qu'on l'aide. Pourtant il nous serait possible d'améliorer son quotidien si on pouvait avoir accès à sa vision de l'espace. Cependant, comme il ne se considère pas comme une personne atteinte de troubles mentaux, il ne nous donne pas de pistes d'amélioration. Une personne qui n'a pas conscience de son état ne souhaite pas être secondée puisqu'elle pense pouvoir gérer seule sa vie et être autonome comme toute autre membre de la société. Ce sera peut-être ce trouble qui sera le plus difficile à intégrer puisqu'il ne nous explique ni ses ressentis, ni sa vision de l'espace qui l'entoure. Son environnement lui convient, il s'en accommode et ne souhaite pas de bouleversements dans ses habitudes. Il existe trois types de psychose : la mélancolie – la manie – la schizophrénie (qu'elle soit paranoïde, paranoïaque, ou encore paraphrénique). Dans un article d'Anne Gayet, on peut lire qu'« il faut bannir les couloirs qui sont propices à la déambulation sauvage » (Anne Gayet) chez les personnes maniaques notamment. Ainsi, les individus souffrant de psychose, peu importe sous quelle forme cette dernière se manifeste, doivent vivre dans un lieu où chaque espace est bien défini et où son utilité est avérée. En effet, un couloir n'est qu'un lieu de passage, un lien d'une pièce à une autre, mais n'a pas d'affectation bien précise. On lui préférera donc une pièce, pouvant faire office d'espace commun, qui dessert d'autres espaces. Par conséquent, même s'il reste difficile de cerner les besoins des personnes atteintes de psychose, la simplicité reste de mise. A partir du moment où nous simplifions, les choses se clarifient. Les individus perçoivent les espaces de manière lisible et comprennent l'utilité de

chaque pièce. Tout doit être limpide afin d'éviter les incompréhensions et l'exclusion qu'elles engendrent.

Au regard de ces constatations, nous comprenons qu'il est complexe de cerner les besoins des personnes atteintes de handicap mental. D'abord parce qu'il n'y a pas qu'une seule pathologie en jeu, mais également parce que leurs visions de l'espace est différente en fonction du handicap. En effet, selon la pathologie de l'individu, les espaces semblent se dilater ou, au contraire, se réduire. Les pathologies qui engendrent une impression de dilatation de l'espace sont : les névroses hystériques, les manies, ainsi que certains délires. A l'inverse, les pathologies telles que les névroses obsessionnelles, les mélancolies, ou encore certaines schizophrénies, donnent l'impression que l'espace se réduit. Il faut donc adapter son attitude, et nous parlons bien ici de l'attitude architecturale, à la pathologie pour la contrer.

A cela il faut ajouter les autres problèmes de perception de l'espace énoncés à chaque pathologie. Il y a donc autant d'appréhension de l'espace qu'il y a de pathologies, et peut-être même que de personnes puisque chacune d'entre elles peuvent être atteintes à un degré différent, dans un stade différent de l'évolution du handicap. Jean-David Devaux expliquait d'ailleurs dans son ouvrage que « l'espace est souvent reconfiguré pour satisfaire le délire » (Jean-David Devaux, page 22). L'espace peut donc être perçu encore différemment, lors d'une crise par exemple. Ces moments ponctuels où l'individu ne contrôle plus sa pathologie, et le handicap reprend le dessus sur lui et sur sa notion de l'espace. L'environnement qui l'entoure doit donc être stable pour qu'à ces moments bien précis de crise, il ait des éléments sur lesquels se raccrocher, des repères qui le rassurent et le confortent dans l'idée que ce lieu lui est familier.

En somme, il est compliqué d'établir une réponse architecturale claire. D'ailleurs, appuyons-nous sur le théorème du sociologue américain William Isaac Thomas, présentant sa théorie de la *définition de la situation*, « Si les hommes définissent des situations comme réelles, alors elles sont réelles dans leurs conséquences » (William Isaac Thomas). On peut en déduire ici que lorsqu'une personne atteinte d'un handicap mental interprète une situation dans sa réalité à elle, cette réalité ne correspond pas à notre réalité et les conséquences qui en découlent ne sont, pour elle, pas les mêmes que pour nous. Son monde imaginaire n'étant pas la réalité que nous vivons, elle imagine des conséquences correspondant à son monde imaginaire et non à notre réalité. Il y a donc un décalage important entre ce que la personne perçoit et ce que nous concevons en tant qu'architectes. Nous sommes dans l'incapacité d'interpréter sa vision des choses, il nous faut donc comprendre le monde dans lequel elle vit, la situation qu'elle considère comme réelle, et seulement à partir de ce moment-là nous serons en mesure de lui proposer des améliorations de son espace de vie.

2. Les différentes perceptions de l'espace de ces personnes

a. Les objets

S'intéresser aux perceptions de l'espace par la personne atteinte d'une déficience mentale, c'est comprendre ses ressentis dans les espaces intérieurs, mais aussi extérieurs, ainsi qu'avec les objets. En effet, ces derniers font partie intégrante de l'espace et de la vie du patient. D'autant plus que dans le domaine de la psychiatrie, il y a une véritable culture de ces objets. La plupart d'entre eux sont devenus très symboliques, considérés comme des outils de guérison. Un article très intéressant, rédigé par Benoît Majerus, *détaille La vie sociale des objets de la psychiatrie*. L'auteur y explicite précisément l'impact de ces objets, que sont : la baignoire, le lit et la porte, sur la vie des patients en institution. En effet, ces objets sont détournés de leur usage premier lorsqu'ils sont placés dans les institutions psychiatriques.

Prenons l'exemple de la baignoire qui sert quotidiennement pour son intérêt hygiénique, nous pouvons nous rendre compte que dans un établissement psychiatrique, elle est détournée comme instrument à la « mission thérapeutique » (Benoît Majerus). Elle permet de soumettre le patient aux soins obligatoires dans l'établissement. Ainsi, elle devient un outil pour mesurer le « degré d'acceptation de l'internement » (Benoît Majerus). L'auteur ajoute même que le passage dans la baignoire fait partie du « processus de mortification » dont parle Erving Goffman dans son ouvrage, et qui consiste à mettre la personne à nu lors de son entrée dans l'institution. On lui retire tout ce qui fait d'elle un être humain lambda pour devenir un être « normalisé », façonné par l'établissement psychiatrique. Durant les années 1960, l'usage thérapeutique de la baignoire s'efface progressivement au profit de son usage hygiénique.

Le lit, quant à lui, n'est pas l'objet qui leur permet de se reposer. Dans l'institution, il devient, selon les propos de Benoît Majerus, « l'outil central du contrôle du patient » (Benoît Majerus) et sert également à la classification des malades. Le lit est en fait le seul espace que l'on concède au patient, sans pour autant qu'il ne lui appartienne. En effet, un malade peut être déplacé d'un lit à un autre sans justification et on l'y attache pour qu'il y reste allongé de jour comme de nuit, soi-disant pour leurs besoins thérapeutiques. Ce n'est qu'en 1960 que les malades peuvent s'approprier leur lit dans les institutions. Cet objet devient alors leur premier espace personnel qu'ils peuvent agrémenter comme ils le souhaitent.

Etant donné que nous parlons d'institutions, nous devons inévitablement développer le dernier objet qui sépare les espaces, mais leur permet en même temps de communiquer : la porte. Cette dernière a deux usages contradictoires. Elle permet non seulement d'enfermer le patient, mais aussi aux membres du personnel de les surveiller et de leur apporter les soins nécessaires. Elle a donc l'usage ambivalent d'enfermement (pour le malade) et de circulation (pour le personnel).

Par conséquent, les objets étant la première chose palpable que les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent s'approprier, ils sont de ce fait très importants dans le processus d'autonomisation de ces individus. Chaque objet devient leur propriété personnelle, si bien qu'ils doivent trouver un lieu sûr pour les ranger. D'ailleurs, ce besoin d'enfermer les objets qui

leurs appartiennent n'est pas propre à ces individus. Erving Goffman, dans son ouvrage *Asiles*, explique que les objets personnels « sont rangés après usage dans des endroits sûrs [...] d'où l'on peut les tirer en cas de besoin, mais où ils restent cachés aux yeux des étrangers et préservés de la détérioration, de l'emploi inadapté et du vol. » (Erving Goffman). Il ajoute que « ces endroits représentent une sorte de prolongement de la personne en même temps qu'un signe de son autonomie, et leur importance s'accroît lorsqu'on prive cette personne de tout autre refuge. » (Erving Goffman). On comprend donc bien qu'au-delà de l'importance d'avoir des affaires personnelles, pouvoir les ranger en lieu sûr est tout aussi essentiel. Si nous nous autorisons à comparer rapidement avec les sans domicile fixe, nous remarquons que cette protection des objets personnels peut aller jusqu'au fait de dormir avec quand on ne peut les ranger dans un endroit sûr. En effet, les personnes sans-abris sont souvent contraintes de garder avec elles tous les objets qui leurs appartiennent, faute de place dans des casiers individuels parfois inexistant dans certaines villes. On voit alors ces individus déambuler dans les rues avec toutes leurs affaires. Certains disent d'eux qu'ils « portent leur maison sur leur dos », cette expression montre bien qu'avoir un endroit où loger n'est pas simplement savoir où s'abriter, mais c'est essentiellement avoir un espace où l'on peut entreposer nos effets personnels en toute sécurité. Il est donc indispensable, au-delà même de posséder des objets, d'avoir un espace personnel où les entreposer.

b. L'espace personnel

L'espace personnel, comme nous avons pu le voir avec l'exemple du lit, était au départ inexistant dans les institutions. Avec le temps, le lit est devenu leur espace personnel. Puis, lorsque les dortoirs ont été remplacés par des chambres individuelles, la chambre est devenue à son tour l'espace personnel et intime du patient. Cependant, tous n'avaient pas droit à ce traitement de faveur. Les chambres individuelles étant trop peu nombreuses, les inégalités étaient présentes. Néanmoins, comme nous avons pu le remarquer précédemment, chaque individu a besoin d'au moins un espace personnel dans lequel entreposer ses objets. Lorsque l'institution ne permet pas à l'individu de disposer de tels espaces, la personne se crée elle-même des lieux sécurisés et protégés du regards des autres pour déposer ses effets personnels. Ces lieux sont communément nommés « planques ». Erving Goffman y consacre d'ailleurs un chapitre entier de son ouvrage tant elles sont importantes. Il y explique que les planques se réduisent souvent au strict minimum puisqu'elles sont illégales au sein de l'établissement. Ainsi, la « cachette la plus courante à l'hôpital, et la plus caractéristique, est celle que l'on peut emporter où que l'on aille. » (Erving Goffman). De ce fait, une simple poche peut faire office de « cachette » pour des effets personnels de petite taille. Toutefois, lorsque les objets deviennent plus imposants, les « planques portatives » ne suffisent plus et il faut en trouver des fixes. Pour se faire, reprenons l'exemple du lit. Lorsqu'il a été autorisé que chaque lit devienne « propriété » de l'individu, le lit est alors devenu la planque idéale. En effet, cacher ses effets personnels entre le sommier et le matelas permettait aux résidents de détourner un objet qu'on leur avait attribué pour qu'il devienne une « cachette ». Erving Goffman ajoute d'ailleurs que « certaines affectations procurent l'occasion de trouver des planques » (Erving Goffman) puisque si un résident travaille au sein de l'établissement, cet exercice lui permet, dans de nombreux cas, d'accéder à des espaces où l'accès est habituellement plus restreint. Parfois

même, ce travail lui ouvre les portes de certains espaces dédiés à seulement quelques membres du personnel. L'individu dispose alors de planques plus secrètes et accessibles tout au long de la journée, contrairement à son lit qui n'est, dans certains établissements, accessible qu'aux heures nocturnes, ce qui implique une organisation minutieuse pour garder sur soi les effets personnels indispensables durant la journée.

D'autre part, l'espace personnel a pris de l'ampleur au fur et à mesure des décennies. En effet, il est devenu indispensable de dédier une chambre à chaque individu de sorte à ce qu'il puisse s'approprier un espace qui lui a été attribué. Cependant, comme le souligne Estelle Demilly dans sa thèse : « la chambre représente le seul espace privatif et le seul lieu d'intimité (et ce si on néglige le fait que le personnel soignant et éducatif peut y accéder à tout moment). » (Estelle Demilly, page 240). Les chambres sont donc créées pour permettre aux résidents d'avoir un lieu de repli, un espace personnel qui leur soit dédié et dont ils peuvent disposer comme bon leur semble, mais cet espace est finalement ouvert au personnel soignant et éducatif. Cela crée un antagonisme puisque l'accès restreint d'une chambre privative est finalement ouvert aux membres du personnel de l'établissement. Le résident n'a donc aucun réel lieu de repli alors qu'un espace privé et clos est pourtant nécessaire à chaque être humain pour permettre, à tout moment, de pouvoir se retirer d'espaces communautaires devenant trop pesants et oppressants.

L'espace personnel reste donc un point sensible des établissements psychiatriques. En effet, malgré une prise de conscience du besoin évident d'intimité des résidents et la création de chambres individuelles dans les établissements, leur accès ouvert aux membres du personnel ne leur permet pas d'être réellement des lieux de replis.

c. Les espaces communs

Les espaces communs sont des lieux où l'individu ne peut s'approprier l'espace. Il peut cependant y passer du temps, profiter des objets qui sont à disposition mais il ne doit pas oublier la notion de partage qui règne dans ces lieux. Cet espace étant commun avec les autres personnes qui vivent également dans l'établissement, il ne peut empiéter sur la zone intime d'un de ses camarades, à moins qu'ils ne soient très proches et que d'un commun accord, les rapprochements soient possibles. Le partage et l'équité sont donc de rigueur dans ces espaces, même si une hiérarchie sociale peut s'instaurer avec le temps, et qu'elle permet à certains de « privatiser » des espaces.

Pour compléter ces constatations, nous pouvons nous appuyer sur les propos d'Edward Twitchell Hall. En effet, selon lui les *espaces sociopètes* favorisent la communication tandis que les *espaces sociofuges* favorisent l'isolement. Etant donné que le handicap peut affecter les relations sociales (jusqu'à les empêcher), il faut donc éviter de provoquer l'isolement des personnes par des *espaces sociofuges* et concevoir des *espaces sociopètes* qui rendent la communication possible et diminuent ainsi le handicap. Le but serait de faire disparaître le handicap par des *espaces sociopètes* et que les personnes atteintes n'aient pas à supporter un handicap en plus de leur maladie. Ainsi, si nous en revenons aux espaces communs, nous

pouvons en déduire qu'ils doivent inclure tous les résidents en favorisant la communication entre eux. Pour se faire, chacun doit disposer d'un espace confortable et dans lequel il se sent en sécurité et serein, prêt à s'ouvrir aux autres.

De plus les espaces communs proposent diverses activités diurnes afin de développer les facultés des résidents. Cela peut aller de la sculpture, au yoga, en passant par les jeux de société, ou toute autre activité d'ailleurs. La palette proposée doit être assez variée pour que chacun puisse s'épanouir dans son domaine de prédilection. Ainsi, des activités en solitaire sont proposées pour les personnes ayant besoin de se recentrer sur elle-même, tandis que des activités de groupe peuvent satisfaire ceux qui souhaitent s'intégrer dans une communauté. En effet, ces dernières permettent de mieux comprendre les interactions entre les personnes mais également la force de l'amitié et des liens de confiance qui peuvent se créer entre deux individus. Ainsi, ils (ré-)apprennent à tisser du lien social grâce aux activités de groupe, tandis que les activités en solitaire leur permettent de régler leurs problèmes personnels.

Par ailleurs, les activités proposées peuvent être manuelles, intellectuelles, ou bien sportives, ou encore plus simplement, divertissantes. D'abord, les activités manuelles permettent de développer la créativité des résidents. Elles les aident également à se concentrer puisqu'elles les détournent de leurs pensées néfastes, tout en leur apportant la satisfaction de réaliser eux même quelque-chose qu'ils se sentaient souvent incapable de faire. Dans cette catégorie des activités manuelles, on retrouve par exemple la peinture, la sculpture, la poterie, le dessin, la couture, et bien d'autres. La musique peut également faire partie de cette catégorie puisque même si l'individu n'est pas en contact avec une matière palpable, elle lui permet de créer, s'il le souhaite, des morceaux. Ainsi, la personne peut composer, ou tout simplement jouer d'un instrument qui lui plaît, ou même écouter des musiques qui l'apaise. D'ailleurs, la musique peut aussi faire danser les résidents, notamment lors de soirées organisées au sein de l'établissement. En effet, des salles d'activités de différentes tailles n'ont pas d'affectation pour permettre, au grès des envies et des événements, d'y organiser tantôt une soirée dansante, tantôt un loto, ou toute autre activité de groupe dont aucun espace n'est spécifiquement dédié. Les activités intellectuelles, quant à elles, favorisent l'entretien et le développement de leurs facultés. Que ce soit les jeux de stratégie, la lecture, ou même l'écriture, ces activités aident à mieux appréhender le monde qui les entoure afin de mieux les préparer à une éventuelle sortie de l'établissement. Dans un autre registre, les activités sportives permettent aux résidents de se défouler. En effet, s'ils ont la possibilité de faire du sport, ils peuvent alors décompresser tout en prenant soin de leur corps. Ainsi, des salles de yoga et de relaxation sont souvent présentes dans les établissements, tout comme des salles de sport. En ce qui concerne les divertissements, la télévision, l'ordinateur, ou encore les jeux vidéo permettent aux résidents de s'évader dans un monde fictif qu'ils peuvent imaginer plus favorable à leur insu. Cependant, ces activités ne doivent pas les enfermer dans leurs pensées puisque le but de l'établissement est de les aider à s'intégrer à la société. Elles doivent donc être utilisées ponctuellement, notamment pour calmer les crises.

Une question persiste, le « bien-être » de chacun dans ces lieux communautaires est-il possible ? Dans sa thèse Estelle Demilly exprime bien le problème qui se pose ici : « lorsque l'on

aborde « l'habiter » dans des espaces de prise en charge institutionnelle partagée où le cadre de vie est le plus souvent imposé aux personnes qui y sont accueillies (elles ne choisissent en général pas le lieu, ni ses caractéristiques, ni les personnes avec qui elles le partagent), se pose la question de la transposition du bien-être individuel au bien-être collectif. » (Estelle Demilly, page 240). En effet, les espaces communs, même s'ils sont multiples et variés par leurs dimensions et les activités qu'ils proposent, ils n'en restent pas moins des espaces communautaires où l'entente entre tous les usagers doit être cordiale. De ce fait, il est totalement compréhensible que le bien-être de chacun ne soit pas simple à conserver dans ces conditions. D'autant plus que cette notion est très personnelle et subjective, elle ne relève pas de calculs ou de statistiques, mais de la personnalité de chacun. Il est possible d'améliorer le confort des résidents, mais le bien-être est un sentiment personnel que l'on ne contrôle pas. Le bien-être étant, selon la définition du Larousse, un « État agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit », nous ne pouvons éprouver ce sentiment que lorsque nous sommes en harmonie avec l'environnement qui nous entoure. Ainsi, créer des espaces communs à l'aménagement harmonieux peut contribuer au bien-être des usagers. De plus, nous l'évoquons juste avant, la notion de confort n'est pas à négliger. En effet, lorsqu'un lieu est aisément accessible, que l'espace pour se déplacer est généreux, que le mobilier est aux bonnes dimensions et que les assises sont agréables, alors toutes les conditions sont réunies pour un confort optimal. Les espaces communs doivent donc être confortables, c'est d'ailleurs là tout le travail de l'architecte : créer un environnement agréable tout en respectant les normes en vigueur et toutes les autres contraintes liées au projet. Cependant, le confort ne suffit pas. Il n'est qu'une base pour procurer un sentiment de bien-être chez l'utilisateur. Il faut donc penser à inclure, dès la conception du projet, la notion de bien-être. Certes, cette dernière est complexe puisqu'elle est personnelle et subjective, mais en diversifiant les possibilités dans un même espace, on démultiplie les propositions. Pour expliciter mon propos, prenons l'exemple d'une personne qui, pour se sentir bien, a besoin de se blottir dans un fauteuil disposé à l'angle d'une pièce, à l'abri des regards, alors proposer ce type d'aménagement lui apportera satisfaction. Autre exemple, à l'inverse du précédent, si un autre individu ressent le besoin de ne pas se sentir oppressé par l'environnement qui l'entoure et aime le contact avec les autres résidents, alors une vaste pièce disposant de nombreuses assises et de quelques tables pour jouer aux cartes ou pour toute autre activité divertissante, sera idéale pour son bien-être. Le but est donc, non seulement de multiplier les espaces communs par la proposition de diverses activités, mais également de démultiplier les propositions d'ambiances au sein même de ces salles. Chacun pouvant y trouver l'ambiance qui lui convienne pour son bien-être personnel.

Pour conclure sur les espaces communs dans les établissements psychiatriques, on peut retenir qu'ils sont nombreux et variés. En effet, leur taille dépend de leur destination et sachant qu'il faut divertir tous les résidents, chacun avec ses envies et ses passions, les activités proposées y sont multiples. Cependant, les espaces doivent être pensés pour être *sociopètes* lorsqu'il s'agit d'activités de groupe, et *sociofuges* lorsqu'il s'agit d'activités individuelles. Ils doivent également être confortables et proposer diverses ambiances afin de contenter tous les résidents. Le bien-être étant un sentiment personnel et subjectif, chacun doit pouvoir trouver

sa place et se sentir bien au sein de la communauté. De plus, les espaces communs ne doivent pas être appropriables puisqu'ils n'appartiennent à personne, mais sont à la disposition de tous.

d. Les espaces extérieurs aux établissements

Les espaces extérieurs aux établissements regroupent les abords de l'établissement lui-même, ainsi que l'ensemble des lieux publics qui se situent en dehors de l'enceinte de l'institution. Pour ces derniers, seuls les patients les plus indépendants ont le droit de sortir du périmètre réglementé. En effet, les autres résidents n'étant pas assez autonomes, ils ne sont pas autorisés à sortir sans être accompagnés.

Les espaces extérieurs sont une véritable bouffée d'oxygène pour les résidents puisqu'ils leur permettent de sortir, d'aller au-delà des limites physiques qu'on leur impose violemment. Les murs représentent en effet, bien trop souvent, l'enfermement. Tandis que les espaces verts, même s'ils possèdent des limites physiques, telles que des barrières végétales, semblent offrir une liberté et une immensité. La frontière est plus subtile, ce qui la rend plus acceptable et moins contraignante. De plus, les espaces verts ont un impact positif sur le rétablissement des personnes à la santé mentale fragile. Il est donc très important de travailler les abords du bâtiment de telle sorte à permettre aux résidents de sortir dans un espace sécurisé, où la végétation est omniprésente et leur permet de s'échapper psychiquement. Les grandes étendues de verdure apaisent et forment un écrin rassurant tout autour de l'établissement. C'est ainsi que les abords doivent être pensés, afin d'apporter la sérénité, le calme et un lieu de ressourcement aux résidents.

Par ailleurs, les espaces publics se situant à l'extérieur de l'établissement ne sont pas accessibles à tous. Pour ceux qui y ont accès, il s'agit de renouer des liens avec l'extérieur, avec une société dans laquelle ils ne retrouvent plus vraiment leur place. Le but de ces sorties à l'extérieur de l'enceinte de l'institution est de leur permettre de se créer un réseau de connaissances, d'amis, afin de reprendre peu à peu une vie en dehors de l'établissement. Cependant, le phénomène de « déculturation » pose souvent problème. Comme l'explique très bien Erving Goffman dans son ouvrage, ce phénomène correspond à « la perte de certaines habitudes courantes exigées par la vie en société, ou l'impossibilité de les acquérir » (Erving Goffman). Sachant que les personnes atteintes de troubles mentaux ne souhaitent pas toutes se conformer aux normes établies et que, quoi qu'il en soit, un formatage n'est pas envisageable chez elles, on comprend bien que ce phénomène de « déculturation » entraîne chez ces dernières, une déconnection totale avec le monde extérieur. De plus, un « Autre facteur également important, le fait de porter les stigmates de l'institution » (Erving Goffman). En effet, l'établissement psychiatrique, au-delà du travail réalisé sur le psychique des résidents, laisse une empreinte chez tous ceux qui y sont passés. Parfois, les traces disparaissent avec le temps, mais il n'est jamais évident d'être stigmatisé dans une société cherchant à étiqueter tous ses membres afin de les ranger dans des cases bien précises d'où il est très difficile d'en sortir.

En somme, deux types d'espaces extérieurs sont à distinguer : les abords de l'établissement et les espaces publics, qui se situent en dehors de l'institution. Les premiers sont accessibles à tous les résidents puisqu'ils sont sécurisés de manière à éviter toute tentative de fuite, tandis que les seconds ne sont accessibles qu'aux résidents les plus autonomes. Ils sont d'ailleurs souvent contraints par des limites horaires puisque la vie en établissement impose une rigueur et des normes afin d'éviter tout débordement. Cependant, même si les sorties sont formatées, elles permettent de garder un lien avec le monde extérieur. Les espaces publics sont d'ailleurs le meilleur moyen de s'intégrer dans la société et de se faire une place au sein d'une communauté.

IV.

L'architecture de la
psychiatrie : un enjeu
pour la réinsertion
sociale des personnes
en situation de
handicap mental.

L'architecture de la psychiatrie est une vaste thématique. Nous allons donc la scinder en deux parties : d'abord les établissements psychiatriques dans lesquels sont placés les personnes en situation de handicap mental, puis, dans un second temps, les possibilités d'habitat « autonome » qui s'offrent à eux, à leur sortie de l'établissement psychiatrique (si une sortie peut avoir lieu). Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier, comme le rappelle le Guide Pratique de l'Accessibilité, que « La mise en accessibilité de l'environnement pour les personnes handicapées mentales nécessite : • de connaître la spécificité de la déficience intellectuelle en termes de capacités, de compétences, de difficultés • de prendre toute la mesure des besoins, souhaits et aspirations de la personne handicapée mentale et de sa famille • de proposer une aide humaine • de proposer des aménagements techniques. » (UNAPEI). En effet, quel que soit l'environnement dans lequel vit une personne atteinte de troubles mentaux, établissement psychiatrique ou habitat « autonome », ces quatre points doivent être réunis afin qu'elle puisse avoir accès à tout ce dont elle a besoin quotidiennement. Dans le cas contraire, la personne sera handicapée par le manque de mise en accessibilité de son propre environnement.

1. La notion d'habiter

Le philosophe Olivier Abel explique que la notion d'habiter est « une condition nécessaire pour reprendre pied dans l'espace commun, pour maintenir un minimum d'identification, de « maintien » de soi » (Olivier Abel) dans l'espace réel. Ainsi, cette notion d'habiter regroupe deux aspects pour les personnes atteintes de déficiences mentales. Le premier aspect est clinique, il correspond aux effets de la maladie sur la personne, ainsi que l'image que la personne renvoie à la société du fait de sa maladie. De ce fait, son état de santé mentale doit lui permettre une adaptabilité sociale, qui jusque-là était gérée par l'établissement psychiatrique. Le second aspect est social, dans toutes ses dimensions : gérer une somme d'argent, s'impliquer dans la vie communautaire en participant aux activités par exemple, et même la fréquence des interactions sociales et leur intensité. Ainsi, les résidents qui peuvent prétendre à un accès au logement doivent être capable de nombreuses adaptations pour entrer dans le « moule » de la normalité et ne pas être stigmatisés. La sortie de l'établissement psychiatrique est motivée par un changement de vie certain qu'il faut être capable de gérer au jour le jour. Leurs motivations doivent être solides, ils savent que l'intégration sociale sera leur premier obstacle mais aussi ce qui leur permettra d'entrer l'entrée dans la société et de faire partie d'une communauté. Il est donc primordial pour la personne de se faire des amis, d'apprendre à connaître de nouvelles personnes et ainsi d'élargir son cercle de proches. Une fois cette première étape franchie, sa qualité de vie s'améliore et il peut commencer à s'approprier sa vie.

Estelle Demilly, au cours de sa thèse nous explique qu'« habiter est une notion qui dépasse le simple fait de s'abriter ou de se protéger » (Estelle Demilly, page 239). D'ailleurs, elle explicite que les établissements psychiatriques doivent « fournir un espace favorisant « l'habiter », la construction d'un « chez soi » et des repères structurants. » (Estelle Demilly, page 239). En effet, avoir un « chez-soi » ne signifie donc pas simplement avoir un lieu d'habitation qui nous « appartienne », mais bien apprendre à vivre dans son « chez-soi » et dans son environnement proche. D'ailleurs, la notion de « scène » et de « coulisses » qu'expliquait Erving Goffman dans

Le premier Tome de son œuvre sur *La mise en scène de la vie quotidienne*, apparaissent ici comme évidentes. Lorsque l'individu atteint d'une défaillance mentale se trouvait à l'hôpital psychiatrique, signalons au passage que ce n'est plus le cas aujourd'hui dans les établissements, il n'avait pas d'espace lui « appartenant ». Seuls quelques chanceux finissaient par obtenir une chambre individuelle mais les autres étaient en permanence au sein de la communauté. Ils n'avaient donc pas la possibilité de se rendre dans les « coulisses » et de relâcher la pression. Ils étaient surveillés constamment et n'avaient aucun moyen d'en échapper. La seule issue possible était celle de la sortie de l'établissement où ils pourraient mener une vie plus « normale » avec un espace de « scène » que représentent tous les espaces extérieurs à leur chez eux, et un espace de « coulisses » qu'est leur habitat personnel. Ce dernier est un espace où ils peuvent être eux-mêmes, sans avoir à être jugés. Chacun d'entre nous doit avoir accès à des « coulisses » où se réfugier dès que nous le souhaitons. C'est d'ailleurs tout à fait humain de ne pouvoir rester sur « scène » tout le temps. Il nous arrive parfois de nous éclipser dans un sanitaire ou dans une petite pièce inoccupée afin d'échapper à la « scène » quelques temps et de redevenir nous-même. Bien sûr il faut ensuite en sortir pour remonter sur « scène » en prenant bien soin de respecter toutes les normes induites par notre société, mais ce moment passé dans les « coulisses » nous aura permis de faire le vide et de repartir. Il s'agit là d'une sorte de soupape indispensable à chacun de nous. Voilà donc l'importance d'avoir un lieu à soi, un espace de « coulisses ».

Pour conclure sur cette notion d'habiter, voici une phrase de la journaliste Anne Gayet qui, à mon sens, fait réfléchir sur ce qu'est le fait d'habiter quelque part : « Quand on vit dans sa tête, on n'habite nulle part » (Anne Gayet). L'auteure explique ici qu'avant de pouvoir s'émanciper en se trouvant un logement, il faut d'abord sortir de ses pensées et vouloir devenir autonome. Guérir de la maladie est donc bien le premier pas à franchir afin d'enclencher un processus de sociabilisation, qui mènera, dans la majorité des cas, à l'accès à un logement et donc au début de l'autonomie de la personne atteinte de troubles mentaux. Anne Gayet complète son propos dans un article nommé *Psychiatrie, architecture, environnement*, en expliquant qu'il s'agit d'« aménager le vide » (Anne Gayet). En effet, c'est en commençant par combler le vide que l'on peut ensuite construire et assembler avec ce que l'on a apporté comme matières.

2. La vie en établissement psychiatrique

Les établissements psychiatriques actuels conjuguent des espaces individuels et des espaces communs avec les autres internés. Les espaces individuels sont souvent réduits à la seule chambre du patient. Cette chambre est, pour les établissements les plus récents, accompagnée d'une salle d'eau et d'une toilette, qui respectent davantage son intimité que les douches et sanitaires en commun. Si la personne n'est pas autonome, elle peut bénéficier de l'assistance d'un personnel soignant pour l'aider et l'accompagner dans son quotidien. L'aider à se laver, suivre l'évolution de ses selles, la fréquence à laquelle elle va uriner, etc. Autant d'indices qui permettent d'établir un diagnostic sur l'état de santé physique et ses compétences afin d'appréhender une mise en autonomie future (ou non).

Au-delà des espaces individuels dont peut disposer le patient, les établissements psychiatriques sont dotés de bons nombres d'espaces communs. Ces derniers sont démultipliés en fonction des activités qu'ils proposent, et de leur capacité d'accueil. En effet, chaque établissement dédie des salles à des activités diurnes. Chacun est ainsi libre de peindre, de coudre, de lire, de se divertir en regardant la télévision, etc. Les activités proposées sont diverses afin de contenter les envies de chacun. Nous ne nous étendons pas plus sur le sujet puisqu'il a été développé précédemment. Cependant, nous pouvons simplement résumer comme ceci : les espaces communs complètent les espaces individuels puisqu'ils accordent aux résidents la possibilité de s'intégrer à une communauté, et donc de retisser du lien social. Ils leur permettent également de se divertir et de s'épanouir, tout en prenant garde de ne laisser personne à l'écart. Prendre du temps pour soi est tout à fait possible mais il s'agit surtout de ne pas perdre le contact humain essentiel au bon fonctionnement psychique de chacun. D'ailleurs, pour que ces espaces communs fonctionnent, ils ne doivent pas être disproportionnés, comme l'explique les auteurs de l'article intitulé *Services psychiatriques et architecture* « Perdu dans la masse, chacun paraissait plongé dans la solitude. Il était rare de voir des malades conserver ou se distraire. » (OMS & Anthony Baker Alex, Llewelyn Davies Richard, Paul Sivadon, page 10). Ils ajoutent même que les résidents n'avaient « aucune vie sociale » (OMS & Anthony Baker Alex, Llewelyn Davies Richard, Paul Sivadon, page 10). Selon eux, cette absence de relations sociales est due au fait qu'ils étaient trop nombreux dans les espaces communs et n'arrivaient donc pas à tisser des liens avec les autres résidents. Ils complètent leurs propos en expliquant : « que le traitement des troubles mentaux doit viser non seulement à éliminer les symptômes, mais aussi à rétablir les liens entre le malade et le monde extérieur. » (OMS & Anthony Baker Alex, Llewelyn Davies Richard, Paul Sivadon, page 10). L'établissement psychiatrique a donc plusieurs objectifs : le premier est bien sûr celui de guérir le patient, mais sachant que l'objectif ultime de l'établissement est de permettre à ses résidents d'en sortir, le second but est de l'aider à s'intégrer dans la société. Pour compléter le propos, Frédéric Fougeray, directeur d'une maison d'accueil spécialisée à Picauville, s'exprime dans l'ouvrage *Maisons d'accueil spécialisées et santé mentale* sur le fait qu'il faut aller au-delà de ces deux objectifs. Selon lui, l'établissement doit être « un lieu de vie et d'envie » (Frédéric Fougeray), ce qui « signifie que l'accompagnement va au-delà de la réponse aux besoins fondamentaux de survie, de sécurité, de santé, de bien-être et de respect de l'intégrité humaine. Il est alors question d'être attentif aux besoins exprimés par la personne elle-même et de repérer quelques indices de ses satisfactions ou malaises. » (Frédéric Fougeray). Il s'agit donc d'atteindre les deux objectifs énoncés précédemment au cours d'un processus qui intègre la satisfaction des besoins et des désirs de la personne.

En somme, l'établissement psychiatrique se compose de différents types d'espaces qui rythment la vie des résidents. D'abord, l'espace de vie qui se trouve être leur espace personnel. Ensuite, les espaces d'insertions qui sont en fait les espaces communs permettant aux résidents de s'intégrer à la communauté. Et enfin, les espaces de soins que l'on peut se passer de définir puisque leur dénomination résume à elle seule les lieux concernés. Ces établissements regroupent donc tous les espaces nécessaires aux malades pour guérir, mais il ne faut pas oublier que « l'hébergement thérapeutique nécessite une réappropriation du territoire par le patient » (Anne Gayet). Ce qui signifie qu'il ne suffit pas de placer une personne atteinte de

troubles mentaux dans un établissement psychiatrique pour qu'elle guérisse. Il faut lui laisser le temps de s'approprier les lieux afin qu'elle puisse entamer elle-même son processus de guérison. Parfois, il faut déjà qu'elle prenne conscience de sa maladie. Certes, « il faut bien domicilier la folie » (Anne Gayet), mais pour se faire, il ne faut pas oublier la singularité de chaque individu et donc créer des espaces modulables qui puissent s'adapter à chaque nouveau résident. D'ailleurs, l'auteure cite une phrase de Patrick Halmos que nous nous devons de tous garder en tête : « Ne fais pas habiter autrui là où tu ne voudrais pas habiter toi-même » (Patrick Halmos). Il s'agit là du béaba de la conception, mais il est important de rappeler que nous concevons des espaces pour autrui et que nous devons être encore plus exigeants que si nous construisions pour nous puisqu'il faut intégrer les particularités et envies de chacun. Certes, les résidents ne vont pas créer leur propre chambre mais le but est que l'harmonie imaginée plaise au plus grand nombre et qu'une modularité des espaces soit possible afin de pouvoir démultiplier les possibilités d'aménagement et de ressentir des différents espaces.

Dans l'ouvrage *Handicap mental : prévention et accueil*, nous pouvons lire qu'un problème d'envergure menace les établissements psychiatriques. En effet, les auteurs nous expliquent que « les responsables placent le « soin » avant l'« éducation » » (Paul Jonckheere, Roger Salbreux, et Ghislain Magerotte, page 160). Ainsi, les thérapies et les médicaments semblent plus importants aux yeux des professionnels que l'éducation même de l'enfant atteint d'une déficience mentale. Sachant que ces décisions les concernent et qu'ils sont avant tout des êtres humains, il serait peut-être plus judicieux de leur expliquer les choses pour qu'ils comprennent et qu'ils assimilent, comme nous le ferions avec n'importe quel autre enfant. L'éducation est d'autant plus importante qu'ils comprennent les choses mais peuvent en faire une mauvaise interprétation. C'est donc là l'importance de les éduquer dès leur plus jeune âge, lorsqu'ils sont en mesure d'apprendre un maximum de choses, pour les garder inclus au sein de la société. A partir du moment où nous ne leur offrons pas d'éducation, nous les excluons de la société et ils se retrouvent en marge de cette dernière, stigmatisés et sans défense pour affronter la vie. De plus, « Le centre de la psychiatrie de secteur, c'est la cité. Son objectif, c'est la citoyenneté. » (Guy Baillon). Il ne faut donc pas oublier de placer l'établissement au cœur même de la ville dans laquelle il s'implante afin que ce dernier puisse remplir son objectif de socialisation de ses résidents. Placer l'établissement dans la ville, c'est intégrer ses résidents dans une agglomération, donc au sein d'une communauté. Il s'agit là du premier pas vers leur sociabilisation, et ainsi vers leur éventuelle sortie de l'établissement. Ainsi, nous pouvons retenir qu'exclure l'établissement de la ville ne servira qu'à renforcer son repli sur lui-même, tandis que son insertion dans la ville permettra d'amorcer le processus de sociabilisation des résidents. Sachant d'autant plus que les liens sociaux sont indispensables à l'apprentissage de la vie en autonomie, il y a donc là un enjeu primordial dans le processus de guérison des malades que de placer l'institution au cœur de la ville.

3. La vie dans un autre habitat

Les personnes pouvant acquérir une certaine autonomie ; nous entendons par là une autonomie suffisante pour vivre à l'extérieur de l'établissement psychiatrique sans les aides quotidiennes dans la gestion de sa forme physique et mentale, ainsi que dans la gestion d'un

lieu de vie, peuvent alors acquérir un « chez-soi ». Plusieurs possibilités s'offrent alors à elles : le *custodial housing*, le *supportive housing*, le *supported housing*, ou encore l'*habitation autonome*. Ces quatre types d'habitations sont particulièrement bien développés dans l'article *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales* de la Revue Déviance et Société. Pour résumer simplement : le *custodial housing*, aussi connu sous le nom de *custodial model* ou « hébergement de longue durée où les services sont offerts aux résidents par des non-professionnels » (Henri Dorvil), sont des lieux de vie de longue durée, semblables à des hébergements hospitaliers puisqu'ils offrent des soins et un suivi, mais ne permettent pas la responsabilisation de ses résidents, ni l'apprentissage des gestes du quotidien. Ce type d'hébergement peut se présenter sous forme de résidence d'accueil (à la capacité limitée) ou sous forme de pavillon (où la capacité est plus grande). Le *supportive housing* ou « hébergement thérapeutique professionnel » (Henri Dorvil), est encadré par des équipes de thérapeutes qui aident à la réinsertion dans le continuum résidentiel. Il peut se présenter sous forme de foyer de groupe (où un intervenant est présent en permanence de jour comme de nuit), d'appartement supervisé (où un intervenant est présent dans l'immeuble au besoin) ou d'appartement relais (où un intervenant vient à domicile une fois par semaine). Le *supported housing*, ou logement qui aide à la réappropriation de sa vie, fait une distinction claire entre logement et traitements. Le résident est encouragé à faire des choix personnels quant à son logement ce qui lui permet également d'augmenter ses capacités fonctionnelles et personnelles. Ce type de logement peut être un appartement anonyme et isolé ou un « appartement regroupé pour clientèle spécifique » (Henri Dorvil). Ce dernier correspond à un logement dans une habitation à loyer modéré (HLM) ou une coopérative d'habitants (COOP), ou même à une chambre dans une maison. L'*habitation autonome* ou « appartements anonymes sans support » (Henri Dorvil), est un logement semblable à nos lieux de vie puisque ce type d'habitat est le plus proche de la « normalité résidentielle ». Ces logements permettent une réinsertion dans la vie en société, le suivi médical étant réduit à son strict minimum. Cela correspond à des appartements encadrés où un intervenant est présent sur place, ainsi que les appartements non dédiés à une clientèle spécifique et sans encadrement.

Par ailleurs, cet article détaille qu'il y a deux types de « chez-soi » après l'établissement psychiatrique : l'hébergement ou le logement. L'hébergement est un lieu de vie souvent supervisé par du personnel hospitalier, les personnes ont donc toujours un lien avec la psychiatrie et les traitements. Ce type d'habitat, proposé pour une durée déterminée, organise des activités et privilégie la vie en groupe. C'est donc un lieu de vie idéal dans un premier temps. Il permet de faire la transition entre l'établissement psychiatrique, où la personne est totalement prise en charge, et le logement, où la personne est alors entièrement indépendante. Ainsi, le logement se définit comme un « chez-soi » à durée indéterminée où la liberté et l'autonomie sont des valeurs fondamentales.

Quoi qu'il en soit, partir vivre dans un autre habitat que l'établissement psychiatrique demande une grande adaptabilité à la personne atteinte de troubles mentaux. En effet, malgré les lois mises en place, et notamment la loi de 2005 pour l'accessibilité, il reste encore beaucoup à faire. D'ailleurs, Louis-Pierre Grosbois, dans son ouvrage, explique que « par manque d'expérience dans la pratique de l'accessibilité au cours de ces trente dernières années, les

standards techniques de son application, [...] ne sont pas à la mesure des enjeux de société. » (Louis-Pierre Grosbois, page 8). Les cours dispensés aux étudiants des facultés et écoles d'architecture sont rarement tournés vers ces spécificités, et dans la pratique, le problème reste le même. Contrairement aux normes PMR (personnes à mobilité réduite) obligatoires à respecter lors de créations et de réhabilitations d'espaces pouvant accueillir du public, les normes liées à l'accessibilité aux personnes atteintes de troubles mentaux ne sont que trop rarement appliquées. D'abord puisqu'elles ne sont pas inscrites et regroupées dans un seul document, mais surtout au vu de la complexité et de la multitude de cas à prendre en compte. Nous appréhendons plus facilement un handicap physique qu'un handicap mental. Il est donc plus facile d'établir une liste de critères à respecter pour rendre les lieux accessibles aux personnes atteintes d'un handicap physique, plutôt qu'une grille de critères favorisant l'accessibilité à tel ou tel type de handicap mental dont nous ne connaissons parfois même pas l'existence. Louis-Pierre Grosbois complète son propos en expliquant que l'« accessibilité est maintenant une référence « d'utilisation » par tous » (Louis-Pierre Grosbois, page 8) puisque, pour qu'un espace soit utile à la population, il doit d'abord être accessible à tous les usagers qui sont susceptibles de souhaiter s'y rendre. Selon lui, ces « normes ne constituent qu'un minimum qui doit être complété chaque fois que possible en vous aidant des recommandations relatives aux divers handicaps. » (Louis-Pierre Grosbois, page 8).

4. La notion de « chez-soi »

La notion de « chez-soi » est très importante pour les personnes atteintes de troubles mentaux puisqu'elle signifie avoir un endroit de repli. La psychosociologue Perla Serfaty-Garzon écrit d'ailleurs que « La présence du terme « soi » dans l'expression « chez-soi » indique que la maison est le lieu de la conscience d'habiter en intimité avec soi-même. » (Perla Serfaty-Garzon) Ainsi, le « chez-soi » est un espace, un lieu physique défini par ses dimensions spatiales, que la personne peut contrôler. Son lieu de résidence est en effet son espace quotidien, une zone qu'elle connaît et dont elle maîtrise les dimensions et les objets qui s'y trouvent. Ce lieu de vie est rassurant puisqu'il est autant un espace de ressourcement, où la personne peut reprendre le dessus sur sa maladie en se concentrant sur elle-même, qu'un espace sur lequel elle a une emprise totale. Donner un « chez-soi » à une personne atteinte de troubles mentaux, c'est « redonner une place à ceux qui en ont été privés » (Anne Gayet). En effet, avoir un lieu de vie « à soi », c'est avoir une adresse, un lieu de résidence personnel, et donc une place dans la société. A notre époque si individualiste, c'est finalement prouver qu'on existe que d'avoir un « chez-soi ». Anne Gayet explique d'ailleurs que « les patients ne seraient plus relégués aux tristes rôles de consommateurs de produits psy mais redeviendraient acteurs de leur propre vie, même s'ils ont besoin d'être accompagnés et suivis. » (Anne Gayet). Vivre dans son « chez-soi », c'est vivre une vie ordinaire même s'ils doivent être aidés. Par conséquent, ils ne sont plus considérés comme des personnes en marge de la société mais s'y intègrent. Reste le problème de la stigmatisation. Sur ce point, ce sont surtout les mentalités qui doivent changer puisque c'est bien souvent la vue d'une personne qui nous semble « différente » qui amène bon nombre de préjugés non fondés et nous incite à les laisser à l'écart. Le but est donc de « trouver des appartements thérapeutiques, afin de favoriser la réinsertion des patients dans le tissu social » (Anne Gayet).

Cependant, pour se sentir « chez-soi », l'individu doit d'abord se sentir en sécurité. D'ailleurs, les auteurs de l'ouvrage *Services psychiatriques et architecture* expliquent que ce sentiment de sécurité est « la première condition requise pour que le malade reprenne des relations normales avec le milieu extérieur. L'insécurité engendre l'anxiété, source importante de comportements antisociaux. » (OMS & Anthony Baker Alex, Llewelyn Davies Richard, Paul Sivadon, page 26). Trouver un « chez-soi », c'est donc trouver un refuge où le sentiment d'insécurité est inexistant. Ce n'est qu'une fois que nous sommes en lieu sûr que nous pouvons nous ouvrir au monde extérieur et donc se sociabiliser puisque c'est ici l'objectif d'avoir un « chez-soi » : s'intégrer à la société qui nous entoure afin de ne pas en être rejeté. Ainsi, les mots d'Anne Gayet résument assez bien la situation : il faut que l'« espace lui soit à la fois libérable et contrôlable, apprivoisable et sous contrôle, en semi autonomie » (Anne Gayet). En somme, il s'agit de concevoir un espace où le sentiment dominant soit le juste milieu entre toutes ces notions ambivalentes. D'autant plus que, comme le rappelle Patrick Halmos, cité dans l'article d'Anne Gayet, il s'agit de « créer un lieu où s'exprime le lien social » (Patrick Halmos), en plus des notions d'autonomie, de contrôle, de sécurité, de liberté et d'espace apprivoisable.

5. La vie en hébergement

Selon les termes d'Henri Dorvil, « habiter constitue aussi une épreuve existentielle » (Henri Dorvil). Il est donc indispensable de penser la réinsertion sociale de manière progressive. Chaque type d'habitat a ses avantages et ses inconvénients. L'hébergement offre une sécurité à la personne sortant d'un établissement psychiatrique, mais restreint donc ses libertés en ne permettant pas une autonomie totale. Ce n'est donc pas le type d'habitat souhaité pour l'autonomie complète de la personne en situation de handicap mental, mais un lieu de vie transitoire qui permet l'apprentissage de son autonomie. En effet, Patrick Halmos, cité dans l'article d'Anne Gayet, préconise de « ne plus exclure le malade, de le sortir des murs de l'hôpital pour l'aider à retrouver des repères sociaux dans la cité. » (Patrick Halmos). Il ne s'agit donc pas d'ouvrir les portes de l'établissement psychiatrique et de « lâcher dans la nature » les anciens internés devenus libres, mais bien de les accompagner vers une autonomie totale ; ce qui implique de passer par cette phase d'autonomie partielle que représente l'hébergement. Cependant, l'autonomie est une notion complexe. On lit d'ailleurs dans le chapitre d'un ouvrage de Jean Morval traitant de l'appropriation, mais aussi de la désappropriation de l'espace par la personne âgée, qu'il y a trop peu de personnes qui adaptent leur lieu de vie à leurs contraintes physiques ou mentales. De ce fait, les problèmes surviennent avec l'âge ou dus à la maladie mentale, il n'en résulte pas moins que le logement doit être adapté aux conditions de vie de la personne puisque l'inverse n'est pas possible. Un individu qui ne peut plus se déplacer sans son fauteuil roulant doit avoir accès à un logement PMR. Il en est de même pour une personne qui a des problèmes mentaux, elle doit avoir accès à un logement qui lui correspond. Si elle ne trouve un lieu de vie qui lui convienne, elle doit alors l'adapter puisqu'elle ne pourra s'en accommoder tel quel. Une question survient alors : à quel moment l'autonomie est-elle trop faible et implique donc un changement de lieu de résidence ? Certes, nous souhaitons tous rester autonomes, mais il faut parfois réapprendre cette autonomie pour pouvoir à nouveau jouir d'un « chez-soi ».

6. La vie en logement

Une fois que l'individu est autonome sur tous les aspects de sa vie quotidienne ; à savoir : pour sa toilette, dans la gestion de sa propre habitation, ainsi que dans la prise de ses médicaments (si la personne reste sous traitement médicamenteux) ; elle peut intégrer un logement. Ce dernier est synonyme de liberté mais fait peur par le risque d'isolement qu'il engendre dans de nombreux cas. Certaines personnes souffrant de troubles psychologiques préfèrent rester en hébergement pour éviter de se retrouver seules dans leur logement. Il y a donc une véritable inquiétude face au changement d'habitat, et elle est d'autant plus importante lorsque le logement demande une indépendance plus accrue voire totale. Cependant, la vie en logement offrant plus de libertés, elle permet aux personnes les plus autonomes de s'émanciper. D'ailleurs, cette émancipation peut être bénéfique puisqu'il ne faut pas oublier que l'environnement a un impact sur le comportement des usagers. C'est en effet ce que souligne Anne Gayet dans la phrase : « l'influence que peut avoir l'environnement sur le sentiment d'exil intérieur que peuvent ressentir nombre de patients et tenter une phénoménologie de la perception et des modifications qu'entraîne le lieu de vie sur le comportement des malades. » (Anne Gayet). Son propos s'appuyant sur des analyses de phénomènes perceptibles, nous pouvons donc affirmer qu'il existe une corrélation entre le lieu de vie et le comportement des personnes atteintes de troubles mentaux. En outre, elle ajoute ensuite que « la couleur peut remplacer la matière, et le jeu avec les couleurs revisiter un environnement » (Anne Gayet). Par cette phrase, elle nous montre bien l'importance des choix faits en termes d'ambiance intérieure d'un lieu de vie afin que l'impact de l'environnement soit positif sur le comportement de l'utilisateur.

Schéma récapitulatif des différents types d'habitat proposés :

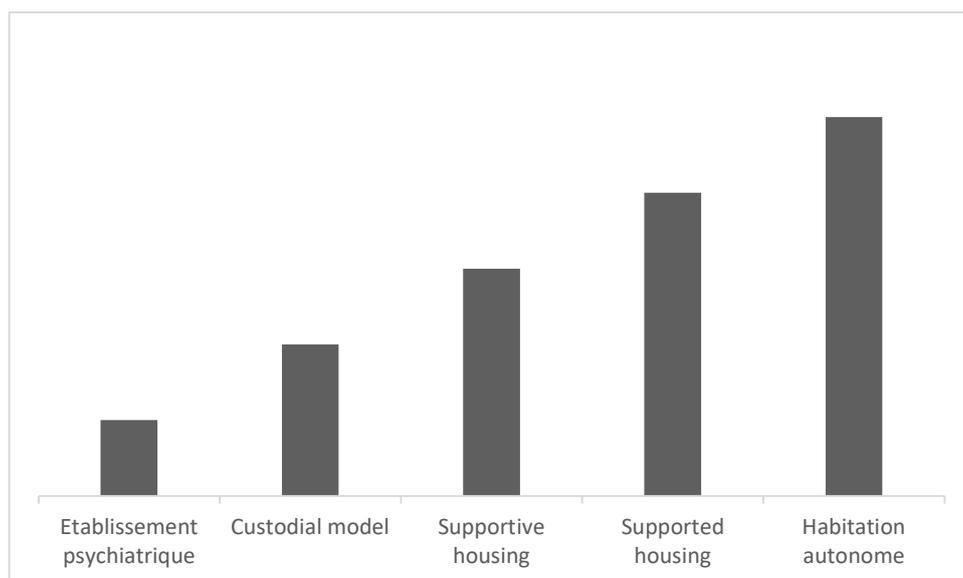


FIG. 04

→ L'autonomie du résident augmente en fonction de son lieu d'habitation

7. Quels aménagements pour un habitat adapté ?

En termes d'architecture, que peut-on faire concrètement pour que l'habitat soit adapté aux personnes atteintes de troubles mentaux ? C'est bien là la question centrale de ce mémoire qui recherche des pistes architecturales pour améliorer l'accessibilité à ces personnes. Si nous nous référons à l'ouvrage *Handicap et Construction*, rédigé par Louis-Pierre Grosbois, trois points sont à traiter inévitablement. D'abord, il faut « Faciliter l'orientation », puis « Faciliter la compréhension de l'espace », et enfin, « Enrichir les perceptions multisensorielles » (Louis-Pierre Grosbois). Ces directives étant encore trop vagues, nous pouvons les compléter avec le Guide pratique de l'Accessibilité et ses fiches pratiques aidant à la mise en œuvre des préconisations sur l'accessibilité. En effet, nous pouvons dénombrer pas moins de sept fiches liées à l'accessibilité au logement pour les personnes atteintes d'une déficience mentale. Chacune d'elles aborde une thématique particulière : « Accueillir et renseigner les personnes handicapées mentales », « Concevoir un plan adapté », « Proposer une signalétique adaptée », « Accéder à l'information », « Utiliser les automates », « Proposer des activités adaptées », ainsi que « Concevoir des documents électroniques adaptés » (UNAPEI). De plus, ce guide propose des fiches concernant les « Aménagements communs à tous types de sites » (UNAPEI) afin de bien cerner les problèmes rencontrés par les personnes atteintes de troubles mentaux, tout en proposant des solutions architecturales pour les contrer. Sachant que ce guide est bien conçu, nous n'allons pas nous étendre davantage. Soulignons simplement que chaque fiche contient de nombreux conseils d'aménagement. D'ailleurs, pour chacun d'entre eux, une légende détermine si l'aménagement est indispensable, souhaitable, ou plus simplement envisageable à long terme. Cette légende permet d'établir des priorités mais il est évident que dans l'idéal, tous les aménagements que nous concevons doivent tenir compte de toutes ces directives et conseils.

D'autres règles de bon sens peuvent compléter ces propos. En effet, dans une fiche pratique nommée *Adaptation du logement aux besoins des personnes handicapées mentales, cognitives ou psychiques*, de l'agence nationale de l'habitat et du centre de recherche pour l'intégration des différences dans les espaces de vie, nous pouvons prendre connaissance de nombreux détails à penser dès la conception du projet. Tout d'abord, dans les pièces de vie, la vue sur l'extérieur est essentielle. Elle doit être dégagée et conséquente afin de permettre à l'utilisateur d'avoir toujours une possibilité de fuir son regard vers l'extérieur. De plus, il est conseillé de meubler les angles des pièces afin que ceux-ci aient une utilité avérée. Laisser les angles des pièces vides crée un sentiment d'insécurité chez les usagers. A contrario le vide doit être conséquent pour tous les espaces de déambulation. La circulation devant être aisée et claire, il nous faut privilégier des dégagements conséquents. D'autre part, dans l'idéal, tous les boutons de commande (interrupteurs, prises de courant, volets électriques, etc.) doivent être regroupés. Cela permet d'avoir une lisibilité directe de leur position dans l'espace, l'utilisateur n'est alors pas perdu au milieu d'une pièce où de multiples commandes se trouvent sur chaque mur. Si la centralisation des boutons effraie la personne par le nombre de commandes proposées, il suffit alors de les différencier par des couleurs ou en apportant des textures différentes sur chaque bouton. En ce qui concerne le mobilier, nous veillerons à privilégier des meubles qui ne présentent pas de danger pour les utilisateurs. Ainsi, les angles arrondis semblent être la bonne

solution, et les matières « moelleuses » sont à privilégier afin de prévenir les éventuelles chutes ainsi que les mutilations et autres blessures pouvant survenir lors de potentielles crises dues à la maladie de l'usager. De plus, chaque meuble doit avoir son utilité propre et la simplicité de ces derniers est préférable. En effet, du mobilier simple permet de ne pas complexifier la compréhension de l'espace. Encore une fois, les couleurs et les textures peuvent, quant à elles, faciliter l'orientation de l'individu dans l'espace ainsi qu'aider à son enrichissement de perceptions multisensorielles.

Ainsi, en respectant des règles simples, un logement peut accueillir des personnes atteintes de troubles mentaux. Il suffit ensuite d'adapter le logement aux particularités plus spécifiques à chaque maladie mentale. En effet, comme nous pouvons le lire dans l'ouvrage *Handicap mental : prévention et accueil*, de nombreux problèmes de comportement sont « provoqués par des environnements inadaptés » (Paul Jonckheere, Roger Salbreux, et Ghislain Magerotte). Des exemples y sont d'ailleurs proposés à la page 123 pour bien comprendre en quoi un environnement peut être inadapté. En reprenant les idées des auteurs de cet ouvrage, lorsqu'une personne s'autostimule, cela signifie qu'elle manque de sollicitations dans son environnement. Créer un lieu de vie qui regorge de stimuli est donc idéal pour contrer les maladies entraînant un besoin de stimulation permanent. Pour rappel, et selon la définition donnée par l'encyclopédie Universalis, un stimulus, le singulier de stimuli, est « un élément ou un complexe d'éléments de la situation expérimentale qui est source de stimulation pour l'organisme et dont les variations sont contrôlées. [...] L'introduction de variations de la situation expérimentale capables d'engendrer des stimulations dans l'organisme a pour objet de déterminer quels types de stimulation entraînent des variations au niveau des comportements et, par suite, quels types de stimuli sont efficaces dans le contrôle des comportements. Le stimulus peut affecter la sensibilité externe (vue, ouïe, etc.) ou la sensibilité interne (proprioceptive). » (Jean-François Richard). Ainsi, si une personne a besoin d'être sans arrêt stimulée, et sachant qu'après un certain temps, le stimulus s'estompe jusqu'à disparaître complètement, il faut imaginer et mettre en place un nouveau stimulus qui permettra de « réenclencher » ce processus de stimulation. Par ailleurs, lorsqu'une personne évite le contact ou la proximité avec autrui, cela signifie que l'environnement qu'elle fréquente concentre une population trop importante pour qu'elle s'y sente en sécurité. La personne est en quelque sorte agoraphobe, dès qu'un groupement d'individus dépasse son seuil de tolérance, elle panique et a besoin de se retrouver seule. Certaines maladies engendrent un besoin de variation dans les activités quotidiennes. En effet, certains troubles sont accentués par les tâches répétitives et monotones, leur lieu de vie doit donc proposer de nombreuses alternatives pour occuper la journée. Ainsi, ces trois exemples illustrent que des modifications très spécifiques de l'habitat peuvent être apportées à posteriori, pour correspondre au mieux à l'individu et l'aider à contrer ses troubles mentaux. Sachant que la modification d'un lieu de vie à posteriori est fréquente, et tout à fait compréhensible, puisqu'elle répond à un besoin ciblé et certain. Nous sommes donc impuissants quant à ces phases du projet. Les architectes n'ont en effet pas l'entière responsabilité du projet entre les mains puisque les usagers, quels qu'ils soient, ont toujours le dernier mot et ajusteront selon leurs souhaits par la suite. D'autant plus qu'ici, dans le cas de la construction d'un établissement psychiatrique ou d'un ensemble de logements, les usagers ne sont pas les maîtres d'ouvrage du projet, ils ne peuvent donc pas demander de modifications durant les

phases d'élaboration du projet, ni même lors de la construction du bâtiment. Ainsi, les améliorations et ajouts de touches personnelles ne peuvent se faire qu'après réception définitive du bâtiment.

De plus, il s'avère qu'en regroupant toutes les normes et règles énumérées dans différents ouvrages, nous finissons par nous y perdre. C'est alors que, lisant la thèse de doctorat d'Estelle Demilly dont le thème est *Autisme et architecture*, nous finissons par comprendre le problème. Les normes sont trop nombreuses puisqu'il existe beaucoup de maladies entraînant divers troubles mentaux. De plus, chaque être humain a sa propre perception de l'espace. Il y a donc là une multiplication de possibilités qui ne permettent pas de rédiger clairement les normes à suivre. D'ailleurs, Estelle Demilly ajoute que même s'il était possible de rédiger toute une série de règles à respecter, nous nous rendrions vite compte qu'elles sont souvent incompatibles avec les autres normes en vigueur. En effet, de nombreuses normes régissent déjà les projets d'architecture. Que ce soit les normes PMR (Personnes à Mobilité Réduite), les normes incendie, les normes pour les ERP (Etablissements Recevant du Public), et bien d'autres, elles doivent être compatibles puisque leur respect est obligatoire. Cependant, Estelle Demilly donne des exemples simples de contradictions entre des aménagements mis en place pour respecter toutes les normes en vigueur et le quotidien dans un établissement psychiatrique : « la réglementation incendie impose que les issues de secours soient asservies à la détection incendie avec un déverrouillage automatique de ces dernières en cas de déclenchement des alarmes. Or celles-ci sont constamment déclenchées (plusieurs fois par jour) par certains résidents, occasionnant des problèmes de fugues qui s'avèrent très problématiques et dangereuses pour la sécurité du résident. » (Estelle Demilly, page 233). Elle ajoute qu'il y a également des décalages entre la norme PMR et les problèmes liés aux troubles mentaux puisque les éléments ajoutés pour aider les personnes à mobilité réduite à se déplacer peuvent devenir dangereux ou effrayants pour une personne atteinte d'une maladie mentale. Exemple retenu, « les barres d'appuis qui doivent être disposées dans les sanitaires et salles de bain des établissements recevant du public » (Estelle Demilly, page 233) mais avec lesquelles ils peuvent se blesser. Ainsi, Estelle Demilly résume : « Le handicap cognitif comme révélateur de ces décalages s'impose donc comme un défi pour repenser les recommandations. » (Estelle Demilly, page 233). Nous ne parlons plus ici de normes, mais de recommandations qui pourraient être proposées aux architectes afin d'améliorer le quotidien des personnes atteintes de troubles mentaux.

Par ailleurs, nous comprenons au travers de la thèse de doctorat d'Estelle Demilly que rédiger des normes n'est pas chose facile. Ces dernières étant créées pour permettre à un certain type de personnes d'améliorer leur quotidien, il faut d'abord se mettre à leur place afin de comprendre leurs problématiques. Pour se faire, il faudrait expérimenter les différents handicaps afin de mieux rendre compte des difficultés, mais en ce qui concerne les handicaps mentaux, la mise en situation est complexe. En effet, les difficultés rencontrées n'étant pas d'ordre physique, donc palpable, la difficulté réside dans le fait que nous ne pouvons simuler un ressenti. D'abord parce que les mots que nous employons ne le permettent pas, ils sont simplement là pour exprimer une sensation et la nuancer, mais il n'existe pas d'outil de mesure puisque nous ne parlons pas de choses tangibles. Quoi qu'il en soit, même si nous étions en

mesure de quantifier les ressentis de chacun, ainsi que leurs besoins, cela ne nous permettrait pas de définir une norme. En effet, comme le rappelle Estelle Demilly, à partir des réflexions menées par Philippe Boudon, il y a des « différences entre l'espace mental (celui qui naît de l'imaginaire de l'architecte – toujours en référence avec ses propres expériences - et qui aboutit à la traduction en plan), l'espace concret (qui correspond à la traduction de l'espace mental dans l'espace physique) et l'espace vécu (correspondant à l'espace investi et habité par les usagers). » (Estelle Demilly, page 235). Nous l'avons vu précédemment, chaque être humain possède son propre ressenti sur l'environnement qui l'entoure. Cela signifie également que nous possédons tous notre propre interprétation des normes. Ainsi, même si une norme est mise en place, chaque architecte qui lira la norme pour l'appliquer en fera sa propre interprétation. Nous avons tous notre sensibilité, c'est à ce moment-là qu'elle entre en jeu et nous fait imaginer une manière de répondre à la norme qui n'est peut-être pas celle souhaitée par l'utilisateur. Cependant, malgré notre sensibilité et notre interprétation des normes, il existe des invariants en termes d'aménagement. Marie-Aude Corbillé, citée dans la thèse d'Estelle Demilly, ne manque pas de souligner que « Si l'on définit la situation de handicap comme une inadéquation entre l'environnement et les capacités d'une personne, nombreuses sont les difficultés communes rencontrées et les besoins similaires engendrés en matière d'accessibilité, à la fois pour des personnes handicapées, du fait d'une limitation intellectuelle ou de difficultés à mobiliser leurs capacités intellectuelles, mais aussi pour les personnes dites «valides» [...] ce qui est indispensable pour certains est souvent pratique pour tous » (Marie-Aude Corbillé). Ainsi, elle insiste bien sur le fait que concevoir un projet en pensant à tous les usagers futurs, et notamment à ceux qui rencontrent des difficultés de compréhension de l'espace ou de déplacements, permet d'améliorer également le quotidien des autres usagers, qui ne rencontrent habituellement pas de problème.

D'autre part, une norme ne suffit pas à créer une architecture. Nous le savons bien, le travail de l'architecte est bien plus complexe que de suivre un cahier des charges au pied de la lettre. D'ailleurs, sur ce point, l'architecte et urbaniste Philippe Boudon explique dans l'une de ses publications que « le travail de l'architecte ne relève donc pas d'automatismes qui ressortiraient à un déterminisme de contraintes. La conception d'un édifice est portée par des choix, des intentions, des décisions que permet, ou auxquelles renvoie l'idée. » (Philippe Boudon). Il y a donc bien là un travail qui va au-delà du simple respect des normes, ou même de leur interprétation. L'architecte conceptualise un projet au cours d'un processus de conception. D'ailleurs, il serait trop simple de se dire qu'il suffit d'aboutir à un projet parfait et de le reproduire ensuite à l'identique puisque tout a été pensé jusque dans les moindres détails. Non, l'architecture c'est d'abord répondre à un besoin, qui peut être différent en termes de capacité d'accueil ou d'ambiance souhaitée, mais c'est également une implantation sur un site précis et dans un contexte particulier. Il n'est donc pas légitime de souhaiter reproduire un projet qui fonctionne, mais il peut être intéressant en revanche de chercher à comprendre ce qui est bien pensé et ce qui ne l'est pas dans un projet similaire existant. Le but étant de ne garder que le meilleur en l'adaptant aux spécificités du projet actuel, pour ce qui est des éléments qui ne fonctionnaient pas, tout reste encore à imaginer. Le meilleur allié de l'architecte, l'utilisateur, peut alors l'aiguiller quant aux décisions à prendre concernant son futur cadre de vie. En effet, comme le rappelle Marie-Aude Corbillé, citée dans la thèse d'Estelle

Demilly : « les personnes handicapées peuvent être des révélateurs pour diagnostiquer des espaces existants et des coproducteurs pour en concevoir de nouveaux, plus sûrs pour elles mais aussi pour tout un chacun » (Marie-Aude Corbillé). Cette affirmation montre bien à quel point il est essentiel d'intégrer l'utilisateur dans le processus de conception de son futur lieu de vie, d'autant plus lorsque ce dernier rencontre de nombreux obstacles architecturaux au quotidien. Il peut alors nous faire part de toutes les choses qui créent un handicap pour lui et apporter son expertise afin de corriger au mieux tous les défauts que peut comporter une architecture se souciant peu du handicap mental.

Concevoir un projet pour et avec l'utilisateur semble donc être la solution la plus adéquate afin de déceler les éléments architecturaux qui pourraient induire un handicap. Cependant, comme le souligne Estelle Demilly : « Lorsque le concepteur rencontre des difficultés pour comprendre l'univers cognitif des personnes pour qui il conçoit ou bien lorsqu'il ne partage pas de systèmes de communication ou de valeurs communs il faut trouver des solutions pour pallier à ces difficultés » (Estelle Demilly, page 236). En effet, une personne atteinte de troubles mentaux peut éprouver des difficultés à comprendre notre démarche, et donc ne pas souhaiter entrer en communication pour nous aider. Parfois, la personne communique quotidiennement par d'autres modes que le langage verbal et seuls ses proches et le personnel soignant et encadrant de l'établissement sont à même de la comprendre. Il ne s'agit donc pas simplement de souhaiter impliquer l'utilisateur, mais bien de trouver des moyens de communication, verbale ou non verbale, afin qu'il puisse nous guider tout au long du processus de conception de projet. D'ailleurs, sur ce point, Estelle Demilly explique que « Pour contourner cette difficulté, nous avons eu recours ici à un croisement de données cliniques et de données architecturales qui pourrait s'appliquer à d'autres populations » (Estelle Demilly, page 236). Sachant que sa thèse porte exclusivement sur les personnes atteintes d'autismes, ces résultats pourraient s'étendre à toutes les personnes atteintes d'une déficience mentale. Ainsi, lorsqu'il devient trop compliqué de communiquer avec les futurs usagers, s'intéresser à des données concrètes et chiffrées donnent un premier aperçu des besoins des résidents. Il est tout de même intéressant de multiplier les sources d'informations afin que les données récoltées soient les plus précises possibles. Aussi, il est envisageable de partir des données à notre disposition afin de produire une esquisse du projet qui peut ensuite servir de base afin de communiquer avec les futurs usagers. L'esquisse peut devenir un support de communication, des visuels étant beaucoup plus « parlants ». En effet, il est d'autant plus aisé d'échanger à partir d'images en trois dimensions, ou d'une vidéo de présentation, plutôt qu'à partir de tableaux de données et de statistiques, ou même de simples conversations verbales sur des ressentis et problématiques handicapantes avérées. Ainsi, si nous souhaitons échanger sur les éléments architecturaux qui handicapent les résidents dans leur vie quotidienne, cela peut se faire dans un premier temps, à l'amorce du projet, en se basant sur l'établissement ou le logement fréquenté par la personne atteinte de troubles mentaux ; par contre, si nous souhaitons que cette dernière apporte son approbation et son expertise sur le projet que l'on conçoit, il nous faudra d'abord travailler dessus afin de lui apporter assez de matière pour qu'elle puisse échanger et mettre le doigt sur les choses à corriger, à améliorer.

En outre, l'architecte n'a pas la main sur l'entièreté du projet. En effet, même s'il conçoit les espaces en se mettant à la place de l'utilisateur, il n'a tout de même pas leur personnalité, ni même leur sensibilité. De plus, il n'a pas d'emprise sur l'aménagement de certaines pièces plus « privées ». Le résident est effectivement le créateur de son « petit » chez-lui : sa chambre. Estelle Demilly l'explique d'ailleurs très bien dans sa thèse : « Ce sont des paramètres du cadre bâti sur lesquels un architecte n'a pas nécessairement de prise comme par exemple : « l'aménagement à sa convenance par le résident de sa chambre » » (Estelle Demilly, page 233). Ce dernier peut en effet l'aménager à sa guise, la décorer comme il le souhaite et la modifier autant qu'il le désire. De ce fait, l'architecte n'a donc pas d'emprise sur ces espaces si ce n'est qu'il leur donne une forme, la plus adéquate à tous types d'aménagements, ainsi qu'une dimension, assez aisée pour que le résident s'y sente bien, mais pas trop vaste pour qu'il ne s'y perde pas. L'intervention de l'architecte étant assez maigre sur les parties privatives, il ne faut pas en oublier la cohérence de l'entièreté du projet afin que ces espaces ne deviennent pas des « pièces rapportées » mais fassent partie intégrante de l'ensemble créé.

V.

Proposition de
méthodologie pour
approfondir le sujet.

Afin de compléter l'état de l'art, j'ai souhaité effectuer une analyse de cas. Pour se faire, je me devais de proposer une méthodologie permettant d'approfondir le sujet. Je vais donc vous exposer une méthodologie personnelle, qui pourra servir de support à des personnes souhaitant également réaliser des analyses d'établissements psychiatriques.

1. Trouver des établissements à analyser

Dans un premier temps, il m'a fallu définir un cadre de recherches. En effet, je ne pouvais pas recenser tous les établissements présents en France. J'ai donc ciblé géographiquement une zone qui deviendrait mon périmètre de recherches. De ce fait, j'ai d'abord établi la ville de Nancy comme étant mon point central, et j'ai défini un périmètre autour de cette ville d'environ trente kilomètres. Ce choix s'est fait pour une raison simple, je souhaitais restreindre ma zone de recherches afin d'économiser sur mon temps de transport entre deux visites d'établissements. Je m'étais fixé un maximum de dix établissements à recenser donc je m'autorisais à réajuster mon périmètre pour faire entrer le bon nombre d'établissements dans ma zone de recherches. Ainsi, mon travail a débuté dans ce cercle. J'ai cherché tous les établissements susceptibles de s'y trouver. Finalement, j'ai découvert un site qui répertoriait les différents établissements de la région. Il s'agit du site de l'AEIM. Grâce à ce dernier, j'ai élaboré des fiches pour chaque établissement se trouvant dans mon périmètre et ai ensuite envoyé des mails à chacun d'entre eux. Malheureusement seulement deux ont répondu favorablement à ma demande, et avec les circonstances particulières que nous avons connues en cette année 2020, je n'ai donc pu effectuer qu'une seule visite d'établissement.

2. Etablir un questionnaire type et définir les questions essentielles

Avant même d'établir un questionnaire, il est nécessaire de savoir à qui il s'adresse. En effet, le questionnaire est ici à destination des responsables et acteurs de terrain. Il s'agit de la personne ressource avec qui je suis en contact, et dans le cas présent, le directeur de l'établissement lui-même. Une fois cette information connue, il s'agit de définir le but de la rencontre. Ainsi, il faut généralement se renseigner en amont sur les différents types d'établissements, leurs prestations, etc. Cela permet de rédiger, dans un premier temps, une série de questions pertinentes à propos de l'établissement afin de cibler au mieux les informations que l'on souhaite obtenir de cette rencontre. Le questionnaire est ensuite transformé en *guide d'entretien*, c'est-à-dire en un fil conducteur qui va guider la discussion sans créer de systématisme. En effet, les questions / réponses sont trop offensives et n'offrent pas de flexibilité. Tandis que le « guide d'entretien organise à l'avance les « questions qu'on pose » » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 59), mais sans les imposer. Cependant, il faut rester prudent puisque le « guide d'entretien risque de ce fait d'enfermer l'enquêteur dans cette liste [...] aux dépens de l'improvisation pleine de digressions » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 59). Or, le but souhaité d'un guide d'entretien est simplement d'orienter la conversation tout en évitant les « silences ». Certainement pas de cloisonner les deux interlocuteurs. En ce sens, nous pouvons parler d'une *interview*, et non pas d'un questionnaire. C'est d'ailleurs ce sur quoi nous nous tournons dans le cas présent. Ainsi, « l'interview est une rencontre interculturelle plus ou moins imposée par l'enquêteur, où se confrontent des normes méta-

communicationnelles différentes et parfois incompatibles. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 57).

Venons-en à la visite en elle-même. Une visite d'établissement n'est pas une simple discussion en déambulant dans les couloirs. Il s'agit bien sûr de récolter un maximum d'informations utiles à la recherche menée, en se basant sur le questionnaire réalisé au préalable. Ce dernier sera ajusté au cours des visites, et servira, par la suite, de base de comparaisons avec les autres interviews. Il s'agit en réalité plutôt d'un guide d'interview reprenant les données qui me semblaient importantes, les « formes distinctes de « réduction de la réalité ». Il faut prendre acte du contraste évident qui oppose l'enquête par questionnaires et l'enquête de terrain socio-anthropologique. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 40). S'agissant ici plutôt d'une enquête de terrain que d'une enquête par questionnaires, un guide d'interview avait été réalisé mais n'a pu être utilisé et exploité aux vues des mesures restrictives qui ont été prises en France, comme en Belgique, suite à l'épidémie de COVID-19. Le guide d'interview que j'avais réalisé se divisait en trois parties. La première partie détaillait les informations relatives à l'établissement, ce qui me permettait de faire une fiche sur ce dernier. La seconde s'intéressait aux personnes accueillies au sein de l'établissement. Et enfin, la dernière partie, davantage orientée sur l'architecture, traduisait le fonctionnement quotidien de l'établissement. Le guide d'interview que je vous présente ici n'est peut-être pas complet, mais il me permettait d'avoir une base et d'axer mes questions aux vues de ma recherche. Ainsi, « les approximations que produit notre travail de recherche tirent leur sens d'une exigence de rigueur « malgré tout ». » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 7). D'ailleurs, « la rigueur se situe à deux niveaux. [...] une *rigueur logique* (on ne peut dire une chose et son contraire), argumentative (il s'agit de convaincre), et théorique (les énoncés prennent place dans un débat érudit). Mais, d'autre part, il s'agit en outre d'une *rigueur empirique*, [...] entre les théories produites et leur « réel de référence », c'est-à-dire le petit « morceau » d'espace social et de temps social dont le chercheur veut rendre compte et qu'il se donne pour tâche de comprendre. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 8).

Concernant les informations relatives à l'établissement, il s'agit d'abord de définir le type d'établissement. En effet, ce dernier peut être un foyer d'accueil médicalisé (FAM), un foyer d'hébergement, un foyer d'accueil polyvalent, une maison d'accueil spécialisée (MAS), ou encore une maison d'accueil temporaire. De plus, les conditions d'accueil sont également intéressantes. Elles peuvent être simplement diurnes, c'est le cas d'un établissement proposant des activités aux personnes atteintes de troubles mentaux légers, ou diurne et nocturne, pour les établissements proposant l'hébergement. Par ailleurs, certains établissements prennent en charge les personnes uniquement du lundi au vendredi, tandis que d'autres proposent un accompagnement continu, week-end compris.

Au-delà de ces informations d'ordre logistique, j'ai consacré une seconde partie aux personnes accueillies au sein de l'établissement. D'abord, la capacité d'accueil de ce dernier. En effet, le nombre de chambres est souvent l'indicateur le plus approprié pour définir cette capacité d'accueil, lorsque l'établissement propose l'hébergement bien sûr. Une fois le nombre de personnes donné, je souhaitais connaître la moyenne d'âge des résidents. Elle est notamment

intéressante pour distinguer les établissements accueillants des mineurs, de ceux n'accueillant donc que des adultes. Par ailleurs, l'établissement peut être mixte ou n'accueillir qu'un seul des deux sexes. En effet, à l'époque, la différenciation des sexes étaient exigées dans les asiles, cette question reste donc pertinente afin de vérifier que les mœurs ont bel en bien changées. D'autre part, je souhaitais m'informer davantage sur le degré d'autonomie des résidents afin de mieux me rendre compte de l'implication des professionnels de santé dans leurs tâches quotidiennes. En effet, l'autonomie de la personne atteinte de troubles mentaux peut se trouver dégradée par sa maladie et de ce fait impacter sa vie quotidienne, sa vie sociale et comportementale, ainsi que ses déplacements et donc sa mobilité. Mon but était de mieux comprendre sur quels aspects de l'autonomie de la personne les professionnels devaient travailler. Par exemple, est-elle autonome pour se laver ? Pense-t-elle à le faire elle-même ou faut-il lui rappeler ? Va-t-elle au contact des autres résidents ? Si oui, les échanges sont-ils aisés avec elle ? Et tant d'autres questions qui permettent de à définir un *degré d'autonomie* afin de mieux cerner ses besoins. Grâce à une moyenne sur l'ensemble des résidents de l'établissement, cela aurait permis de comprendre quels sont les aspects de leur vie que leur maladie handicape le plus. Ainsi, les professionnels interviennent essentiellement sur ces aspects précisément afin d'aider le résident à acquérir son autonomie. Dans la même lignée que les questions liées à l'autonomie de la personne souffrant d'une défaillance mentale, il me semblait important de demander quels handicaps mentaux sont soignés au sein de l'établissement, et à quelle proportion ? Cette moyenne aurait sans doute permis de mieux appréhender les aménagements architecturaux spécifiquement conçus pour les maladies à proportion majoritaire dans l'établissement.

La dernière partie de mon interview était davantage tournée sur l'architecture elle-même. Avant d'aborder les questions purement liées à cette dernière, il me fallait expliciter le rôle de la personne ressource qui m'accueillait afin de mieux contextualiser ses réponses à mes questions. En effet, « tout entretien sollicite au moins potentiellement trois niveaux de déchiffrement imbriqués, dont aucun ne doit être négligé malgré la complexité de leur entrelacement permanent : (a) des informations sur le monde (sur le réel de référence) ; (b) des informations sur le point de vue de l'interlocuteur sur le monde ; (c) des informations sur la structure communicationnelle de l'entretien. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 57 - 58). En cela, il nous faut avoir conscience de la position hiérarchique de notre interlocuteur au sein de l'établissement à chaque réponse que ce dernier nous formule. A partir de là, nous sommes prêts à reprendre le guide d'interview afin de développer la dernière partie, celle que nous cernons davantage que les précédentes, la partie liée à l'architecture. Voici donc quelques questions que j'avais élaborées pour mieux comprendre l'établissement. D'abord, comment vous décririez vous ? C'est-à-dire, quel caractère avez-vous souhaité donner à votre établissement ? Comment souhaitez-vous être perçus ? Et comment aimeriez-vous être perçus ? Quels sont les dispositifs particuliers que vous avez mis en place afin de répondre à la demande ? Quels aménagements avez-vous dû améliorer et pourquoi ? Quelles sont vos points forts et faiblesses ? Et surtout, comment pourrait-on transformer ses faiblesses pour qu'elles n'en soient plus ? Quelles sont les espaces qui posent problème selon vous ? Et pourquoi ? Quelques exemples afin de mieux cerner les attentes : manque de luminosité, espace trop complexe, espace multifonctionnel donc peu compréhensible, manque d'information, etc. Par

ailleurs, comment peut-on, selon vous, favoriser l'autonomie des résidents ? Je donne ici des exemples qui me semblaient cohérents mais qui ne sont peut-être pas effectifs : espaces conviviaux, couleurs pour différencier les espaces, signalétique plus claire, définir une temporalité dans chaque espace (éviter la routine dans un seul espace) : multiplication d'espaces différents les uns des autres avec une temporalité définie pour chacun, etc.

Pour compléter cette interview, j'avais pensé demander préalablement deux jeux de plans de l'établissement à l'échelle du 1/100^{ème}. Lorsque les échanges auraient été terminés, je souhaitais demander d'effectuer trois « réalisations pratiques » sur les plans précédents. D'abord, demander à mon interlocuteur de me dire quelles sont les fonctions essentielles à l'établissement. Puis, me montrer où ces dernières se situent sur le 1^{er} jeu de plans du bâtiment en les indiquant d'un rond vert. Par la suite, tracer des lignes symbolisant les liens qui se créent entre elles. Et pour finir sur ce premier jeu de plans, marquer d'une croix rouge les espaces qui posent problème. Ainsi, je situe rapidement où se trouvent les espaces indispensables, et ceux qui posent problème. Sur le second jeu de plans, je souhaitais illustrer deux journées types. D'abord en bleu, celle d'un soignant. Il s'agit de mettre un point bleu là où le soignant s'arrête, noter le temps qu'il y passe juste à côté du point, et compléter par les cheminements avec des traits qui relient les points. Ces traits peuvent être fléchés afin de mieux lire le parcours global. Ensuite, en orange, celle d'un résident. De la même manière, mettre un point orange là où le résident s'arrête, noter le temps qu'il y passe juste à côté du point, et compléter par les cheminements avec des traits qui relient les points. Ces traits peuvent également être fléchés afin de mieux lire le parcours global du résident. Ces deux jeux de plans complétés, il ne reste qu'à les analyser pour tirer des conclusions, d'une part sur les aménagements qui posent problèmes, et d'autre part sur les lieux qui semblent essentiels et dont les aménagements plaisent. Ces derniers sont en fait les espaces où les résidents passent du temps, ainsi que ceux où le personnel soignant se rend régulièrement, et donc y passe du temps également. Ainsi, la pratique nous amène à des conclusions qui ne sont peut-être pas valables partout mais qui semblent être vérifiées ici. Comme le disait Jean-Pierre Olivier de Sardan : « les chercheurs supposent tous *pratiquement*, même si aucun ne peut le prouver *théoriquement*, qu'une réalité sociale de référence [...] existe bel et bien. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 9).

3. Se rendre sur place, visiter et poser les questions

Une fois le rendez-vous fixé, il ne reste plus qu'à se rendre sur place le jour et à l'heure prévue muni du questionnaire préparé préalablement et d'un appareil photo. L'entrevue commence par des présentations pour mettre tout le monde à l'aise. La personne ressource donne sa position hiérarchique, explique le déroulement de la visite et peut éventuellement demander des précisions pour affiner les explications durant l'entrevue en fonction de nos requêtes. Dans la foulée, il est préférable de se présenter également. Le but étant d'expliquer notre démarche et la manière dont nous souhaitons mettre à profit cette visite. Cette dernière peut alors démarrer sereinement, chacun connaît les tenants et les aboutissants de l'entretien. Il s'agit de « Rapprocher au maximum l'entretien guidé d'une situation d'interaction banale quotidienne » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 58). Cela permet notamment de « disposer d'une réelle liberté de propos, et ne se sente pas en situation d'interrogatoire. » (Jean-Pierre Olivier de

Sardan, page 59). En effet, les questions peuvent être posées durant la visite, si celles-ci complètent les informations fournies par la personne ressource, puisque « l'entretien de recherche est une interaction » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 56) où « on *consulte* l'interlocuteur. Celui-ci, invité à dire ce qu'il pense ou ce qu'il connaît de tel ou tel sujet, est supposé alors refléter au moins en partie un savoir commun qu'il partage avec d'autres acteurs locaux, voire avec l'ensemble du groupe social considéré. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 55). Dans le cas contraire, il est préférable de laisser la personne terminer ses explications et de poser toutes les questions (auxquelles elle n'aurait pas encore répondu durant la visite) à la fin du rendez-vous. Il ne faut pas hésiter à ajuster ses questions en fonction de la discussion qui se met en place. D'ailleurs, « un entretien doit permettre de *formuler de nouvelles questions* » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 60) puisqu'un « entretien n'est pas un dossier fermé, bouclé, mais un dossier ouvert, qui peut toujours s'enrichir. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 64).

4. Récupérer, collationner puis archiver les documents

La personne ressource est peut-être en possession de documents utiles à notre recherche. Il faut donc s'informer sur cette éventualité et surtout bien expliquer dans quel contexte ces documents pourraient être utilisés. En effet, un mémoire est un travail théorique dans lequel nous pouvons être amenés à analyser des cas concrets, mais les ressources resteront dans ce cadre de recherches et ne seront pas divulguées à d'autres fins. Il est donc important de bien expliquer son travail de recherches afin d'instaurer un lien de confiance et ainsi que la personne ressource accepte de nous communiquer les documents qui nous importent. Dans mon cas, j'ai tout même pu obtenir les plans, coupes et élévations du bâtiment en rénovation que j'ai visité et ces derniers m'ont permis d'illustrer mes propos (à défaut de les confronter à d'autres exemples, auquel cas j'aurais pu effectuer des études de cas abouties). Dès lors que nous accusons réception des documents, il faut les archiver pour éviter de les perdre dans notre banque de données. Pour cela, il faut d'abord les ouvrir et vérifier leur contenu exact. Il nous suffit ensuite de renommer le document et, pour que le contenu soit lisible au premier coup d'œil, le mieux est de répertorier dans un tableau les différents éléments. Pour donner un exemple, nous pouvons nommer le document par le nom de l'établissement puis dans un tableau, insérer une ligne au nom de celui-ci et cocher tous les documents qu'il contient. Cela peut aller d'un master plan jusqu'au détail au 1/2, en passant par un plan d'implantation, des coupes, etc. Plus le tableau est détaillé, c'est-à-dire avec les bonnes appellations et les échelles, plus il est explicite et donc simple de voir si nous avons assez de ressources pour comparer les différents cas d'étude. En effet, « le cœur de la légitimité anthropologique [...] est bien le travail d'enquête. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 18), il ne s'agit donc pas de tout gâcher en s'arrêtant après ce dernier, mais bien de le rendre qualitatif en allant plus loin que l'interview. Malgré tout, il faut bien reconnaître que le « handicap particulier que rencontre l'anthropologie dans cette quête de rigueur consiste dans la manière dont elle produit ses données. [...] le plus souvent par des procédures d'enquête de type « qualitatif », sous forme de l'insertion personnelle du chercheur sur un « terrain », où les interactions entre l'anthropologue et ceux qu'il étudie sont décisives. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 11).

5. Analyser et comparer les données des différents documents

C'est à ce moment-là que le travail d'étude de cas débute. En fonction des documents récupérés, il faut d'abord établir ce qui va pouvoir être comparé ou non. En effet, si nous ne disposons que des plans d'un établissement et les coupes d'un autre, les comparer est totalement insensé. Ainsi, le travail préalable de tri et d'archivage des ressources que nous possédons est essentiel. Nous pouvons alors débiter l'analyse de documents analogues en nous basant sur la structure que nous avons mise en place dans la partie théorique. Cela me semble être une piste pour éviter de se perdre dans la comparaison des ressources puisqu'il ne s'agit pas d'observer qu'un mur est droit tandis que dans l'autre bâtiment il est oblique, mais bien de regarder dans l'ensemble les lignes de forces du projet et les comparer. Si nous suivons la trame structurée de la recherche théorique préalable, nous savons quels éléments il est important d'analyser pour chaque point. Ce travail reste cependant un cas d'étude, c'est-à-dire que nous pouvons formuler des hypothèses, mais ces dernières n'ont pas valeur absolue. En somme, « un texte anthropologique ou sociologique se doit d'être rigoureux, car sinon nous renoncerions à toute prétention scientifique, et se situe pourtant dans le registre de l'approximation, car la véridicité de nos assertions ne peut se prétendre vérité et relève plutôt de la plausibilité. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 7). D'ailleurs, les résultats obtenus provenant d'échanges lors d'une interview, cela « rend le texte anthropologique d'autant plus vulnérable aux biais interprétatifs et aux dérives idéologiques. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 7).

6. Rendre compte de l'analyse de cas

Lorsque le travail est terminé, il faut trouver des moyens judicieux d'exprimer nos conclusions d'analyse. « L'hypothèse réaliste, qui postule l'existence d'un réel de référence relativement ou partiellement connaissable par l'enquête, ne doit pas être confondue avec l'illusion réaliste, qui croît en un accès direct et objectif à ce réel de référence, et oublie que ce dernier est une construction sociale. » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 9). Il ne s'agit donc pas de donner les résultats au moyen de quelques phrases mais de rendre compte du parcours mis en place, des difficultés rencontrées et des conclusions auxquelles nous avons finalement abouti. Tout comme en architecture, un travail de recherches est un long processus qui a un début et une fin, mais qui est surtout un ensemble de réflexions menées tout au long du travail afin d'aboutir à ce qui semble être le résultat final, le plus concluant. En architecture, le début du travail correspond aux premières esquisses mêlant ressentis personnels, envies, et besoins du client. Quant à la fin du projet, il s'agit de la réception définitive du bâtiment. Dans un travail de recherches, et d'autant plus d'analyse de cas, le début correspond à la recherche de cas à analyser et la fin, aux conclusions tirées du travail. Cependant, les investigations sont longues et fastidieuses, le résultat ne démontre parfois pas tout le cheminement réalisé, il faut donc bien détailler l'ensemble du processus de recherches afin de pouvoir échanger aisément avec nos pairs. Faire avancer la recherche, ce n'est pas énumérer des conclusions, mais bien rendre compte du parcours particulier que nous avons emprunté en offrant toutes les clés de lecture permettant à d'autres d'approfondir encore la recherche à l'avenir. « L'« émicité » (autrement dit l'attention portée au point de vue des acteurs [...]) et la « descriptivité » (autrement dit le

recours à l'observation [...] sont des propriétés fondamentales du travail anthropologique » (Jean-Pierre Olivier de Sardan, page 19). En somme, nous nous évertuons à réaliser un travail qualitatif et quantifiable, à partir d'une méthodologie qui se doit d'être, elle aussi, qualitative afin que les résultats le soient également.

Illustration des propos
avec l'exemple du
Foyer Arc-en-ciel
(proche de Nancy).

Le Foyer Arc-en-ciel de Saint-Nicolas de Port m'a ouvert ses portes le vendredi 17 janvier 2020. J'en profite pour remercier Abdel Nacer Bensoula pour son accueil et ses informations précieuses, ainsi que l'agence d'architecture Defi-Archi pour la mise à disposition des plans de l'établissement. Ces derniers sont devenus mon unique base de travail, puisqu'avec la généralisation de l'épidémie de COVID 19, et les mesures restrictives mises en place aussi bien en Belgique qu'en France, je n'ai pas eu l'occasion de me rendre à nouveau sur place pour effectuer une interview.

Le Foyer Arc-en-ciel est un établissement accueillant des personnes en situation de handicap mental. Il est composé de plusieurs bâtiments implantés sur un seul et même site dont l'adresse est : 6 Rue des Clairons, à Saint Nicolas de Port (en France). L'établissement est mixte, et sa capacité d'accueil est de 57 personnes. En effet, ce dernier dispose de 22 places d'hébergement, donc à temps plein, de 6 places d'accueil temporaire, ainsi que de 29 places en journée, notamment pour les foyers de travailleurs. Ainsi, l'établissement est ouvert la semaine, comme le week-end, afin de consentir un encadrement sans discontinuité aux résidents permanents. Par ailleurs, les résidents sont tous atteints de troubles mentaux, plus ou moins impactant sur leur vie quotidienne, mais ces derniers peuvent également s'accompagner de troubles moteurs. L'établissement respecte les normes PMR afin de pouvoir tous les accueillir, sans distinction de motricité. La prise en charge des résidents est facilitée par les 36 ETP (il s'agit là du personnel encadrant présent sur site), qui assurent notamment les services sociaux-éducatifs, les services généraux d'hygiène et de restauration, le service de nuit, etc. Le but de cet encadrement est de les aider à comprendre leur maladie et les impacts qu'elle peut avoir sur leur quotidien. Par la suite, le personnel de l'établissement est présent pour les accompagner dans leurs apprentissages, et si possible, vers la réintégration au sein de la société. Le foyer a donc un rôle double : soigner les résidents et les accompagner dans leurs différents apprentissages afin qu'ils puissent, lorsqu'ils le souhaitent et si cela est envisageable, intégrer un logement de manière autonome.

Par ailleurs, le Foyer Arc-en-ciel est actuellement en cours de restauration. Etant donné son emplacement géographique et notamment la nature du sol à proximité des salins, il n'était pas possible d'agrandir le bâtiment. Il a donc fallu repenser tout l'intérieur en conservant l'enveloppe extérieure. L'agence d'architecture DEFY-ARCHI m'a fourni les plans, les coupes et les élévations de la restauration en cours pour que je puisse prendre connaissance du projet. C'est d'ailleurs à partir de ces documents que j'ai pu commencer mon analyse.



FIG. 05 : L'entrée principale vue depuis la rue

Avant d'entrer dans l'analyse des bâtiments, il nous faut déjà recontextualiser ceux-ci. En effet, les bâtiments existants sont dispersés sur le site de la façon suivante :

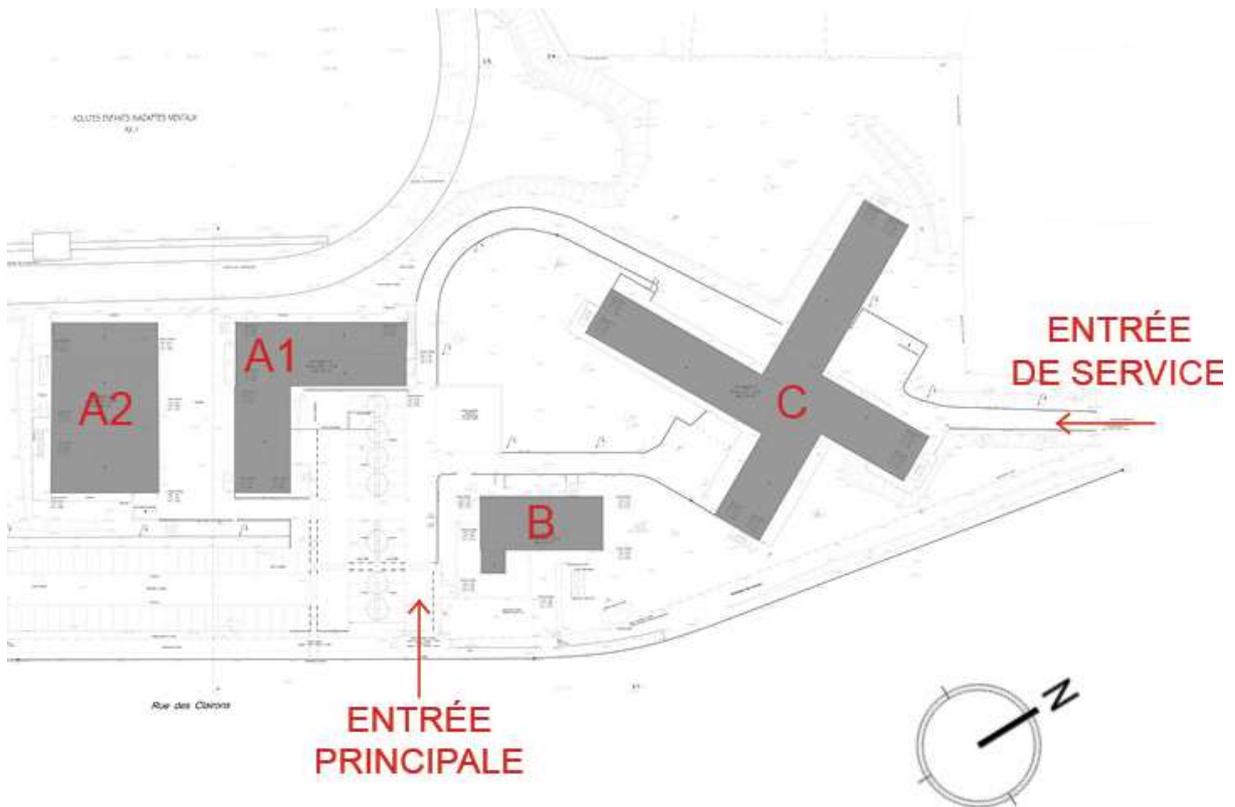


FIG. 06 : Plan masse du Foyer Arc-en-ciel

Le site est composé de quatre bâtiments dont deux se situent à droite de l'entrée principale, et les deux autres, à gauche de cette dernière. L'entrée principale est d'ailleurs à la fois une entrée piétonne et une entrée véhicules. En effet, elle donne accès au parking du personnel et

des visiteurs, composé de 85 places dont 4 PMR, tout en distribuant des chemins pétons, balisés pour les malvoyants. L'accès au sein du site est restreint puisque les personnes qui s'y trouvent sont parfois fragilisées par des handicaps complémentaires à leur maladie mentale. Nous venons d'ailleurs de citer l'exemple des malvoyants, mais nous pourrions ajouter les malentendants. De plus, le site compte également une entrée de service située à l'Est et en contrebas.

Développons succinctement les fonctions qui se trouvent dans chacun des quatre bâtiments. Pour commencer, le bâtiment A2 est actuellement dédié à l'ASLV Tourisme Adapté (Association Services Loisirs Vacances). Cette association, dont je vous parlais dans mon introduction, est mon premier lien avec les personnes en situation de handicap mental. Je ne m'étalerai pas davantage sur le sujet. Ce bâtiment a été créé pour eux il y a maintenant plus de deux ans. Leurs locaux se situaient auparavant dans le bâtiment A1, mais faute de place, l'AEIM a construit un bâtiment pour les relocaliser.



FIG. 07 : Le bâtiment A2 _ photo prise depuis l'angle à l'Est du bâtiment



FIG. 08 : Le bâtiment A2 _ photo prise depuis l'angle au Nord du bâtiment

Le bâtiment A1 est actuellement occupé par les résidents. En effet, le temps des travaux, les résidents ont déménagé leurs quartiers du bâtiment C jusqu'au bâtiment A1. Etant donné que ce dernier a des capacités d'accueil plus restreintes, des ajustements logistiques ont été mis en place pour que personne ne soit lésé durant la phase de chantier. Nous pouvons tout de même noter que ce bâtiment, en forme de L, compte 3 niveaux : un sous-sol, un rez-de-chaussée, ainsi qu'un étage. Seul le rez-de-chaussée est « complet » et correspond à l'emprise visible sur le plan masse. Les deux autres étages ont une superficie plus restreinte, le sous-sol n'existe qu'à la charnière entre les deux ailes, tandis que l'étage a la superficie du sous-sol à laquelle on ajoute une aile.



FIG. 09 : Le bâtiment A1 _ photo prise depuis l'angle au Sud au bâtiment



FIG. 10 : Le bâtiment A1 _ photo prise depuis le Nord-Ouest du bâtiment

Le bâtiment B, quant à lui, est à vocation administrative. Il ne va donc pas subir de travaux et ne sera en outre, pas traité dans la suite du travail puisqu'il n'est pas un lieu de vie pour les résidents. Néanmoins, nous pouvons brièvement faire un inventaire des espaces qui le composent. Ce bâtiment contient l'espace d'accueil, notamment pour les familles qui viennent rendre visite à un proche, les bureaux administratifs des différents membres du personnel, une salle de réunion, ainsi que des sanitaires pour le personnel.

Le bâtiment C, sans doute celui sur lequel nous allons le plus nous attarder au vu des prestations qu'il propose, est un véritable lieu de vie pour les résidents. Il est composé d'espaces individuels, d'espaces collectifs et d'espaces de rencontre avec les familles, ainsi que de zones plus techniques et logistiques dont les résidents ne peuvent avoir accès. Ce bâtiment en forme de croix est donc composé d'un noyau central, où se trouvent les circulations verticales notamment. Ce point névralgique dessert quatre ailes, dont deux petites (orientées l'une au Sud-Est et l'autre au Sud-Ouest) et deux grandes (orientées l'une au Nord-Est et l'autre au Nord-Ouest).

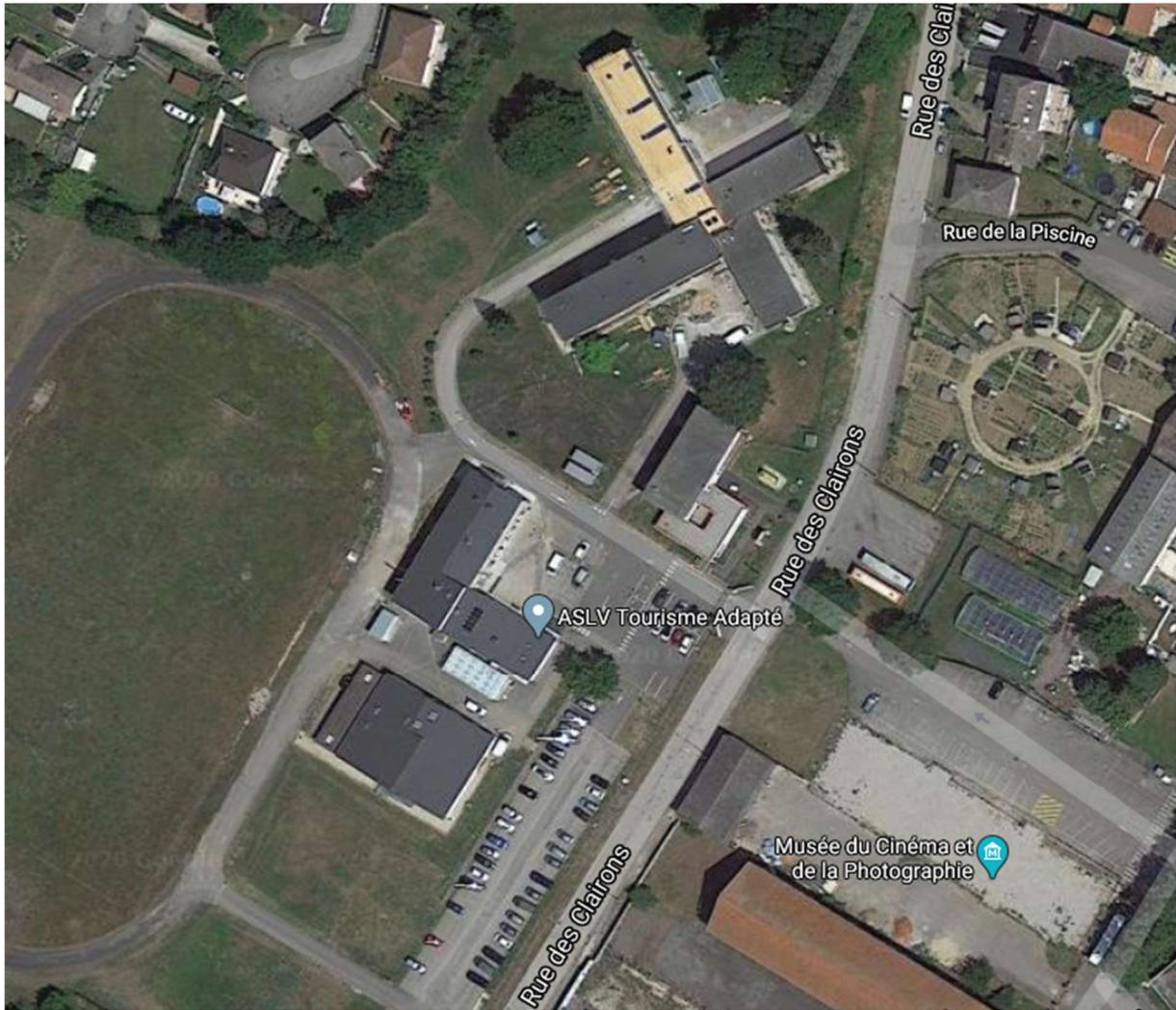


FIG. 11 : Vue aérienne de l'ensemble du site



FIG. 12 : Panorama depuis la Rue des Clairons

BÂTIMENT A1

-  ESPACES INDIVIDUELS
-  ESPACES COLLECTIFS
-  ESPACES QUI LEURS SONT INTERDITS
-  ESPACES DE DÉAMBULATION



R-1



RDC



R+1

FIG. 13

1. Bâtiment A1
 - a. Les espaces individuels

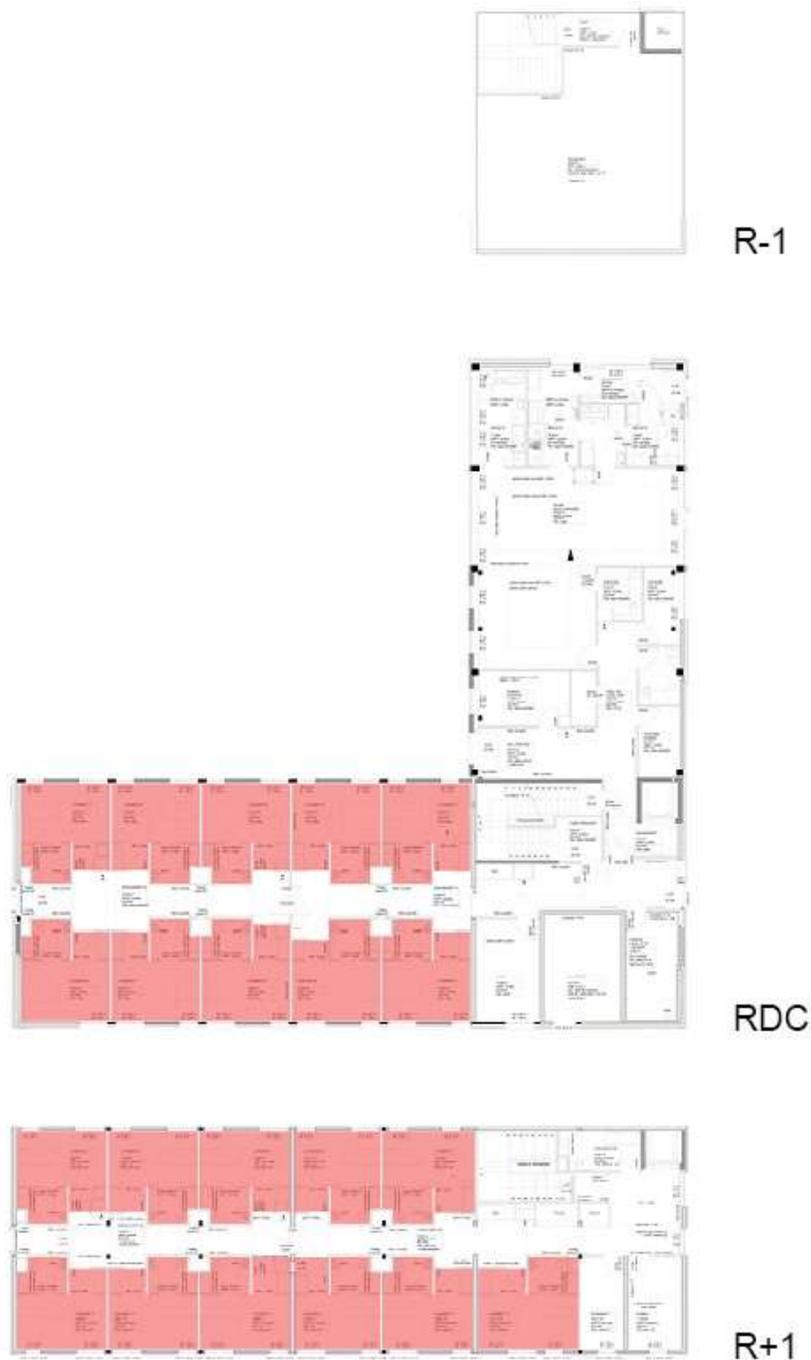


FIG. 14

Les espaces individuels sont les chambres, toutes accompagnées de leur salle de douche avec toilette. Nous pouvons en dénombrer vingt-et-une dans le bâtiment et chacune d'entre elles fait environ 20 m². La plus petite des chambres a une superficie de 18 m² (espace de douche compris), tandis que la plus grande a une superficie de 21,7 m² (espace de douche compris). Cependant, une grande majorité d'entre elles, dix-huit pour être exact, fait 19,5 m² (espace de douche compris également).

b. Les espaces collectifs

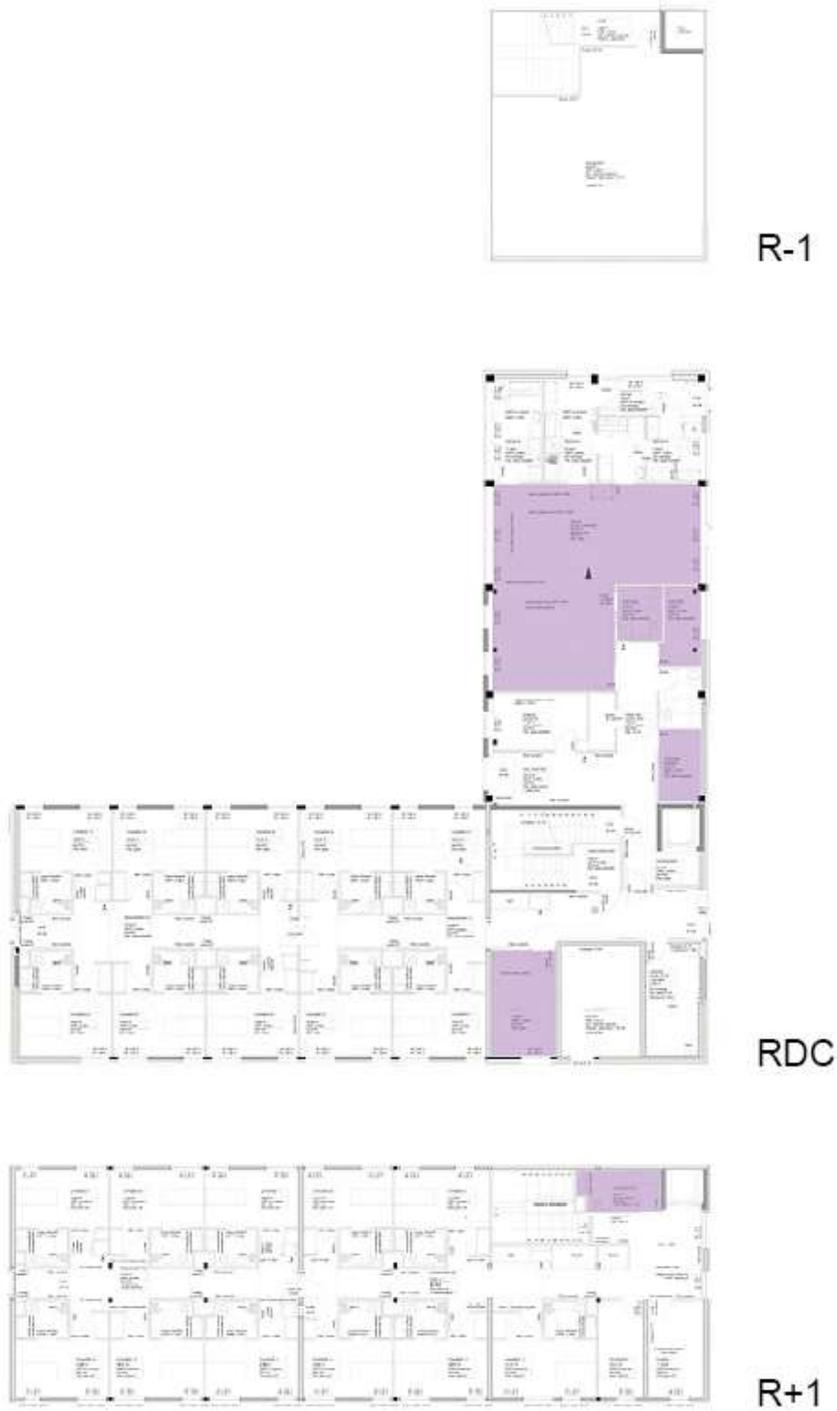


FIG.15

Les espaces collectifs sont nombreux. Ils regroupent les espaces d'activités et les espaces de détente. Nous pouvons notamment dénombrer de nombreux salons où les résidents peuvent flâner, lire, jouer aux cartes, etc.

c. Les espaces non accessibles aux résidents



De nombreux espaces ne sont pas accessibles aux résidents. Il s'agit notamment des bureaux administratifs et des locaux techniques. Il arrive qu'un de ces espaces leur soit accessible temporairement. En effet, si nous prenons l'exemple d'un bureau administratif, celui-ci peut leur être ouvert pour les aider dans leurs démarches administratives, notamment durant leur parcours de réinsertion dans la société. Cependant, c'est l'une des seules exceptions à la règle puisque les autres espaces leurs sont tout simplement fermés en permanence. Ils n'ont accès à aucun local technique. Lorsqu'ils ont une activité professionnelle, cette dernière se déroule

en dehors de l'institution mais ne leur donne pas davantage accès aux locaux fermés de l'établissement ; si un résident exerce le métier de plombier – chauffagiste par exemple, son activité professionnelle ne lui permettra pas d'accéder à la chaufferie du bâtiment. La seule raison pour laquelle ce lieu lui serait ouvert serait due à son entreprise qui interviendrait dans les locaux.

d. Les espaces de contact avec les familles

Les familles étant souvent à l'origine du placement, il n'est pas rare qu'un résident ne souhaite plus rencontrer ses proches durant un certain temps. Cependant, est-ce la seule raison de l'éloignement ? L'établissement ne serait-il pas lui-même responsable de cette césure famille / résident ? En effet, nous pouvons aisément imaginer que des mesures de soins soient à l'origine de cette rupture franche avec la famille. Nous l'avons d'ailleurs évoquée lors de l'état de l'art, l'entrée dans l'institution est souvent synonyme de « processus de mortification » (Erving Goffman). Il s'agit alors de dépouiller le nouvel arrivant de tout ce qu'il possédait. Ce processus est censé avoir des vertus de purification permettant d'amorcer le mécanisme de guérison. La famille est sans doute alors considérée comme néfaste à l'individu, ce qui expliquerait qu'un éloignement soit nécessaire, le temps que la personne atteinte de troubles mentaux se trouve sur le chemin de la guérison. Malgré tout, que l'éloignement soit imposé par l'établissement psychiatrique, ou que ce dernier provienne d'une volonté du résident, la famille est généralement mise à l'écart durant les premiers jours / mois de traitement. Néanmoins, elle reste un lien avec la vie à l'extérieur de l'établissement, entretenir ce lien est primordial. Des espaces sont donc dédiés aux familles qui viennent rendre visite à un proche présent au foyer. Dans le bâtiment que nous analysons actuellement il n'y a pas d'espace prévu à cet effet. Seul le bâtiment C, dont nous allons parler peu après, possède ce type d'espace.

e. Les espaces de déambulation

Les espaces de déambulation sont nombreux au sein de l'établissement. Ils sont également variés dans leurs dimensions pour faciliter notamment la rotation d'un fauteuil roulant dès qu'un changement de direction est possible. Le point névralgique de ces espaces de déambulation est l'articulation entre les deux ailes. C'est d'ailleurs là que les circulations verticales se situent, afin de permettre aisément de se déplacer au sein du bâtiment.

f. Les espaces extérieurs

Les espaces extérieurs à l'établissement sont principalement des espaces verts. En effet, l'implantation du bâtiment en L permet de dégager des espaces extérieurs, notamment le rectangle formé au sein même du L. Néanmoins, étant donné que de nombreuses places de parking sont prévues dans le projet, ces dernières empiètent sur l'espace vert qui pourrait être à disposition des résidents. De ce fait, le bâtiment en L ne dispose pas réellement d'espace vert contiguë, mais d'un espace goudronné dont la moitié est privatisée pour des places de parking.

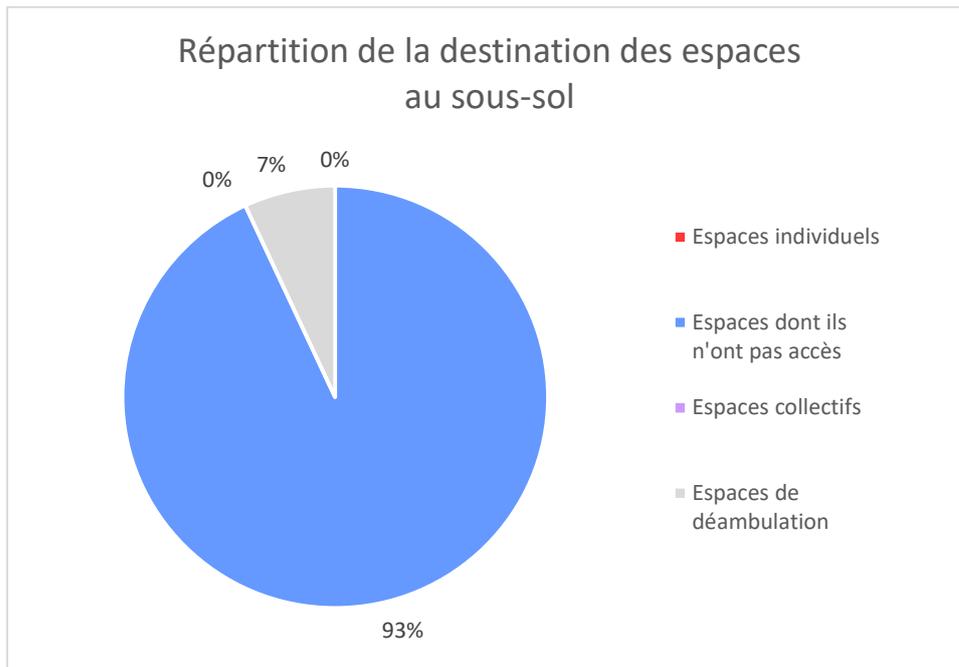


FIG. 17 : Les extérieurs du bâtiment A1 _ photo 01

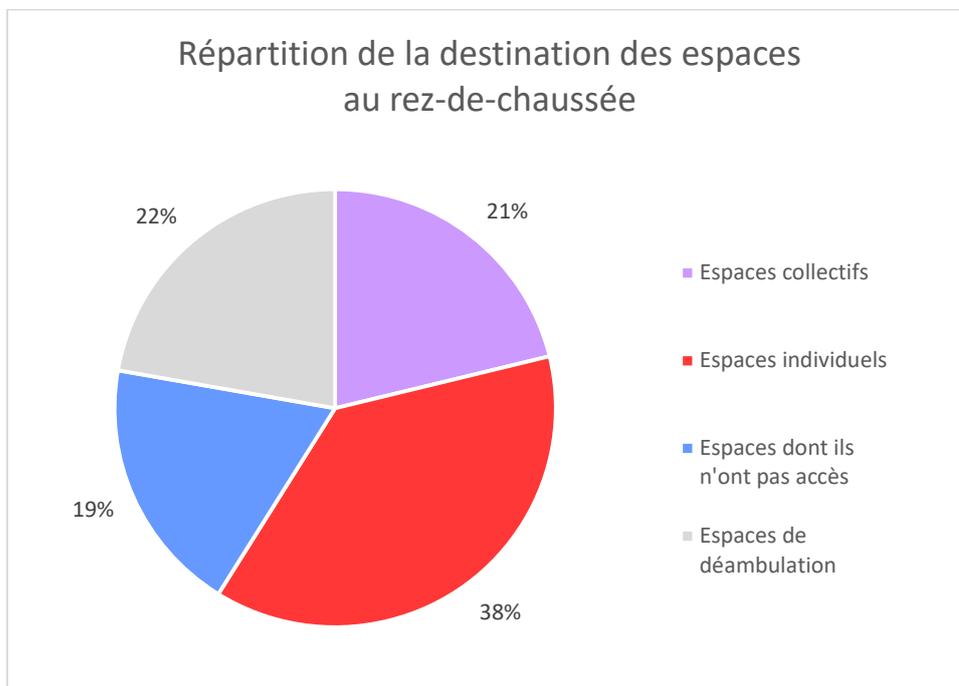


FIG. 18 : Les extérieurs du bâtiment A1 _ photo 02

g. Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces



Au sous-sol du bâtiment A1, les espaces ne sont pas accessibles aux résidents. En effet, 93 % leurs sont d'ailleurs fermés et seul le personnel a accès à ces surfaces.



Au rez-de-chaussée de ce bâtiment, la majorité des espaces sont dédiés aux chambres des résidents. En effet, elles occupent une surface correspondant à 38 % de cet étage, ce qui semble logique puisqu'une aile entière du bâtiment est investie par les chambres individuelles. Viennent ensuite les espaces de déambulation, 22 % de la surface de cet étage. Nous

remarquons ainsi que ces derniers sont essentiels, aussi bien pour se déplacer d'un endroit à un autre que pour s'y promener. Par ailleurs, les espaces collectifs représentant 21 % de la surface du rez-de-chaussée, presque autant que les espaces de déambulation ; nous pouvons en déduire qu'ils ont également un rôle dans l'épanouissement du résident. C'est d'ailleurs pour cela qu'ils occupent presque un quart de cet étage. D'autre part, et étant donné que les espaces non accessibles aux résidents occupent déjà la quasi totalité du sous-sol du bâtiment, ils ne représentent à cet étage que 19 % de la surface au sol. Cela correspond finalement aux offices, aux locaux techniques tels que chaufferie et lingerie, ainsi qu'à un bureau administratif.

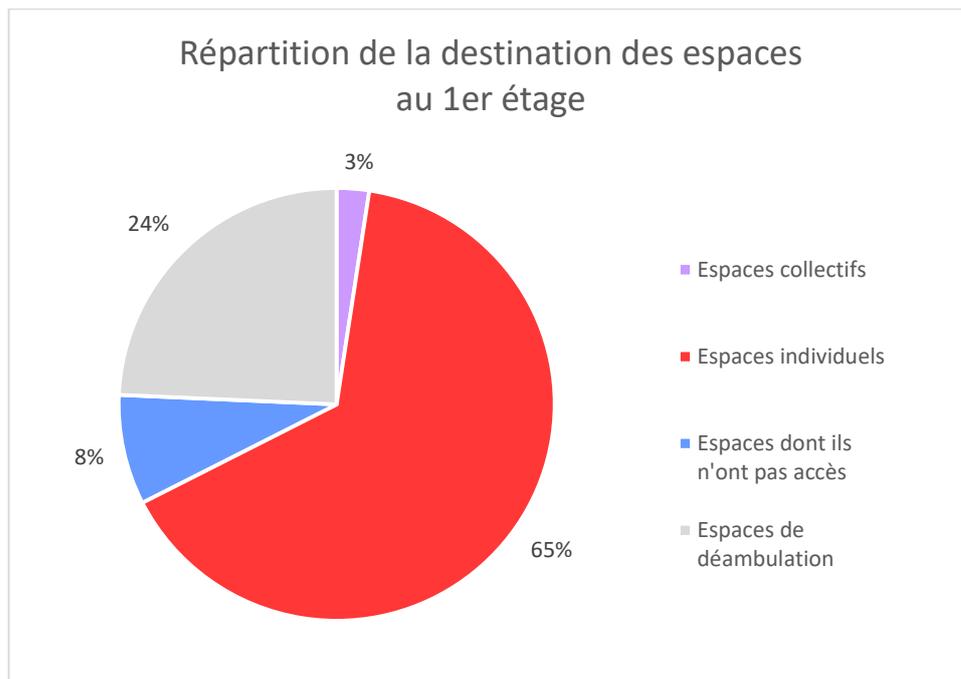


FIG. 21

Au premier étage, la majorité des espaces sont affectés aux chambres des résidents. En effet, 65 % de la surface est dédiée aux espaces individuels. Il s'agit en fait de la même aile qu'au rez-de-chaussée, mais comme à cet étage, l'autre aile est réduite, ce sont les espaces collectifs ainsi que les locaux techniques et administratifs qui en pâtissent et se trouvent diminués. De ce fait, seulement 8 % de la surface est affectée aux locaux techniques et seule une salle de bain commune permet de dédier 3 % de la surface à un espace collectif. Cet étage est donc trop peu fourni en espaces collectifs notamment. Il ne permet pas aux résidents de s'épanouir. Peut-être aurait-il fallu diminuer le nombre de chambres pour offrir au moins une salle d'activité et un espace détente à cet étage. Le manque d'espaces collectifs vient peut-être du fait du manque de surface et de la rentabilité correspondant ici à l'occupation surfacique par résident. Le foyer a sûrement un nombre de résidents à accueillir et il ne peut diminuer ce chiffre. Néanmoins, une possibilité est à envisager : sans doute que les résidents du bâtiment A1 sont assez autonomes et peuvent avoir accès à l'extérieur, se rendre hors de l'établissement, dans des lieux publics par exemple pour profiter d'activités en société ; ou simplement sont-ils assez autonomes pour se rendre au bâtiment C qui, nous le verront par la suite, dispose de nombreux espaces collectifs. A noter également que cet étage dédie quasiment un tiers de l'espace, 24 % de sa surface pour être exact, aux espaces de déambulation. Ces derniers représentent une

part importante puisqu'ils se doivent de desservir chaque chambre individuelle. C'est d'ailleurs pour cela qu'une si grande part de la surface leur est dédiée aux étages comprenant des chambres.

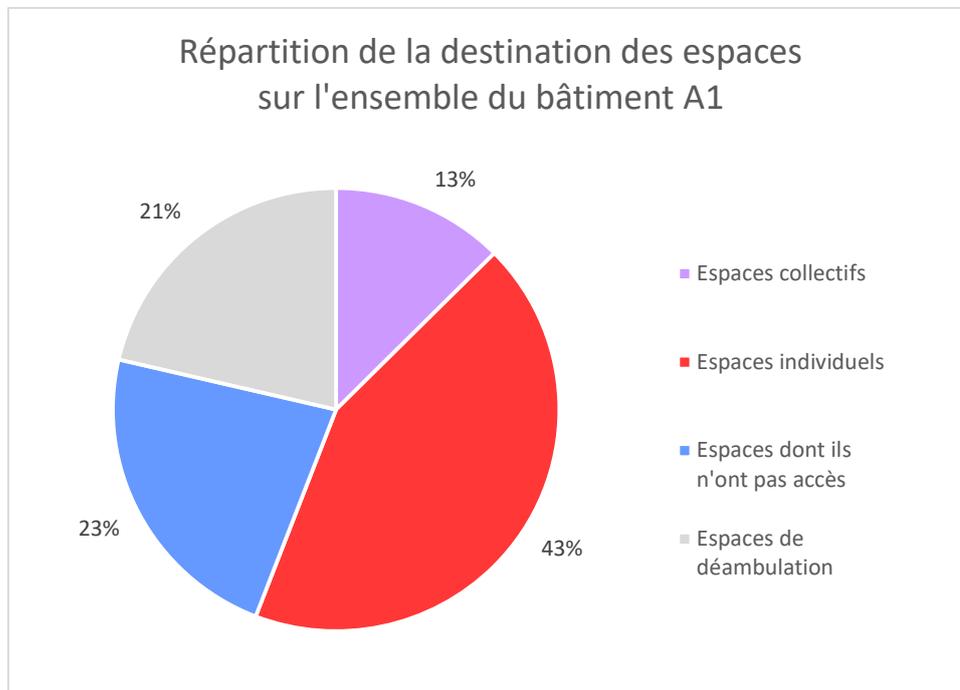


FIG. 22

Si nous regardons ce bâtiment A1 dans son ensemble, nous remarquons tout d'abord que près de la moitié des espaces sont dédiés aux chambres des résidents. En effet, 43 % de la surface est attribuée aux espaces individuels. Par ailleurs, presque un tiers de la superficie du bâtiment est affectée aux locaux administratifs et techniques, 23 % pour plus de précision. Et 21 % de la surface est laissée libre pour permettre la déambulation des résidents dans l'espace. Cependant, comme nous l'avons constaté au premier étage notamment, peu de surface est consacrée aux espaces collectifs, 13 % seulement sur l'ensemble du bâtiment. Mon hypothèse est qu'au vu de la refonte totale du bâtiment C qui va dès lors compter près de 1 120 m² dédiés aux espaces collectifs, les résidents du bâtiment A1 seront conviés à rejoindre le bâtiment C pour les activités diurnes et ne retourneront au bâtiment A1 que le soir, pour y passer la nuit. D'ailleurs, nous remarquons qu'aucun espace de restauration bien spécifique n'est prévu dans le bâtiment A1, seul un salon pouvant faire office de salle à manger est proposé, ce qui conforte mon hypothèse. Le site comprenant deux bâtiments ouverts aux résidents, il est donc logique que ces derniers fonctionnent ensemble. Ainsi, le bâtiment A1 ne contient donc que des chambres individuelles de résidents et les fonctions indispensables liées à ces dernières. D'ailleurs, les résidents du bâtiment A1 sont sans doute plus autonomes que ceux du bâtiment C puisqu'il leur est autorisé quotidiennement de cheminer d'un bâtiment du site à un autre.

BÂTIMENT C



ESPACES INDIVIDUELS



ESPACES COLLECTIFS



ESPACES POUR LES FAMILLES



ESPACES QUI LEURS SONT INTERDITS



ESPACES DE DÉAMBULATION

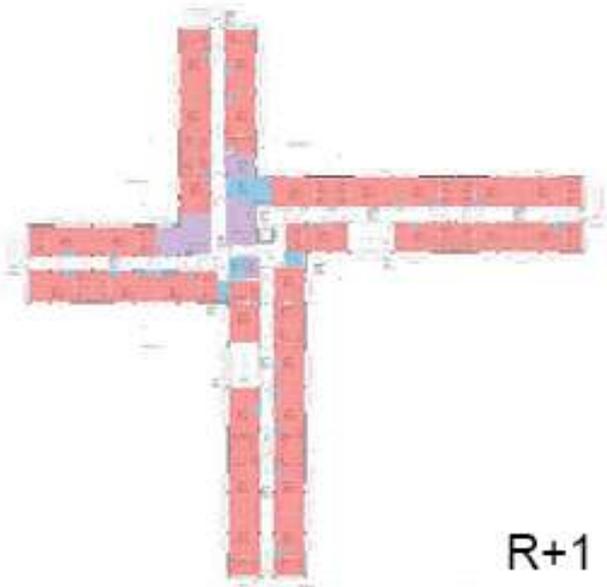
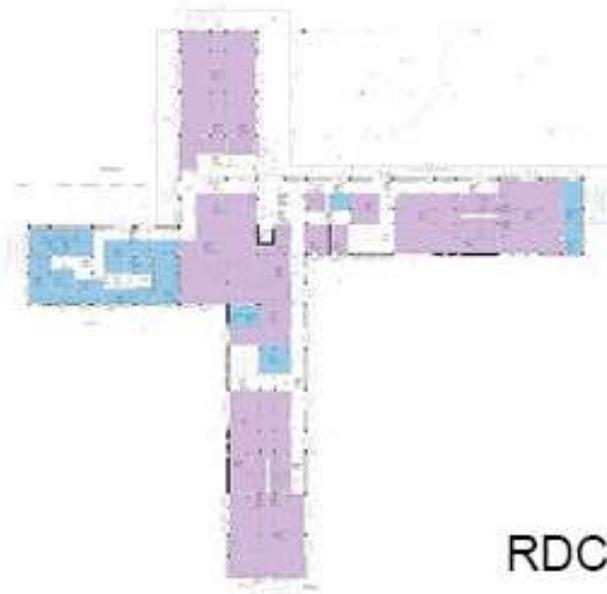
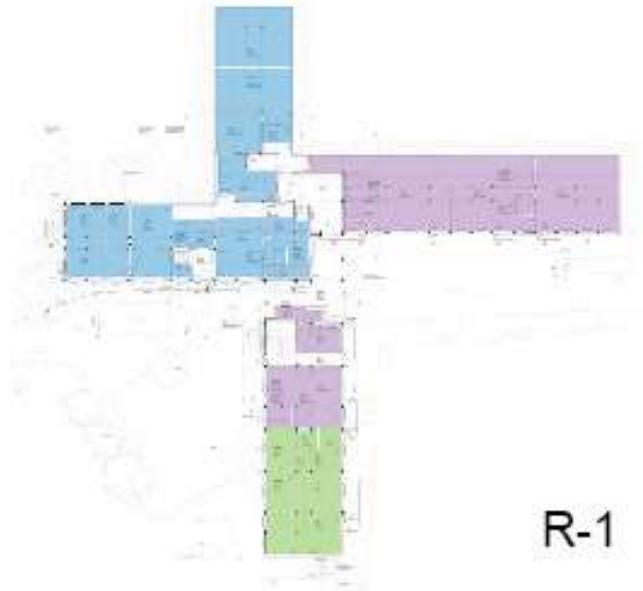


FIG. 23

- 2. Bâtiment C
 - a. Les espaces individuels

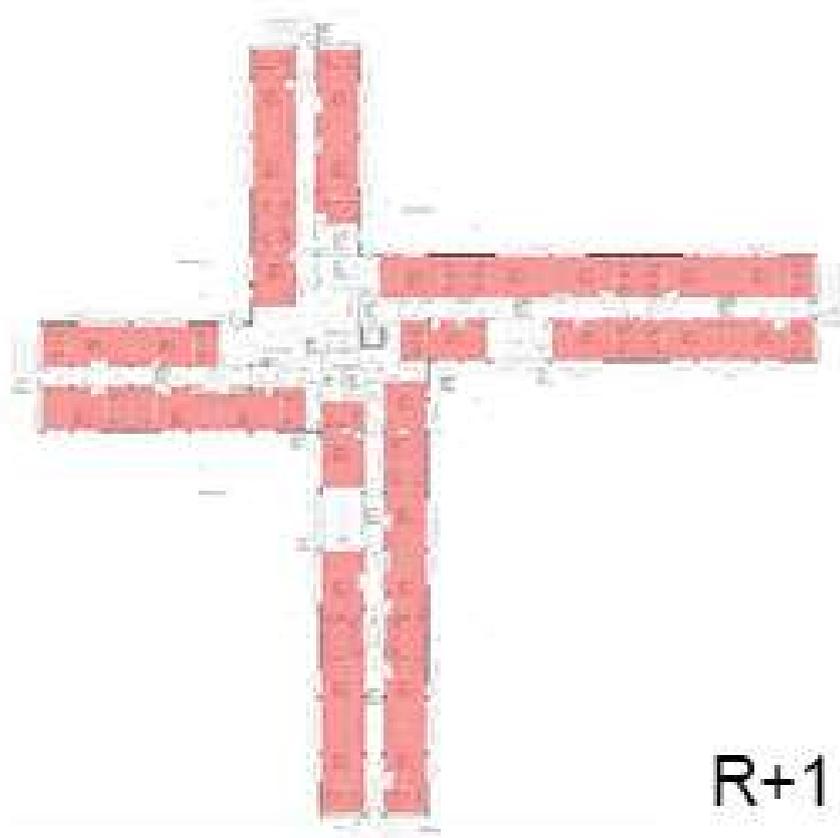


FIG. 24

Les espaces individuels du bâtiment C se trouvent tous à l'étage. En effet, le rez-de-jardin et le rez-de-chaussée contiennent uniquement des espaces collectifs ou des lieux qui leurs sont interdits, ainsi que des zones de déambulation et d'accueil pour les familles. Ainsi, à l'étage nous dénombrons cinq chambres dans chaque petite aile et neuf chambres dans chaque grande aile. Ce qui fait un total de 28 chambres pour ce bâtiment. Chacune d'elles est accompagnée de sa zone humide, salle de douche dans laquelle est incluse un toilette. Les chambres ont une superficie d'environ 25 m² (avec la salle de douche). La plus grande couvre une surface de 26,8 m² tandis que la plus petite a une superficie de 23.2 m². Si nous distinguons la salle de douche de la chambre, la superficie de cette dernière est d'environ 18 m² tandis que la salle de bain a une superficie d'environ 7 m². Chaque résident possède donc un espace d'environ 25 m² qu'il peut agrémenter à sa guise. D'ailleurs, les couleurs des murs ont été choisies de manière à ce qu'elles soient les plus neutres possibles, ainsi chaque résident peut apporter ses propres meubles, ils s'intégreront dans la chambre qui lui est attribuée.

Afin de mieux se représenter une chambre « type », voici un plan, réalisé par mes soins à partir des données fournies :

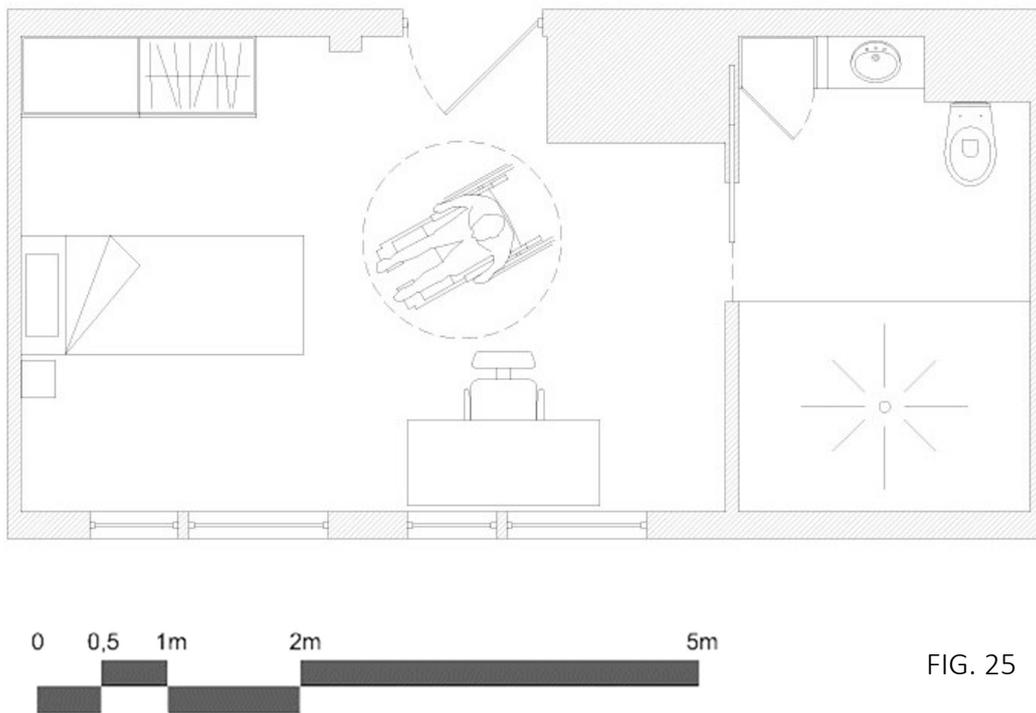


FIG. 25

Pour compléter, voici d'ailleurs quelques vues à l'intérieur d'une chambre. Ces images de synthèse ont été réalisées par mes soins et ne reflètent donc que la spatialité d'une chambre puisque les matériaux ont été définis par défaut.



FIG. 26 : Vue 3D depuis l'espace nuit vers l'entrée et les sanitaires



FIG. 27 : Vue 3D depuis le bureau vers l'espace nuit



FIG. 28 : Vue 3D depuis l'espace nuit vers le bureau et les vues vers l'extérieur

La chambre est spacieuse, sans être démesurée. Elle permet de conserver une « échelle humaine » tout en offrant deux belles ouvertures sur l'extérieur. La lumière est ainsi bien présente et le résident a la possibilité de porter son regard au loin. De ce fait le sentiment d'enfermement peut être atténué. Le résident peut aménager et décorer la chambre à sa convenance afin que celle-ci lui corresponde au mieux et qu'il puisse se l'approprier. C'est d'ailleurs le but premier de ces espaces personnels : l'appropriation par le résident afin qu'il s'y

sente chez-lui, et que cette chambre devienne son refuge. Le sentiment de sécurité domine et permet au résident de s'ouvrir aux autres, mais également d'avoir confiance en l'établissement pour son rétablissement psychique.

b. Les espaces collectifs

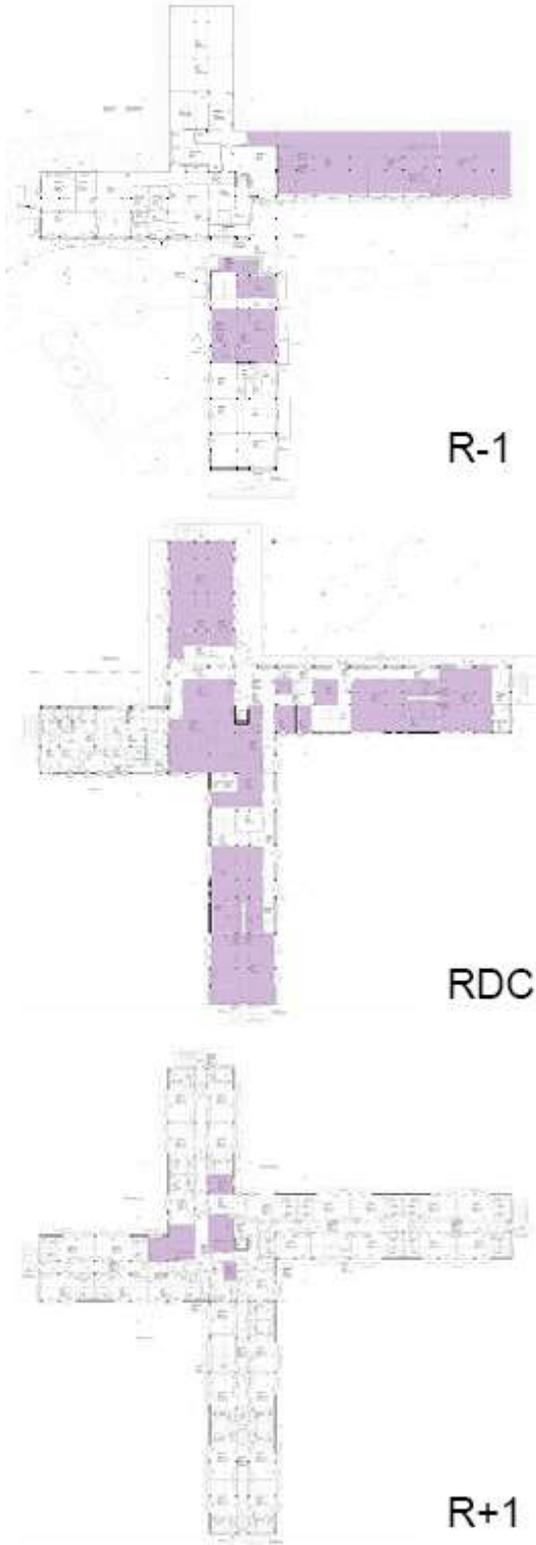


FIG. 29

Les espaces collectifs de ce bâtiment sont plus diversifiés que ceux du bâtiment A1. En effet, il propose de nombreuses activités manuelles et spirituelles permettant au résident de s'épanouir. Pour citer les différentes activités proposées, nous allons démarrer par celles du rez-de-jardin. A cet étage, les résidents ont à disposition une salle de couture de 24 m², une salle d'esthétique de 27 m² (complétée par un toilette mixte et une salle de bain mixte), une salle de poterie de 17 m² (ainsi que son local de rangement et ses sanitaires mixtes également), une salle de sport de 107 m² (avec ses sanitaires distincts), une salle de relaxation / yoga de 76 m² (avec ses sanitaires mixtes), et pour finir une salle de cuisine éducative de 88 m² (également complétée par ses sanitaires mixtes).

A l'étage supérieur, le rez-de-chaussée, nous dénombrons de nombreuses salles d'activités. Ces salles n'ont pas d'affectation précise mais c'est le but recherché. Les fonctions attribuées à ces pièces peuvent aller de la salle de jeux de société à la salle de bal en passant par celle de cinéma. Les occupations peuvent être variées et dépendent finalement des envies de la majorité des résidents. Etant donné que le bâtiment est composé de différentes salles d'activités, de superficies diverses, plusieurs activités peuvent être proposées à un même moment de la journée. Les salles activités sont au nombre de cinq, chacune possède ses sanitaires et douches différenciées. La superficie de ces salles d'activités varie de 65 m² à 115 m². D'ailleurs, il faut rappeler que le Foyer Arc-en-ciel est également un foyer de jour, c'est-à-dire que certains usagers du lieu ne sont là que pour une occupation diurne. Ce pourquoi la superficie allouée aux espaces collectifs est si importante. Le bâtiment compte également une salle d'animation de 24 m², permettant de préparer des activités et de stocker du matériel voué à ces dernières. Cet étage comprend également une salle à manger de 90 m² pouvant accueillir jusqu'à 80 personnes régulièrement. Cette salle à manger se trouve accolée à une cafétéria de 37 m² où les résidents peuvent se rendre à tout moment de la journée. De plus, nous dénombrons à cet étage trois infirmeries, allant de 7 m² à 12 m².

Pour finir, au dernier étage, seul un espace de détente sécurisé et des sanitaires communs sont partagés entre les résidents. En effet, ce dernier étage est majoritairement occupé par des espaces individuels, il n'était donc pas nécessaire d'ajouter une grande superficie d'espaces collectifs. Ces derniers servent, au premier étage, de zone tampon avant d'entrer dans les chambres privées où le calme règne. C'est le dernier espace commun avant de se retrouver seul dans sa chambre. C'est d'ailleurs pour cela que l'espace collectif se trouve dans le noyau central, à proximité des différentes circulations verticales.

Ainsi, pour résumer cette partie, notons déjà que les espaces collectifs sont diversifiés : salles d'activités et d'animations, cafétéria et salle à manger, sanitaires et douches collectives, ainsi que des infirmeries. Les nombreuses salles d'activités et d'animations proposent des activités sportives, manuelles, intellectuelles, etc. De plus, les espaces collectifs se trouvent dans l'immense majorité au rez-de-jardin et au rez-de-chaussée. Par ailleurs, l'aile située au Sud-Est du site ne possède aucun espace collectif sur l'entièreté du bâtiment puisqu'elle est occupée par des chambres de résidents au dernier étage et par des locaux administratifs et techniques aux deux autres étages. En somme, plus d'un tiers de la superficie du bâtiment est dédiée aux espaces collectifs puisque ceux-ci sont primordiaux dans la vie quotidienne des résidents. Ils

favorisent leur épanouissement, et parfois même leur spécialisation dans un domaine qu'ils affectionnent. Ils font donc partie intégrante des établissements psychiatriques.

c. Les espaces de contact avec les familles

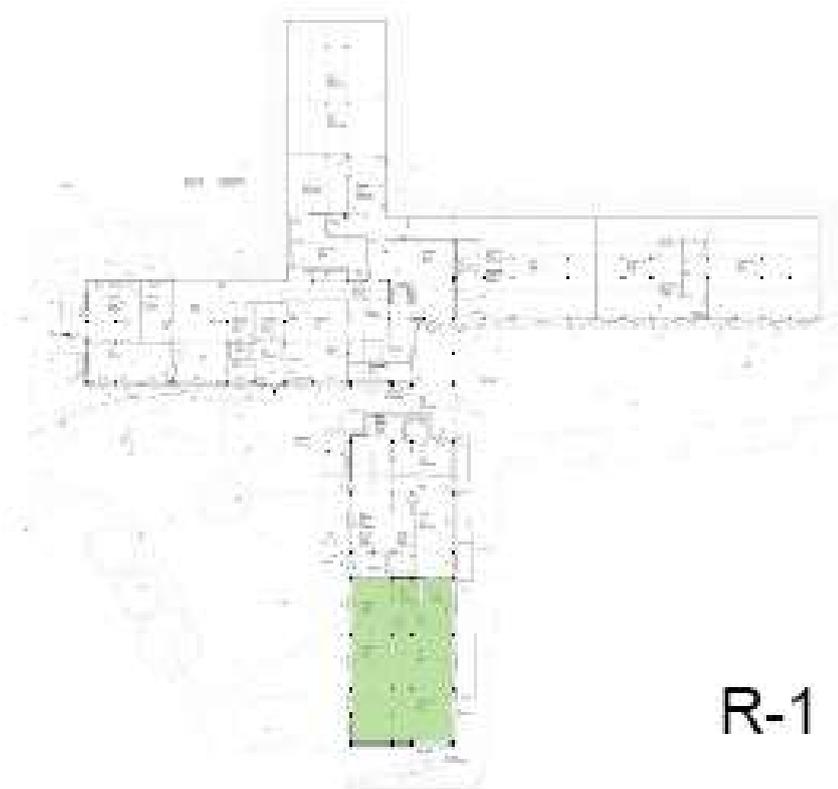


FIG. 30

Les espaces de contact avec les familles se trouvent au rez-de-jardin. En effet, les proches du résident ne peuvent pas accéder à l'ensemble du bâtiment mais ont un accès qui leur est réservé. D'ailleurs, cet espace est nommé sur le plan « local d'accueil des familles » et a une superficie de 42,5 m². Par ailleurs, un appartement est également à disposition des proches, notamment pour ceux qui ne résident pas aux alentours du site. Cet appartement est composé d'une entrée, d'un salon avec sa cuisine attenante, de deux chambres ainsi que d'une salle de douche avec toilette. Sa superficie est de 84 m² au total. Ainsi, le bâtiment C compte deux espaces distincts pouvant accueillir les familles : l'appartement pour celles habitant trop loin de l'établissement, et le local d'accueil permettant des visites régulières et plus courtes.

d. Les espaces non accessibles aux résidents



FIG. 31

A l'image du bâtiment précédent, les locaux techniques et administratifs ne sont pas accessibles aux résidents. Comme nous pouvons le voir sur les plans ci-dessus, plus nous nous approchons

de l'étage où se trouvent tous les espaces individuels, plus les locaux inaccessibles se font rares. En effet, c'est au rez-de-jardin que les locaux techniques et administratifs sont les plus nombreux tandis qu'au premier étage, là où se trouvent toutes les chambres des résidents, les membres du personnel n'ont plus de locaux. Exception faite bien sûr des locaux d'entretien qui permettent aux techniciens et techniciennes de surface de disposer de tout le matériel nécessaire à l'étage où ils se trouvent.

e. Les espaces extérieurs

Les espaces extérieurs sont d'autant plus nombreux dans le bâtiment C du fait de sa forme et de son implantation dans le site. Comme nous avons pu le constater, ce plan en croix propose des espaces extérieurs entre ses ailes. Nous pouvons ainsi compter sur ces quatre espaces extérieurs afin d'offrir des jardins arborés aux résidents, tout en assurant leur sécurité puisqu'ils se trouvent dans l'enceinte même de l'établissement. Ils peuvent alors profiter de l'extérieur et se ressourcer dans cet écrin de nature.



FIG. 32 : Les extérieurs du bâtiment B (accueil et espaces administratifs pour l'ensemble du foyer)



FIG. 33 : Les extérieurs du bâtiment C _ photo prise depuis le Sud du bâtiment



FIG. 34 : Les extérieurs du bâtiment C _ photo prise depuis le Sud-Ouest du bâtiment _ 01



FIG. 35 : Les extérieurs du bâtiment C _ photo prise depuis le Sud-Ouest du bâtiment _ 02

f. Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces

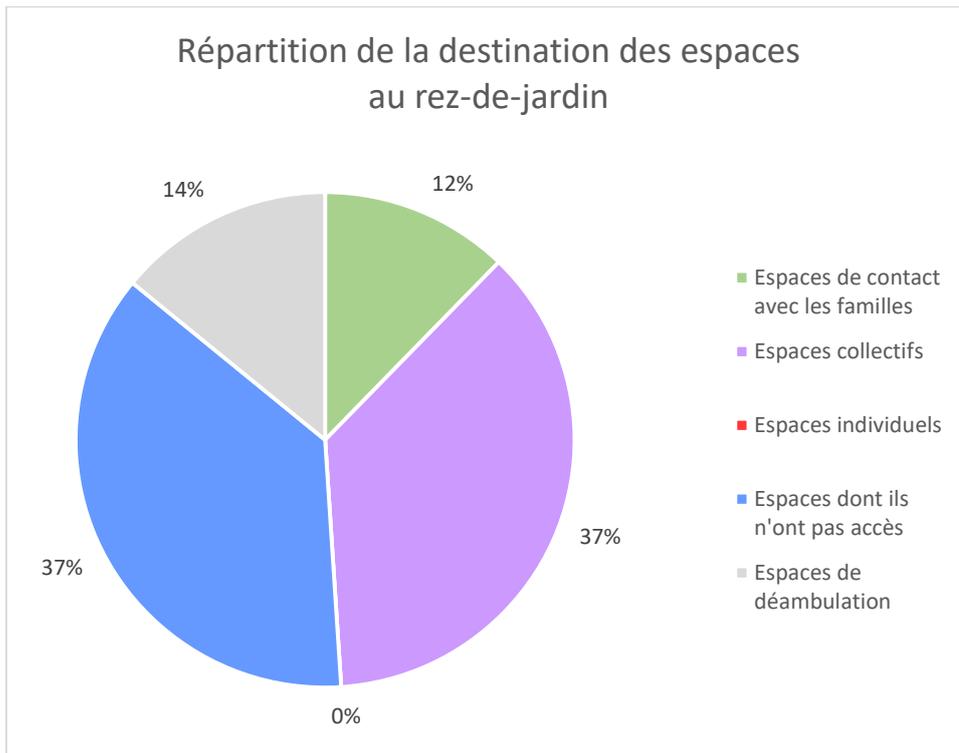


FIG. 36

Au rez-de-jardin, les espaces sont majoritairement dédiés à la collectivité, à proportion de 37 % de la surface, et aux locaux dont les résidents n'ont pas accès, également sur 37 % de la surface. De plus, les lieux de rencontre avec les familles se trouvent à cet étage et recouvrent 14 % de la superficie de ce rez-de-jardin. Les espaces de déambulation, quant à eux, représentent 12 % de la surface de cet étage. Etant donné qu'aucune chambre n'est créée au rez-de-jardin, il n'y a donc aucun espace individuel à cet étage.

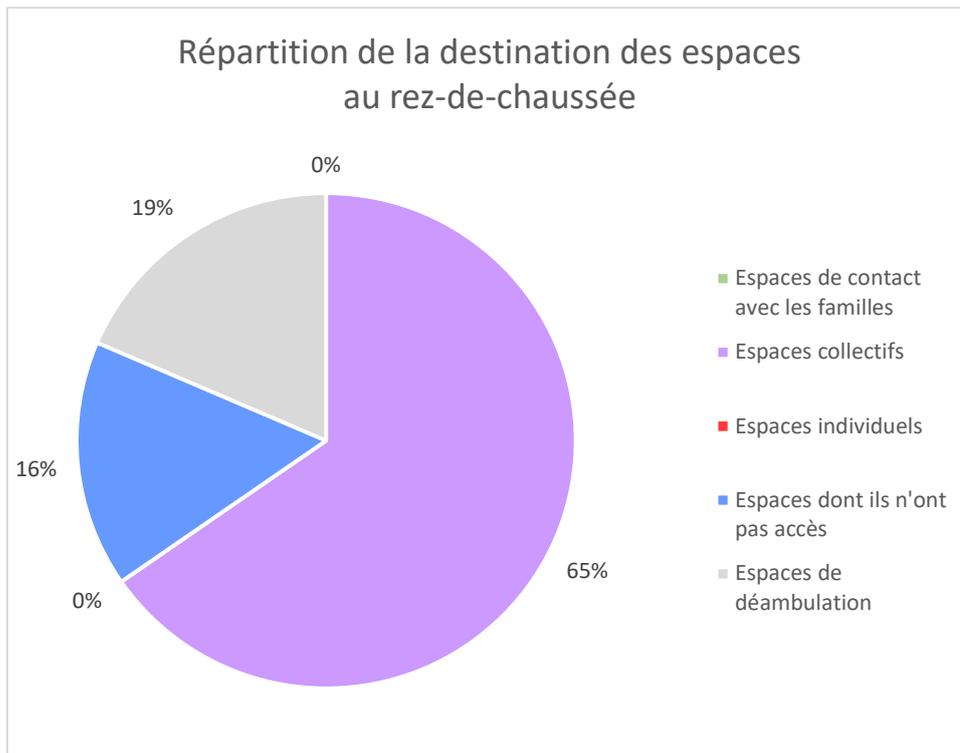


FIG. 37

Au rez-de-chaussée, plus de la moitié de la surface, 65 % pour être exact, est dédiée aux espaces collectifs. L'autre part importante d'occupation surfacique est celle des espaces de déambulation, avec 19 % de la surface. Enfin, les lieux qui ne leur sont pas accessibles représentent désormais 16 % de la surface de l'étage, à contrario du rez-de-jardin où ces espaces étaient plus nombreux.

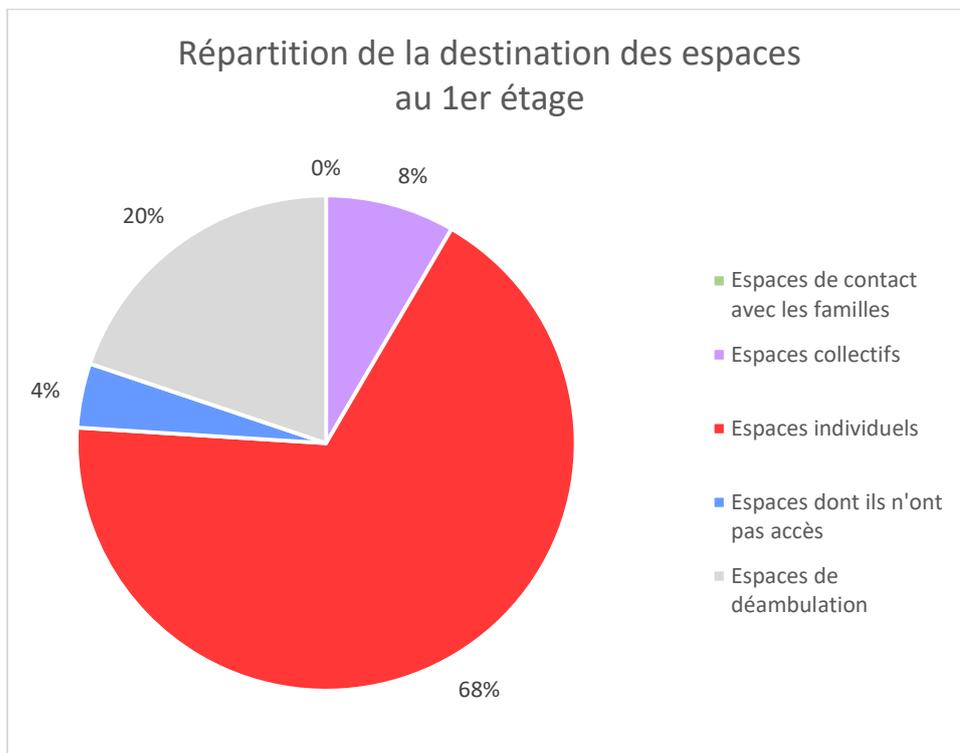


FIG. 38

Au premier étage, les espaces individuels prennent le dessus. Ils représentent 68 % de la surface, et les espaces de déambulation, qui sont à cet étage de grands couloirs desservant toutes les chambres, occupent 20 % de la superficie de cet étage. Les espaces collectifs, beaucoup moins nombreux, occupent 8 % de la surface du premier étage et les locaux dont ils n'ont pas accès sont devenus dérisoires, ils ne représentent plus que 4 % de la surface.

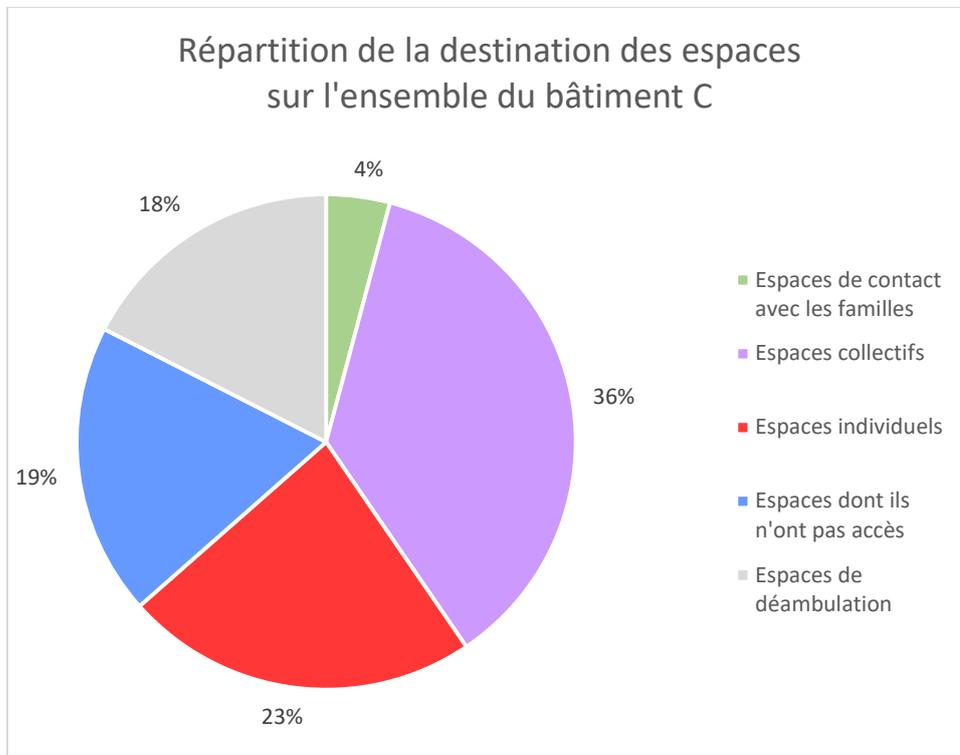


FIG. 39

Si nous reprenons l'ensemble du bâtiment C, nous remarquons que plus d'un tiers de la surface, 36 % pour être exact, est occupée par des espaces collectifs. Ce constat est clair, il prouve que ces derniers sont essentiels au développement personnel du résident. Ils permettent à chacun d'entre eux de se divertir, mais également de développer leurs compétences personnelles notamment en vue de leur sortie de l'établissement psychiatrique. Leur permettre de s'épanouir et de trouver leur voie est primordial puisque c'est un premier pas vers l'autonomie des personnes atteintes d'un handicap mental. Leur réinsertion sociale en dépend.

Les espaces individuels représentent près d'un quart de la surface occupée, 23 % si nous voulons citer le chiffre exact. Sachant que chaque résident dispose d'une chambre avec sa salle de douche attenante dont la superficie représente environ 25 m², il est normal que cette proportion soit importante. En effet, les chambres ne sont pas trop étriquées afin d'offrir à chaque résident un lieu de repli plus spacieux qu'une chambre de 10 m² où le lit en occupe déjà 2. Plus la chambre est spacieuse, plus elle permet au résident d'avoir un refuge dans lequel il peut s'exprimer librement. Cependant, il ne faut pas qu'elle soit démesurée pour qu'elle reste à une échelle humaine et qu'elle permette au résident de s'approprier l'espace. Ainsi, une chambre de 10 m² sera trop petite mais une chambre de 40 m² sera trop grande, le résident risque de s'y perdre psychologiquement malgré les repères mis en place pour le rassurer. Il s'agit

donc de trouver le juste milieu, et 25 m² semble être une bonne moyenne en ce qui concerne la superficie des chambres individuelles.

Par ailleurs, les espaces dont les résidents n'ont pas accès couvrent une surface de 19 % du bâtiment. Ils sont néanmoins indispensables au fonctionnement de l'établissement puisqu'ils regroupent les locaux techniques et administratifs.

D'autre part, les espaces dédiés aux rencontres avec les proches des résidents occupent 4 % de la surface du bâtiment. Ils se situent au rez-de-jardin pour permettre aux familles de se rendre aisément dans ces espaces depuis le parking. Un chemin piéton les mène d'ailleurs à ces derniers. Nous remarquons cependant qu'ils n'occupent pas une place très importante dans l'espace alors même qu'ils sont essentiels dans la vie du résident. Même s'il peut arriver que la famille soit rejetée dans un premier temps, la personne atteinte de troubles mentaux finit souvent par ressentir le besoin de revoir ses proches afin de comprendre pourquoi ils l'ont placé là, en quoi elle était un poids pour eux, etc. En répondant à ces questions, la famille peut lui permettre de comprendre sa différence et l'assimiler pour la contrer ensuite. Nous ne négligeons donc pas la part de responsabilité des familles dans la réussite de leur réinsertion sociale. Il est crucial que les résidents puissent garder le lien avec eux. Ces espaces sont donc nécessaires et sont à distinguer des espaces collectifs puisque les proches font partie des personnes externes à l'établissement alors que les lieux collectifs ne sont autorisés qu'aux personnes internes à l'établissement.

Pour terminer, les espaces de déambulation occupent 18 % de la surface du bâtiment, soit presque un cinquième de ce dernier. Ce chiffre est cohérent puisqu'il comprend tous les couloirs et espaces de manœuvre pour les fauteuils roulants.

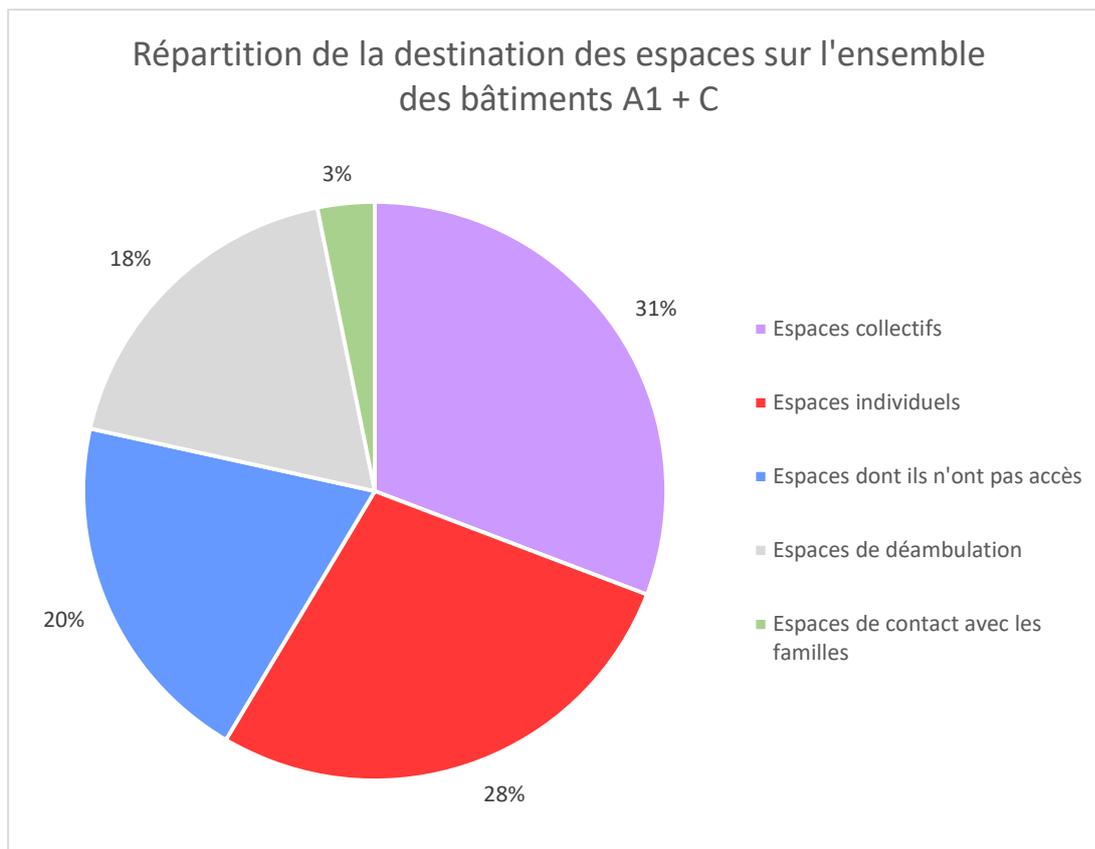


FIG. 40

Etant donné que les deux bâtiments fonctionnent ensemble sur le site, il était intéressant de regrouper les données sur un seul et même graphique. Ainsi, nous pouvons aisément lire la répartition des 4 011 m². D'ailleurs, nous remarquons que les espaces collectifs y occupent la plus grande place puisqu'ils ont une emprise au sol de 31 % de la superficie totale, et servent à toutes les activités diurnes des résidents. Des diverses activités, aux zones de restauration, en passant par des lieux plus calmes et propices au repos, il est évident que ces espaces collectifs sont essentiels à la vie en établissement. Les espaces individuels, quant à eux, avec 28 % de la surface, permettent d'offrir à chaque résident une zone de repli aux dimensions confortables. Par conséquent, lorsque ce dernier souhaite échapper à la collectivité, il peut retourner à sa chambre et jouir de ses 25 m² qui lui sont attribués. En outre, les espaces dont ils n'ont pas accès représentent 20 % de la surface totale des deux bâtiments. Ces 800 m² servent essentiellement aux locaux techniques et administratifs, nécessaires au bon fonctionnement de la structure. En effet, les archives et locaux dédiés à l'entretien sont indissociables de ce type d'établissement. D'autre part, les espaces de déambulation ont une emprise au sol de 18 %, ce qui correspond à plus de 730 m² alloués aux couloirs et espaces de retournement. Ils sont indispensables et ne peuvent être réduits ou augmentés, au risque de déstabiliser les usagers qui peuvent s'y perdre facilement sans indication claire, lisible et visible afin de les guider. De ce fait, la signalétique de ces lieux est également primordiale. M. Bensoula m'expliquait d'ailleurs que dans le bâtiment C, les couleurs affectées à chaque aile seront reproduites dans les couloirs afin de simplifier les déplacements et d'éviter toute confusion. Enfin, les espaces de contact avec les familles occupent 127 m² de la superficie totale soit 3 %. Ils sont finalement peu présents puisque toutes les familles ne viennent pas en même temps et la durée des visites

n'excède pas quelques heures. De plus, les familles ont sans doute accès aux espaces collectifs afin de passer du temps avec leur proche, au sein même d'un environnement qui lui est familier, voire quotidien. Ceci expliquerait la faible superficie dédiée aux lieux de rencontre avec les familles des résidents. Les espaces extérieurs, quant à eux, sont assez divers. Tantôt affectés à des places de parking, tantôt à des chemins pour piétons ou automobiles, notamment pour la livraison des repas, ou encore des espaces verts ; il est difficile de leur donner une véritable fonctionnalité au vu de la topographie du terrain. Cependant, ils sont exploités par les résidents qui se les approprient aisément. Le site étant clôturé, les risques de fugues sont nettement réduits. Par conséquent, les résidents peuvent facilement se rendre à l'extérieur de l'établissement et profiter de ces espaces sans trop de danger.

Conclusion

En 2020, malgré des années d'évolution asilaire, la place des personnes en situation de handicap mental est encore difficile à trouver. Ils sont bien trop souvent stigmatisés puisque trop peu intégrés à la société. Des lois ont été adoptées pour aider à leur insertion, mais le combat n'est pas terminé puisque seuls ceux présentant des troubles légers commencent à s'intégrer à la population, tandis que les personnes souffrant d'une déficience intellectuelle plus importante ne bénéficient pas des nouvelles lois en matière d'insertion.

Il est important de rappeler que le handicap est une conséquence de la maladie. Il est induit par la stigmatisation et le rejet de la société des personnes atteintes d'une maladie, subissant donc des dégradations sur leur santé. Certaines sont plus handicapantes que d'autres puisque l'impact social est très fort, notamment lorsque la personne est totalement exclue de tous les espaces publics. Le handicap mental combine deux spécificités que sont l'impact scientifique et l'impact social. En effet, lorsque nous disons d'une personne qu'elle est « handicapée mentale », nous nous basons non seulement sur des caractéristiques biologiques et comportementales, mais également sur son exclusion de la société.

Partant de ces constats, intéressons-nous désormais à l'architecture que nous nous devons d'imaginer afin de les inclure dans la société. D'abord, la perception de l'espace étant propre à chacun d'entre-nous, nous ne pouvons nous y fier si nous ne souhaitons pas être induits en erreur. Penser l'architecture pour des personnes souffrant de troubles mentaux, c'est penser à leur accessibilité aux espaces. Pour cela, il est souhaitable de diversifier les accès en privilégiant des dispositifs architecturaux inclusifs et des aménagements cohérents. De plus, il s'agit de compléter notre travail par une signalétique relayant les informations de manière lisible et visible pour tous les usagers. Ainsi, il faut au préalable connaître le public auquel nous nous adressons. Sur ce point, les choses se complexifient. Nous avons vu qu'il existait six grandes familles de défaillances intellectuelles que sont : agnosie, apraxie, aphasie, syndrome démentiel, névrose et psychose. De ce fait, il est d'autant plus difficile d'établir une réponse architecturale claire puisqu'il existe une diversité de handicaps et de visions déformées de la réalité. La maladie impactant sur leur perception de l'espace, leur vision de l'environnement est erronée. Il est donc d'autant plus difficile de concevoir un espace qui soit propice à leur autonomie puisque chacun d'entre eux se trouve handicapé par des facteurs divers résultants leur maladie et qui impactent leur vision du monde et de tout ce qui les entoure.

L'architecture étant désormais un élément d'intégration à la société pour les personnes atteintes d'une défaillance mentale, son évolution n'est pourtant pas anodine. Reprenons rapidement le cheminement de l'architecture asilaire. D'abord inexistante puisque chaque concentration de population avait son « fou du village », les personnes souffrant de troubles mentaux se sont ensuite retrouvées emprisonnées avec voleurs et indigents, à l'écart des villes et des villages afin de les mettre hors d'état de nuire. Ce n'est qu'en 1838, avec l'obligation donnée à chaque département de posséder son asile, que l'architecture asilaire se met en place. Les travaux d'Esquirol notamment ont contribué à ce bouleversement. Par la suite, il s'est opéré une diversification de l'offre. De nombreuses structures d'accueil ont vu le jour,

nous pouvons d'ailleurs citer les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM), très répandus sur le territoire.

Au-delà de l'établissement en lui-même, plusieurs échelles de l'espace sont à distinguer. Pour commencer, les objets, la première chose palpable dans tout environnement, peuvent permettre d'enclencher le processus d'autonomisation. Pour rappel, l'autonomie d'une personne s'acquiert en franchissant progressivement les étapes de ce processus. Ce dernier doit provenir d'une volonté personnelle puisque si l'individu ne souhaite pas devenir autonome, il restera assisté, et parfois même stigmatisé, dans un établissement spécialisé. Revenons-en aux objets et rappelons que le fait d'en posséder donne à son propriétaire une envie irrésistible de les ranger, de les mettre à l'abri en lieu sûr. Changeons d'échelle, l'espace personnel attribué au résident a pris de l'ampleur au fil du temps. Passant du néant, au lit, jusqu'à la chambre individuelle, l'espace personnel est devenu un lieu de repli. Il est en effet apparu que les résidents désiraient un espace intime, cependant, ce dernier n'est pas totalement leur « propriété » puisque leur accès est bien souvent ouvert au personnel de l'établissement. Les espaces communs, quant à eux, sont nombreux et variés puisqu'ils proposent diverses occupations afin de divertir les résidents tout au long de l'année, ainsi, leurs dimensions s'adaptent aux activités proposées. De plus, ces espaces se doivent d'être *sociopètes* afin d'accueillir les activités en collectivité, tandis que pour celles en individuel, ils sont pensés de manière à être *sociofuges*. Ils doivent également être confortables et proposer différentes ambiances afin de contenter chacun des résidents. Rappelons-le, le bien-être est un sentiment personnel et subjectif, il convient donc de diversifier les espaces afin d'en proposer une multitude et que chacun y trouve son bonheur. Par ailleurs, les espaces extérieurs se divisent en deux catégories distinctes : les abords de l'établissement, accessibles à tous les résidents puisqu'ils sont sécurisés, ainsi que les espaces publics, qui se situent donc en dehors de l'enceinte de l'institution. Ces derniers sont accessibles uniquement aux personnes les plus autonomes, ils permettent notamment de renouer du lien social et encouragent donc à la réinsertion dans la société.

La vie en établissement psychiatrique se résume donc à un quotidien à travers différents types d'espaces qui rythment la vie du résident : l'espace personnel, les espaces d'insertion dans la collectivité ou la société, ainsi que les espaces de soin. Ils se doivent tous d'être modulables afin de s'adapter à la singularité de chaque individu. Lorsque ce dernier a la possibilité de sortir de l'institution pour vivre dans un autre habitat, il lui faut d'abord comprendre la notion d'habiter. D'un point de vue clinique, la maladie doit permettre une adaptabilité au lieu de vie. D'un point de vue social cette fois-ci, la personne doit être en capacité de s'intégrer à la société. Habiter, c'est donc sortir de ses pensées, vaincre la maladie, et souhaiter devenir autonome. Ainsi, l'individu peut s'émanciper et aller vivre dans un autre habitat. Cette réinsertion dans la vie en société est évidemment très suivie. La personne atteinte de troubles mentaux n'est pas livrée à elle-même, elle est accompagnée dans toutes ses démarches afin que l'aboutissement soit effectif et pérenne. Par conséquent, elle devient autonome et libre, au prix d'un suivi autant administratif, que clinique et social. Un choix reste alors à faire : hébergement ou logement ? L'hébergement offre un habitat à l'autonomie partielle, idéal en sortie d'établissement psychiatrique puisqu'il permet une réinsertion sociale de manière progressive.

Il assure une certaine sécurité, mais la liberté y est restreinte. Il s'agit en effet d'un entre deux, après l'institution et avant le logement. Ainsi, après une période en hébergement, certains souhaitent intégrer un logement. Ce dernier est synonyme de liberté puisqu'il permet l'émancipation, et donc la réussite totale de la réinsertion sociale. Il s'agit d'un habitat pour les personnes complètement autonomes, aboutissement d'un long chemin depuis la prise de conscience de leur maladie dans l'établissement psychiatrique, jusqu'à cet habitat autonome. Ce dernier est une fin en soi, mais effraye certaines personnes atteintes d'une déficience mentale puisque l'isolement social leur fait peur. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'un hébergement ou d'un logement, habiter hors de l'institution, c'est posséder un « chez-soi ». Ce dernier devient donc leur lieu de repli, ainsi qu'un espace que la personne est en mesure de contrôler. Cependant, pour se sentir chez-soi, il faut se sentir en sécurité. Le lieu de vie doit donc être un espace ambivalent puisqu'il se doit d'être propice à l'autonomie, tout en étant un lieu de contrôle ; favoriser un sentiment de sécurité, mais également de liberté. De plus, l'espace doit y être apprivoisable et faciliter les liens sociaux.

A partir de ces données, quels semblent être les aménagements pour un habitat adapté ? Nous ne pouvons finalement que difficilement répondre à cette question puisqu'il n'existe pas de normes claires et concises. D'autant plus que les besoins et les ressentis de chacun sont à prendre en compte. Ainsi, même si des normes sont établies afin de répondre aux problèmes les plus fréquents rencontrés par les personnes atteintes d'une défaillance mentale, il y a de fortes chances pour que ces normes soient incompatibles avec celles déjà en vigueur. La meilleure solution reste donc de concevoir le projet avec l'utilisateur, en produisant des documents qu'il est en mesure d'appréhender et de critiquer.

L'analyse du Foyer Arc-en-ciel permet de mettre en lumière plusieurs constatations. D'abord, les espaces collectifs occupent une grande place au sein du bâtiment. En effet, ils sont indispensables aux résidents puisqu'ils leur permettent de renouer du lien social, tout en donnant les bases de la vie en communauté nécessaires pour leur réinsertion dans la société. Ensuite, les espaces individuels, conséquents par leur superficie globale, reflètent le besoin de chacun de posséder un lieu de repli aux dimensions à la fois confortables et à échelle humaine. Par ailleurs, les espaces de contact avec les familles ne représentant qu'une infime superficie, il se peut qu'elles soient autorisées à prendre part au quotidien de leur proche plutôt que de les déstabiliser en organisant les rencontres dans un espace qui ne leur est pas familier. D'autre part, les endroits qui ne leur sont pas accessibles sont présents de manière à rendre le bâtiment autonome. Les espaces de déambulation, quant à eux, occupent une bonne partie de la surface afin de permettre aux résidents de passer aisément d'un espace à un autre, sans pour autant les perdre dans de longs couloirs, qui plus est, souvent sombres. En effet, la signalétique de ces lieux est aussi essentielle que leur ergonomie. Enfin, les espaces extérieurs, non quantifiés ici, sont présents afin d'offrir une échappatoire visuelle à tout moment de la journée, et une opportunité pour profiter d'un jardin lorsque la météo s'y prête.

Pour conclure, aucune norme précise n'a pu être établie au cours de ce travail. Cependant, de nombreux points ont été abordés afin de mieux cerner les caractéristiques à prendre en compte pour faciliter l'autonomie des personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, leur permettre une accessibilité à tous les espaces serait l'objectif premier à atteindre, sans pour autant oublier de veiller à leur bien-être, indispensable pour amorcer leur intégration dans la société.

Bibliographie

OUVRAGES

Becker Howard S. 1985. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Leçons De Choses. Paris, France. Editions Métailié.

Boudon Philippe, Deshayes Philippe, Pousin Frédéric, et Schatz Françoise. 2001. *Enseigner la conception architecturale : cours d'architecturologie*. Paris, France. Editions de la Villette.

De Sardan Jean-Pierre Olivier. 2008. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Anthropologie prospective N° 3. Louvain-La-Neuve, Belgique. Editions Academia-Bruylant.

Devaux Jean-David. 1996. *Les espaces de la folie*. Paris, France. L'Harmattan.

Durand Bernard, Duret Erik, et Pallix Elise. 2019. *Maisons d'accueil spécialisées et santé mentale*. Pratiques en santé mentale. Champ Social Editions.

Esquirol Étienne. 1819. *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*. Imprimerie de Mme Huzard. Paris, France.

Goffman Erving, et Castel Robert. 2013. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, France. Les Editions de Minuit.

Goffman Erving. 1996. *La mise en scène de la vie quotidienne : La présentation de soi*. Tome 1. Paris, France. Les Editions de Minuit.

Grosbois Louis-Pierre. 2008. *Handicap et construction*. Paris, France. Le Moniteur.

Hall Edward Twitchell, Petita Amélia, et Choay Françoise. 1978. *La dimension cachée*. Collection Points Essais 89. Paris, France. Éditions du Seuil.

Jonckheere Paul, Salbreux Roger, et Magerotte Ghislain. 2007. *Handicap mental : prévention et accueil. Questions de personne*. Louvain-la-Neuve, Belgique. De Boeck Supérieur.

Lambert Jean-Luc. 1981. *Enseignement spécial et handicap mental*. Psychologie et sciences humaines 98. Bruxelles, Belgique. P. Mardaga.

Laurent Alain. 1993. *Histoire de l'individualisme*. Colloque « Que sais-je ? » Paris, France. Presses Universitaires de France.

Morval Jean. 2006. « *L'appropriation et la désappropriation de l'espace chez la personne âgée* ». Dans *Penser l'espace pour lire la vieillesse*, 51-69. Hors collection. Paris, France. Presses Universitaires de France.

Parchappe Maximien. 1853. *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*. Victor Masson. Paris, France.

Salbreux Roger. 2018. « *Soins et dépendance, désir et autonomie. Pour une éthique de l'intervention chez la personne handicapée* ». Dans *Rencontre avec Roger Salbreux*, 201-241. Toulouse, France. ERES.

Sémelin Jacques. 2007. *J'arrive où je suis étranger*. Paris, France. Éditions du Seuil.

Serfaty-Garzon Perla. 2003. « *Le chez-soi : habitat et intimité* ». Dans *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*, 65-69. Paris, France. Editions Armand Colin

Simondon Gilbert. 2013. « *Chapitre III. La perception de l'espace* ». Dans *Cours sur la perception (1964-1965)*, 285-319. Hors collection. Paris, France. Presses Universitaires de France.

Viader Fausto. 1995. « *Les agnosies spatiales* ». Dans *Perception et agnosies*, 211-225. Questions de personne. Louvain-la-Neuve, Belgique. De Boeck Supérieur.

ARTICLES

Abel Olivier. 1995. « *Habiter la cité* ». *Autres Temps* N°46.

Baker Alex Anthony, Davies Richard Llewelyn, Sivadon Paul, et World Health Organization. 1960. « *Services Psychiatriques et Architecture* ». *Cahiers de santé publique* N° 1.

Baillon Guy. 2006. « *La psychiatrie en mémoire* ». *VST - Vie sociale et traitements* N° 89 (1) : 105-13.

Devoldere Régis. 2001. « *La personne handicapée mentale acteur de sa propre vie* ». *Réadaptation* N° 480 : 11-48.

Dorvil Henri, Morin Pierre L., Beaulieu Alain, et Robert Dominique. 2002. « *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales* ». *Déviance et Société* N° 26 (4) : 497-515.

Durand Bernard. 2019. « *De l'hôpital psychiatrique vers la Maison d'Accueil Spécialisée* ». *Pratiques en santé mentale* N° Maisons d'accueil spécialisées et santé mentale : 4-10.

Gayet Anne. 1998. « *Psychiatrie, architecture, environnement* ». Autres Temps. Les cahiers du christianisme social N° 58 (1) : 111-17.

Majerus Benoît. 2011. « *La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie* ». Genèses N° 82 (1) : 95-119.

Ramos Elsa. 2011. « *Le processus d'autonomisation des jeunes* ». Cahiers de l'action N° 31 (1) : 11-20.

Simon Herbert. 1955. « *A behavioural model of rational choice* ». The Quarterly Journal of Economics Vol. 69 : 99-118.

FICHES & GUIDES

Herbin Régis, Agence Nationale de l'Habitat, et Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie. 2008. *Adaptation du logement aux besoins des personnes handicapées mentales, cognitives ou psychiques*. Fiche Pratique.

Nouvel Thierry, et Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (France). 2010. *Guide pratique de l'accessibilité pour vous accompagner dans vos démarches en matière d'accessibilité en faveur des personnes en situation de handicap mental*.

THÈSES & TRAVAUX

Demilly Estelle. 2014. « *Autisme et architecture : Relations entre les formes architecturales et l'état clinique des patients* ». Lyon, France : Université de Lyon II - Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Lyon.

Expert-Calas Linkie. 2018. « *Les marqueurs de l'apraxie visuo-constructive et/ou visuo-spatiale dans les bilans de première intention chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.* » Nice, France : Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine. Département d'orthophonie.

SITES INTERNET

MEMO – INFO : Démence : <https://memo-info.ch/fr/demence/symptomes/> consulté le 21.07.2020

LAROUSSE : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maladie/48809> consulté le 28.04.2019

UMVF : Névroses, psychoses et troubles narcissiques

<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe->

[humanite/nevroses psychoses/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/nevroses_psychoses/site/html/cours.pdf) cours dispensé en 2014, consulté le 16.07.2020

UNAPEI : <https://www.unapei.org/> consulté le 23.03.2020

UNAPEI : Accessibilité : <https://www.unapei.org/combat/accessibilite/> article du 23.08.18, consulté le 23.03.2020

UNIVERSALIS : Asile & Psychiatrie : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/asile-psychiatrie/> consulté le 25.01.2019

UNIVERSALIS : Stimulus : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/stimulus-et-reponse-reaction/> consulté le 27.07.2020

Table des illustrations

FIG. 01 - Tableau représentant les différents degrés de la déviance -

FIG. 02 - Pictogramme S3A - Image extraite :

https://fr.wikipedia.org/wiki/Symbole_d%27accueil,_d%27accompagnement_et_d%27accessibilit%C3%A9#/media/Fichier:S3A.svg

FIG. 03 - Plan d'un établissement psychiatrique selon les préconisations d'Esquirol - Plan personnel

FIG. 04 - Schéma récapitulatif des différents types d'habitats proposé - Schéma personnel

FIG. 05 - L'entrée principale vue depuis la rue - Photo personnelle

FIG. 06 - Plan masse du Foyer Arc-en-ciel - Plan personnel sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 07 - Le bâtiment A2 _ photo prise depuis l'angle à l'Est du bâtiment - Photo personnelle

FIG. 08 - Le bâtiment A2 _ photo prise depuis l'angle au Nord du bâtiment - Photo personnelle

FIG. 09 - Le bâtiment A1 _ photo prise depuis l'angle au Sud du bâtiment - Photo personnelle

FIG. 10 - Le bâtiment A1 _ photo prise depuis le Nord-Ouest du bâtiment - Photo personnelle

FIG. 11 - Vue aérienne de l'ensemble du site - Photo aérienne extraite de Google Maps :

<https://www.google.be/maps/@48.6324122,6.288755,298m/data=!3m1!1e3>

FIG. 12 - Panorama depuis la Rue des Clairons - Panorama réalisé par mes soins à partir de photos de Google Maps :

https://www.google.be/maps/place/Aeim/@48.6320421,6.2890362,3a,75y,302.85h,90t/data=!3m7!1e1!3m5!1sZGERhsEy3q7WTJMgoVh9_w!2e0!6s%2F%2Fgeo2.ggpht.com%2Fcbk%3Fpanoid%3DZGERhsEy3q7WTJMgoVh9_w%26output%3Dthumbnail%26cb_client%3Dsearch.gws-prod.gps%26thumb%3D2%26w%3D86%26h%3D86%26yaw%3D302.8454%26pitch%3D0%26thumbfov%3D100!7i16384!8i8192!4m12!1m6!3m5!1s0x47949c7075866077:0x9183b0107213cfd6!2sAeim!8m2!3d48.6322384!4d6.2885755!3m4!1s0x47949c7075866077:0x9183b0107213cfd6!8m2!3d48.6322384!4d6.2885755

FIG. 13 - Plans du bâtiment A1 - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 14 - Plans avec mise en avant des espaces individuels du bâtiment A1 - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 15 - Plans avec mise en avant des espaces collectifs du bâtiment A1 - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 16 - Plans avec mise en avant des espaces dont ils n'ont pas accès dans le bâtiment A1 - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 17 - Les extérieurs du bâtiment A1 _ photo 01 - Photo personnelle

FIG. 18 - Les extérieurs du bâtiment A1 _ photo 02 - Photo personnelle

FIG. 19 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces aux sous-sol du bâtiment A1 - Diagramme personnel

FIG. 20 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces au rez-de-chaussée du bâtiment A1 - Diagramme personnel

FIG. 21 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces à l'étage du bâtiment A1 - Diagramme personnel

FIG. 22 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces sur l'ensemble du bâtiment A1 - Diagramme personnel

FIG. 23 - Plans du bâtiment C - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 24 - Plans avec mise en avant des espaces individuels du bâtiment C - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 25 - Plan d'une chambre « type » - Plan personnel

FIG. 26 - Vue 3D depuis l'espace nuit vers l'entrée et les sanitaires - Modélisation personnelle

FIG. 27 - Vue 3D depuis le bureau vers l'espace nuit - Modélisation personnelle

FIG. 28 - Vue 3D depuis l'espace nuit vers le bureau et les vues sur l'extérieur - Modélisation personnelle

FIG. 29 - Plans avec mise en avant des espaces collectifs du bâtiment C - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 30 - Plans avec mise en avant des espaces de contact avec les familles du bâtiment C - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 31 - Plans avec mise en avant des espaces dont ils n'ont pas accès dans le bâtiment C - Plans personnels sur base des plans envoyés par mail de l'agence d'architecture Defi-Archi.

FIG. 32 - Les extérieurs du bâtiment B (accueil et espaces administratifs pour l'ensemble du foyer) - Photo personnelle

FIG. 33 - Les extérieurs du bâtiment C _ photo prise depuis le Sud du bâtiment - Photo personnelle

FIG. 34 - Les extérieurs du bâtiment C _ photo prise depuis le Sud-Ouest du bâtiment _ 01 - Photo personnelle

FIG. 35 - Les extérieurs du bâtiment C _ photo prise depuis le Sud-Ouest du bâtiment _ 02 - Photo personnelle

FIG. 36 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces au rez-de-jardin du bâtiment C - Diagramme personnel

FIG. 37 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces au rez-de-chaussée du bâtiment C - Diagramme personnel

FIG. 38 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces à l'étage du bâtiment C - Diagramme personnel

FIG. 39 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces sur l'ensemble du bâtiment C - Diagramme personnel

FIG. 40 - Représentation surfacique de la répartition fonctionnelle des espaces sur l'ensemble des bâtiments A1 + C - Diagramme personnel