

Architecture et liberté d'aller et venir dans les lieux de vie institutionnels

Fany CÉRÈSE

Docteure en architecture, Atelier AA – Architecture Humaine, Montpellier, France

Résumé – Ce libre propos met en lumière par une analyse comparative la similitude qu'il peut exister entre les lieux de vie institutionnels pour personnes âgées dépendantes et les lieux privés de libertés, notamment lorsqu'ils sont dédiés aux personnes atteintes de troubles cognitifs. Il interroge le bien-fondé et les considérations sous-jacentes à la mise en œuvre de dispositifs spatiaux tels que le recours aux trompe-l'œil ou encore la « *thérapie par le voyage* » pour assurer la protection et la sécurité des personnes. L'observation et l'écoute des personnes face à ces dispositifs montrent une augmentation de la confusion et nous invitent à porter un regard critique sur ces installations, et à questionner leur impact sur la santé psychique des individus. Cela soulève également de nombreuses questions éthiques, notamment celle de la manipulation des personnes au nom de leur bien-être. D'une manière plus générale, cet article approfondit la réflexion précédemment développée par Kevin Charras (2022) autour de la notion d'iatrogénie environnementale, qui invite à rechercher dans l'environnement physique et social ce qui peut être à l'origine des troubles du comportement observés, avant de présupposer qu'il s'agit uniquement d'une manifestation de la maladie des personnes. À l'heure où les établissements médico-sociaux sont appelés à se transformer dans une logique domiciliaire pour offrir un véritable « chez-soi » aux personnes, cette réflexion architecturale interpelle sur le droit au risque et au partage des responsabilités afin de favoriser la liberté d'aller et venir.

Mots clés – architecture, enfermement, liberté, personnes âgées, unités protégées

Abstract – Architecture and freedom of movement in institutional living spaces

This article draws on a comparative spatial analysis to shed light on the similarities that can arise between assisting living facilities, especially special care units, and carceral environments. It questions the validity of implementing spatial devices such as the use of optical illusion (e.g., concealed doors) or “travel therapy” (fake train carriages installed in care units) to ensure the protection and safety of individuals. Observations and discussions with patients who encounter these devices attest to an increase in confusion, prompting us to undertake a critical re-examination of these installations and to question their impact on people’s mental health. Many ethical questions are also raised, including manipulation of individuals in the name of their well-being. More generally, this article builds on the reflection previously developed by Kevin Charras (2022) around the concept of environmental iatrogenesis, which invites us to look for the possible origin of the observed behavioral disorders in the resident’s physical and social environment before assuming these behaviors are merely a manifestation of the person’s illness. At a time when there is a call to transform institutional living spaces into homelike environments, this architectural reflection raises questions about the right to take risks and share responsibilities in order to promote freedom of movement.

Keywords – architecture, confinement, freedom, elderly, special care units

Les établissements médico-sociaux : des bulles de protection

Les établissements médicosociaux (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Foyers d'Accueil Médicalisés, etc.), qui s'adressent à des personnes considérées comme fragiles ou vulnérables, en raison de leur âge, de leur handicap ou de leur état de santé, sont généralement constitués telles des « bulles », c'est-à-dire des structures refermées sur elles-mêmes, capables de faire vivre leurs *résidents* en autarcie complète, de leur assurer tous les services dont ils ont besoin (hébergement, entretien ménager, blanchisserie, gestion administrative, soins, animation, prise en charge de la dépendance, vie spirituelle et culturelle, etc.) au sein d'un espace sécurisé. Le tout est souvent organisé autour d'une « place du village » symbolique, parfois nommée « agora », recrée au cœur de l'établissement, qui propose de recréer de manière factice la vie ordinaire (cf. figure 1).

Figure 1 – Organigramme de fonctionnement actuel des Ehpad – en autarcie



Source : Cérèse et Eynard, 2014.

Si la description proposée semble un peu caricaturale, elle ne l'est malheureusement pas tant que ça, et ressemble à s'y méprendre à celle de l'« institution totale » décrite par Erving Goffman (1979) et Michel Foucault (1975, pp. 192-211). Cette fermeture est souvent justifiée par la nécessité d'assurer la sécurité des personnes accueillies qui, en raison de leur fragilité et vulnérabilité requiert de la protection. Cependant, l'impact des mesures prises – tant sur la vie des résidents que sur le regard des personnes extérieures – est rarement pris en considération (tant à la construction que dans la gestion quotidienne de la structure) malgré de nombreux travaux de recherche qui abondent dans ce sens, notamment depuis la crise sanitaire (Dargère, 2012 ; Messy, 2021). On ne peut que s'interroger sur cette disparité entre savoirs issus de la recherche et mise en application. Pourquoi se sentir responsable des résidents conduit-il à favoriser leur survie aux dépens de la vie ? Il s'agit au fond d'une question

de priorisation de la préservation de la santé du corps sur celle de la santé mentale et de l'épanouissement personnel. Un choix personnel mais surtout sociétal sans doute fondé sur la peur des familles et des personnes elles-mêmes et qui trouve ses racines dans plusieurs phénomènes : la médicalisation de la vieillesse (Foureur, Mallon et Le Bihan-Youinou, 2014), la transformation du rapport à la mort (Castra, 2015), la judiciarisation de la société (Lansac et Sabouraud, 2004), la formation des professionnels de santé et bien d'autres aspects qu'il n'est pas possible de développer ici.

Au nom de la sécurité, un enfermement délétère que l'on « habille »

La restriction de la liberté d'aller et venir semble être une évidence, pour ne pas dire une obligation dans les lieux de vie institutionnels qui accueillent des personnes atteintes de troubles cognitifs. Trop souvent, obligation de *protection* ou de *sécurité* se solde par des moyens de fermeture : portes fermées, digicodes, doubles poignées et autres dispositifs sont mis en œuvre afin de limiter le « risque de fugue » des personnes et assurer ainsi leur sécurité (du moins physique). Parmi les recommandations, on trouve notamment l'idée de faire « disparaître » les issues aux yeux des résidents, en les plaçant par exemple dans des lieux cachés, sombres, ou de manière plus créative en les dissimulant derrière des trompe-l'œil, comme cela est proposé par certaines structures (cf. figure 2).

Figure 2 – Habillage / dissimulation des issues au sein de l'Institut Gériatrique de Montréal par trompe-l'œil.
À gauche, la porte de l'unité. À droite, les portes de l'ascenseur



Si cela a démontré une grande efficacité selon des études scientifiques (Marquardt, Bueter et Motzek, 2014) et si cela part d'un bon sentiment, il n'en reste pas moins que ces portes maquillées sont amenées à s'ouvrir malgré tout pour que soignants, matériel, chariots, familles puissent entrer et sortir. Essayons alors de nous mettre à la place d'un résident souffrant de troubles cognitifs. Que se passe-t-il au moment de l'ouverture de ces portes ?

La bibliothèque s'ouvre, un soignant en blouse avec un chariot en sort. Mais où suis-je ? Quel est ce lieu ? Y a-t-il une salle d'opération cachée derrière ce passage secret ?

N'y a-t-il pas fort à parier que cela ne peut qu'accentuer la confusion des personnes qui ont déjà des difficultés pour comprendre leur environnement ?

Cela pose également une question éthique, qui est celle du droit de manipuler des personnes au nom de leur sécurité. Je repense à cette situation observée lors d'une immersion en unité protégée à la porte d'entrée dissimulée et au couloir de déambulation circulaire où un résident « déambulant » dans les couloirs tenait les propos suivants :

Je suis bien rentré par quelque part... Il y a forcément une porte !

Comment, dans un tel contexte, et surtout après l'avoir vécu collectivement lors du premier confinement, ne pas imaginer qu'une partie des troubles du comportement observés sont précisément liés à cet enfermement et pas seulement à la pathologie de la personne. Combien de temps tiendrions-nous enfermés contre notre volonté dans un lieu que nous n'avons pas choisi, régi par d'autres, avant de développer des stratégies pour tenter de « fuguer », de manifester de l'agressivité, avant de renoncer tout à fait pour être finalement apathique ? Il nous semble alors qu'au même titre que la « iatrogénie médicamenteuse », il existe une « iatrogénie environnementale », néfaste pour la santé psychique (mais aussi physique) des individus et que cela a des effets délétères, tel un cercle vicieux qui contribue à la déshumanisation de ces lieux de vie (cf. figure 3).

Figure 3 – Cercle vicieux de la iatrogénie environnementale et de la déshumanisation dans les établissements liée à l'enfermement



Sans doute alors que le plus étonnant de l'affaire est que certains établissements après avoir opté pour ce fonctionnement décident d'installer une fausse gare avec un faux wagon (dite « *thérapie par le voyage* ») qui permette à ces reclus de s'évader un peu... virtuellement (cf. figure 4).

Figure 4 – Installation du dispositif de thérapie par le voyage – Ehpad de Valenciennes



Cette innovation thérapeutique non médicamenteuse, assortie d'un protocole médical d'utilisation est née il y a quelques années en Italie où « *une étude réalisée sur 100 patients aurait permis d'observer une baisse de 40 % des traitements médicamenteux* » (source : Site internet GranVia). Si l'idée est saluée de toutes parts, on ne peut qu'être surpris pas le discours des médias autour d'un tel dispositif : « *Résultat, quand les résidents concernés par Alzheimer passent par ce hall de gare virtuel, ils ressentent pour de bon la sensation du voyage... cette sensation qu'ils cherchaient désespérément...* ». Bien entendu, le marché est grand et le dispositif est relativement coûteux ; il faut compter près de 50 000 euros pour une telle installation (sans compter la surface disponible au sein de l'établissement).

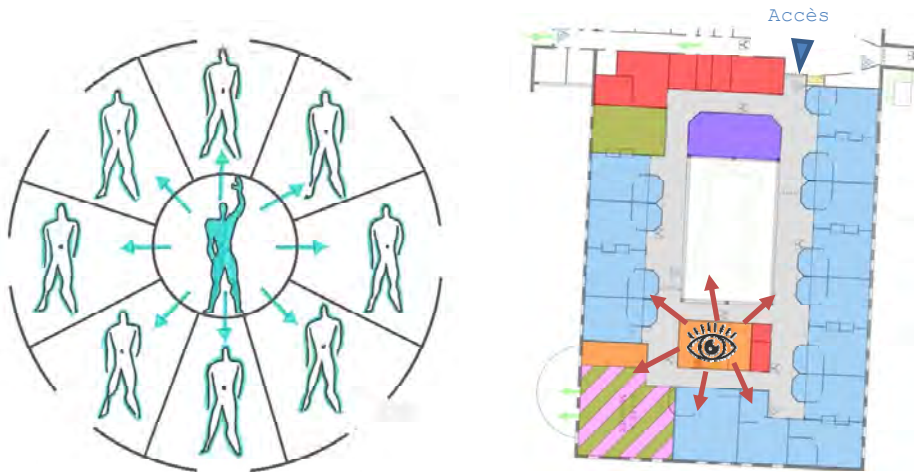
À quel moment s'est-on interdit de se poser la question : mais pourquoi ces personnes ont-elles « désespérément » le besoin de fuir ? Et cette autre question : avec cette somme d'argent, combien de vrais billets de train et d'heures d'accompagnement pourrait-on financer pour satisfaire de manière authentique le besoin vital de sortir de ces personnes ?

De la proximité (contestée mais réelle) entre ces établissements et le milieu carcéral

Lorsque le contrôleur des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue avait proposé dans son rapport en 2012 d'élargir sa compétence aux Ehpad, le secteur s'était indigné, rappelant haut et fort que les Ehpad sont avant tout des lieux de vie.

Pourtant, si l'on regarde sous l'angle architectural, de très nombreux espaces de vie sont conçus en reprenant – toujours au nom de la protection des personnes et de leur sécurité – le principe carcéral du panoptique, en plaçant un espace central vitré permettant la surveillance optimisée et continue de plusieurs individus (cf. figure 5).

Figure 5 – À gauche, schéma du panoptique. À droite, plan type d'une unité protégée Alzheimer avec un bureau des soignants vitré central



Plus exceptionnel mais particulièrement manifeste, on retiendra les diverses tentatives pour réduire les déplacements des soignants, qui aboutissent à des formes qui relèvent soit du modèle carcéral (tel que l'étoile, cf. figure 6) ou encore du modèle militaire (forme en carré, telles les casernes).

Figure 6 – À gauche, vue aérienne de la Prison de Bordeaux. À droite, vue aérienne de l'Ehpad Les Monts du Matin à Bésayes (26)



Autre dispositif spatial dont la ressemblance est troublante avec le milieu carcéral et rappelle à chacun l'effectivité de la privation de liberté d'aller et venir dans ces structures : l'installation de parloirs dans les Ehpad lors du confinement et ce, dès avril 2020. Pour rappel, voici les directives décrites pour la visite des proches dans le protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les Établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) et unités de soins de longue durée publié le 20 avril 2020, applicable à l'ensemble des établissements médico-sociaux à destination de personnes âgées ou handicapées : « *distance physique d'au moins 1,50 m, avec matérialisation si possible (grande table, décoration végétale, éventuellement séparation mobile vitrée ou plexiglas)* ».

Pourquoi le parloir (séparation physique étanche) est-il devenu la norme dans les Ehpad alors même que les directives permettaient des dispositifs beaucoup moins restrictifs ? N'y a-t-il pas au fond une grande proximité entre la culture sanitaire et carcérale ? Comment expliquer autrement que de tels réflexes apparaissent et se répandent si vite dès qu'une question de sécurité est soulevée ?

**Figure 7 – À gauche, parloir dans un centre pénitentiaire.
À droite, parloir mis en place dans un Ehpad lors du confinement**



Autre exemple, plus récent (hors période de confinement), lors d'un échange avec une résidente d'Ehpad en fauteuil roulant ne pouvant se déplacer, celle-ci nous disait :

*Savez-vous que les prisonniers ont une heure de sortie par jour ?
Nous, on n'a pas ça. Les sorties dehors, je ne les ai jamais vues.*

D'autres modèles qui érigent la liberté en valeur fondamentale sont possibles

Fort heureusement, plusieurs projets et démarches sont nés d'une indignation envers cet enfermement et de la réflexion suivante : au lieu de tout faire pour empêcher les personnes de partir et de mobiliser une énergie considérable à cet effet, pourquoi ne pas tout faire pour leur donner envie de rester ? Parmi ceux-ci, on compte notamment l'approche québécoise désormais connue Carpe Diem (Gil et Poirier, 2018) qui a axé l'architecture des lieux et de l'organisation autour du principe de satisfaction des aspirations profondes des personnes et de maintien de leurs droits en accompagnant la nécessaire prise de risque qui accompagne toute forme de vie. D'autres démarches similaires en France, Validation, Humanitude, Montessori, reposent sur ces principes empreints de bon sens et de principes simples, mais ô combien difficiles à mettre en œuvre en institution. Cela requiert une prise de conscience, une volonté de changement de culture, des outils et surtout un partage des responsabilités avec l'ensemble des parties prenantes et surtout de la formation du personnel accompagnant.

En France, le changement de paradigme initié par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (passage d'une logique d'hébergement à une logique domiciliaire – CNSA, 2018) va également dans ce sens. Il est à parier que l'évolution socio-démographique, avec l'arrivée dans le grand âge des baby-boomers (Guedj, Broussy et Lafont, 2018) va accélérer le processus qui devrait consister à permettre aux personnes de rester (ou de devenir) autonomes (c'est-à-dire capables de vivre selon leurs propres règles) malgré leur dépendance (besoin d'un tiers pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne).

Sans doute devons-nous d'élargir notre vision des besoins des individus, comme nous y invite la philosophe Simone Weil, en considérant que si certains sont physiques (le besoin de manger, de chaleur, d'hygiène, etc.), d'autres tout aussi importants – qu'elle nomme « *les besoins de l'âme* » (le besoin de liberté, de risque, de responsabilité, l'enracinement, etc.) sont des nécessités de la vie d'ici-bas. « *C'est-à-dire que s'ils ne sont pas satisfaits, l'homme tombe peu à peu dans un état plus ou moins analogue à la mort, plus ou moins proche d'une vie purement végétative* » (Weil, 1949, p. 104). Étrange similitude avec ce que l'on nomme aujourd'hui le syndrome de glissement... L'ouverture serait-elle alors une voie d'avenir pour les établissements et la qualité de vie de ceux qui y résident ?

Références

- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). [2018]. *Démarche prospective du conseil de la CNSA, chapitre 1, pour une société inclusive ouverte à tous*. Repéré à : https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa_13-08_dossier_prospective_exe1.pdf
- Castra, M. (2015). Les transformations sociales de la fin de vie et de la mort dans les sociétés contemporaines. *Empan*, (97), 12-18. <https://doi.org/10.3917/empa.097.0012>
- Cérèse, F. et Eynard, C. (2014). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ? Dans L. Nowik et A. Thalineau (dir.). *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 99-115). Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.
- Charras, K. et Delporte, M. (2022). Changement de paradigme, éloge de l'invisibilité et du désordre. *Vie sociale*, 40(4), 107-122. <https://doi.org/10.3917/vsoc.224.0107>
- Dargère, C. (2012). *Enfermement et discrimination. De la structure médico-sociale à l'institution stigmat*. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris, France : Gallimard.
- Foureur, N., Mallon, I. et Le Bihan-Youinou, B. (2014). Médicalisation de la vieillesse : un juste équilibre ? *Retraite et société*, (67), 159-168. <https://doi.org/10.3917/rs.067.0159>
- Gil, R. et Poirier, N. (2018). *Alzheimer: de carpe diem à la neuropsychologie*. Toulouse, France : Érès.
- Goffman, E. (1979). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (trad. Liliane et Claude Lainé). Paris, France : Les Éditions de Minuit.
- Guedj, J., Broussy, L. et Lafont, A. K. (2018). *Les personnes âgées en 2030. États de santé, démographie, revenus, territoires, modes de vie : portrait-robot de la génération qui vient*. Les études de Matières Grises. Repéré à : https://www.ehpa.fr/pdf/think_tank_rapport.pdf
- Lansac, J. et Sabouraud, M. (2004). Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. *Les Tribunes de la santé*, 5(4), 47-56. <https://doi.org/10.3917/seve.005.56>
- Marquardt, G., Bueter, K. et Motzek, T. (2014). Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 8(1), 127-157. <https://doi.org/10.1177/193758671400800111>
- Messy, J. (2021). La Covid : le double enfermement. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 27(126), 391-394. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2021.04.002>
- Weil, S. (1949). *L'enracinement*. Paris, France : Gallimard.

e-mail auteur

agence@atelier-aa.fr