

PROJET SCIENTIFIQUE ATELIER AA 2022-2024

L'atelier AA investit la connaissance des formes matérielles et sociales de l'environnement institutionnel destinée aux personnes âgées ou aux personnes en situation de handicap, quelle que soit leur pathologie. Depuis maintenant quelques années, le développement d'une réflexion plus axée sur les besoins et aspirations des personnes hébergées, fortement soutenues par les pouvoirs publics, oblige à un changement de paradigme qui affecte en profondeur les projets urbains et architecturaux des lieux de vie collectifs.

Nos travaux de recherche éclairent ainsi les modalités de transformation de l'offre médico-sociale dans une perspective plus inclusive et domiciliaire. En raison de la spécificité de l'agence et de l'offre qu'elle amène, le développement d'une recherche-action est structurant de nos manières de faire.

UNE DEMARCHE DE RECHERCHE-ACTION

La recherche-action est à la fois une démarche et une méthodologie de recherche visant à mener en parallèle et de manière intriquée l'acquisition de connaissances scientifiques et la mise en œuvre d'actions concrètes et de transformations sur le terrain. Le processus de recherche-action implique une collaboration étroite entre acteurs de la recherche et du terrain dans une approche globale du « faire avec » les différentes parties prenantes (Fontan et al, 2018). La recherche-action repose ainsi sur

« Les relations entre ces deux entités caractérisées par des échanges bilatéraux ou l'une apprend de l'autre. D'une part, ces études démontrent que les professionnels des milieux non universitaires ont des savoirs que les universitaires ne détiennent pas et que ces savoirs sont cruciaux dans la compréhension des phénomènes qu'ils étudient. D'autre part, il est aussi démontré que l'espace collaboratif de travail entre ces identités distinctes permet une émulation cognitive qui constitue en soi une valeur ajoutée dans le processus créatif mis en œuvre. En d'autres mots, il se crée une atmosphère de travail qui prend la forme d'une « intelligence collective en action » (Noubel, 2007) laquelle émerge du partage d'idées et de la confrontation des expertises, des savoirs et des compétences propres à chacune des parties en présence » (Fontan et al, 2018 :202)

Dans notre configuration, un rôle supplémentaire, est à prendre en considération, celui de l'architecte. Le projet architectural sert de portes d'entrée à la mise en place de la démarche et la demande initiale des porteurs de projet sert de levier pour mener une réflexion globale quant à la transformation de l'offre.

De fait, la recherche-action se décompose en plusieurs étapes :

1. IDENTIFICATION D'UN PROBLEME

Les institutions médico-sociales, en particulier celles destinées à une population âgée dépendante, ont longtemps été pensées comme des entités autonomes et autarciques, destinées à répondre à l'ensemble des besoins tant sociaux que médicaux des personnes accueillies. Ce développement a entraîné l'émergence d'un « monde à part » (Eynard et Cérèse, 2022) lié aux contraintes organisationnelles et spatiales des structures. La conséquence principale est un questionnement sur les expériences singulières de l'habiter des résidents et leur capacité à se sentir chez-soi (Mallon, 2004) dans des lieux aujourd'hui pensés plus comme des espaces de travail que de vie. Fort de ce constat, les politiques publiques souhaitent amener à un changement basé sur une approche plus inclusive et domiciliaire des établissements, qui oblige à une autre considération de l'offre d'accompagnement et d'habitat des personnes.

À l'échelle des établissements, le foncier vieillissant oblige à penser l'avenir de structures, dans une perspective prospective et évolutive permettant d'anticiper les besoins des années à venir en intégrant les changements actuels. Pour beaucoup de structures, la question du « comment faire ? » se pose alors.

2. ÉTABLISSEMENT D'UN PLAN D'ACTION

L'élaboration du plan d'action se fait en fonction des besoins des établissements et des problématiques qui sont les leurs dans une perspective globale de « faire ensemble » pour coconstruire les réponses apportées dans la perspective d'un processus itératif. Bien que chaque projet présente sa propre spécificité, un élément important guide les actions développées : une démarche centrée sur l'individu.

Pour sortir de la construction d'établissements qui seraient à la fois « déduits de la norme » (Eynard et Salon, 2006) (urbanistique, accessibilité, hygiène, sécurité, réglementation thermique, etc.) et issus de programmes dupliqués élaborés en haut lieu, de nouvelles méthodes de conception architecturale à la fois plus rationnelles et plus sensibles sont à mettre en œuvre afin de remettre l'utilisateur final au centre. Concevoir une architecture centrée sur l'homme reviendrait à penser l'architecture tel un vêtement, à partir du corps, de ses dimensions, de ses mouvements et des sensations qu'il doit éprouver. Les lieux pourraient alors être conçus à partir des interactions connues entre l'homme et son environnement (issues de la psychologie environnementale), des usagers dans toute leur diversité, des diverses pratiques et usages de l'espace, de la perception des lieux (par les sens mais aussi le sens) et enfin des émotions générées par l'environnement architectural (Cérèse, 2014).

3. ACTION SUR LE TERRAIN AVEC COLLECTE DE DONNEES

En fonction du plan d'action établi, les actions sur le terrain se structurent autour de trois éléments :

- Assistance à maîtrise d'usage
- Formation
- Maîtrise d'œuvre

- Architecture d'intérieur

Les missions, aussi variées soient-elles, s'appuient sur une base commune, mêlant immersion sur site, pour saisir au plus près les conditions de vie et de fonctionnement des établissements que nous accompagnons, et sensibilisation aux enjeux futurs de l'accompagnement, à travers une transformation domiciliaire et inclusive des établissements médico-sociaux.

4. ANALYSE DES DONNEES ET EVALUATION DES RESULTATS

À cette étape du processus en plus de la réponse initiale aux besoins des acteurs, plusieurs axes de recherche se développent permettant une montée en généralité des actions engagées. Notre réflexion s'articule autour de trois axes :

Axe 1 : Habiter - Les « expériences de vie ordinaire »

L'objectif de ce premier axe est de produire des connaissances relatives à l'expérience d'habiter des personnes accueillies au sein des institutions à travers notamment l'impact des dispositifs architecturaux et des référentiels mobilisés dans la conception des lieux de vie (hospitalier, hôtelier, domestique) sur différentes dimensions relatives à la qualité de vie des personnes (Cérèse, 2015 ; Labarchède, 2021). La qualité de vie est ici entendue comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (World Health Organization, 1993). Une attention particulière est ainsi portée à la relation entre l'architecture et la santé, dans le sens d'un bien-être global, questionnant l'autonomie, la stigmatisation, ou encore à l'inclusion sociale des individus. Ces éléments sont mis en perspective avec la qualité d'usage et la qualité esthétique des lieux autour de l'idée de domesticité (Charras et al, 2022). Ce premier axe mêle ainsi projet architectural et projet de vie.

Le travail développé au sein de cet axe vise à accompagner la prise de décision relative aux projets architecturaux et s'appuie sur les différents projets développés au sein de l'atelier AA. Il s'inscrit dans une volonté d'amélioration des réalisations à partir de la mise en œuvre de leur évaluation.

Parmi les éléments d'évaluation développés au sein de cet axe, l'*Evidence-Based Design* (EBD, - conception fondée sur la preuve) est central. Ce domaine d'étude nouveau implique les disciplines telles que la psychologie environnementale, l'architecture, les neurosciences et met l'accent sur la preuve crédible pour influencer la conception de produits et d'environnements architecturaux. Si cette approche se développe fortement ces dernières années dans les pays anglo-saxons pour la conception des lieux de santé, elle reste encore méconnue en France des acteurs du cadre de vie. Bien que très controversée par certains architectes qui ne souhaitent pas voir un développement scientifique de leur discipline qu'ils considèrent comme artistique (Donald, 2010), cette démarche innovante permet de démontrer de l'efficacité de choix architecturaux sur des indicateurs tels que l'amélioration du bien-être des patients et du personnel soignants, la guérison et la sécurité des patients (Evidence-Based Healthcare Design, Ulrich, 2006), la réduction du stress des patients et des familles (Webster & Steinke, 2009), etc. Les nombreuses applications de cette démarche, mais aussi les limites et les apports restent

encore à explorer, bien au-delà du domaine des lieux de santé. Selon Brown et Corry (2011), une manière d'adapter cette démarche en architecture est de se baser sur les quatre étapes de la pratique de l'*Evidence-Based* en médecine (Rosenberg & Donald, 1995), à savoir :

- (1) Formuler un objectif clair ou question basée sur la demande du client (par exemple, diminuer les risques de chute des personnes fragiles) ;
- (2) Rechercher la littérature scientifique existante et pertinente ;
- (3) Évaluer de façon critique les éléments de preuve à la fois pour sur leur validité et leur utilité au regard de la question posée ;
- (4) Synthétiser et appliquer les conclusions au problème en adaptant au contexte.

Selon le centre d'expertise anglais OSS (Optimal Spatial Strategies, 2015), l'*Evidence-Based Design* n'est effectif que lorsque des hypothèses de performance sont clairement formulées en amont de la construction et qu'un dispositif de vérification et d'évaluation rigoureuse de ces hypothèses est mis en place (évaluation post-occupationnelle - EPO).

Axe 2 : Méthodologie de conception du projet

L'objectif de ce deuxième axe est le développement d'une approche réflexive sur nos manières de faire le projet et les répercussions que cela peut avoir à différentes échelles : celle du projet ; celle des usagers (résidents, personnel, familles) ; celles des collaborateurs de l'atelier AA. La participation d'usagers à l'élaboration des projets notamment dans les phases de programmation architecturale permet d'ajouter aux préoccupations techniques, financières ou esthétiques les notions essentielles de confort d'usage et de représentation des lieux. Cette participation permet également de renforcer l'autonomie des personnes en les associant au processus de production de leur habitat, ce qui facilite l'inscription future de leurs pratiques et de leur identité dans leur espace de vie (Cérèse et Eynard, 2014). L'objectif est aussi de leur donner les clés nécessaires pour élargir leur capacité d'action (*empowerment*). Pour les architectes engagés dans une démarche de co-construction et de concertation, les enjeux sont importants également et demandent à adopter une posture différente de celle habituellement développée dans les agences d'architecture et à mettre en œuvre les outils adéquats pour le faire. Il s'agit alors de trouver le juste équilibre entre accompagnement et expertise puisque « l'architecte n'est pas le scribe, celui qui enregistre et traduit textuellement les besoins et les désirs de chaque habitant. Il est partie prenante et fait un effort d'explication de son point de vue tout en donnant aux interlocuteurs les outils pour que le dialogue existe » (B. Kohn cité par Biau et d'Orazio, 2013 : 172). L'objectif est aussi d'identifier les freins au développement des projets et de faire évoluer les actions proposées en conséquence.

L'objectif de cet axe est donc un questionnement autour des manières de faire qui, à l'échelle de l'agence, interroge d'une part les outils utilisés dans l'élaboration des projets et l'accompagnement des acteurs de terrain, et d'autre part les profils des collaborateurs recrutés, les compétences nécessaires et plus largement les valeurs de l'agence.

Axe 3 : Pérennisation du changement

L'objectif de ce troisième axe est de produire des connaissances et une réflexion sur les conditions qui participent à un changement de longue durée à l'échelle des établissements mais plus largement d'un point de vue sociétal. Cela nous amène alors à interroger les systèmes d'acteurs (comprenant aussi bien les dynamiques inter établissements que les relations avec les tutelles, les décideurs ou encore les politiques publiques) mais aussi la construction des stéréotypes et ce qu'ils impliquent dans la conception des structures et dans les projets de vie des établissements (droits et libertés par exemple) à différentes échelles. Une attention particulière est également portée sur la question de la norme, comme vision collective et sociétale du regard porté sur une population et des conditions de vie propices à son développement personnel que nous sommes prêts à lui offrir.

À l'échelle de l'agence cet axe alimente la réflexion quant à l'engagement dans les projets en fonction de la structuration des porteurs mais aussi une réflexion quant à l'offre proposée.

5. PARTAGE DES CONCLUSIONS DE LA RECHERCHE & DES CONNAISSANCES ACQUISES

Le partage des conclusions de la recherche se développe autour de trois logiques :

La première s'inscrit dans une forme de « lobbying éthique » à travers la valorisation et la diffusion des travaux et des actions menées auprès des cercles professionnels (établissements, tutelles, etc.) et du grand public. L'objectif est double, valoriser les établissements engagés et les initiatives mises en place, mais aussi et surtout, déconstruire les stéréotypes et amener le plus de personnes à se questionner sur la possibilité de faire les choses différemment et à moyen constant.

La deuxième tient à la publication dans des cercles scientifiques et académiques pour ouvrir le débat sur les résultats obtenus et participer à l'apport des connaissances sur les différents thèmes de recherche.

La troisième et dernière logique de partage des connaissances est interne à l'agence et vise à informer les collaborateurs des résultats obtenus, des difficultés et des succès rencontrés dans une perspective itérative et réflexive, visant à faire évoluer les manières de faire et à établir une base solide de connaissances.

PRINCIPALES REFERENCES

Biau Véronique, d'Orazio Anne. (2013). « Les architectes face à l'habitat participatif. Entre militantisme et professionnalisme ? ». *Cahiers Ramau*, L'implication des habitants dans la fabrication de la ville. Métiers et pratiques en question, n°6, p 165-179

Cérèse Fany, Eynard Colette. (2014). « Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel », in Thalineau A., Nowik, L. *Vieillir chez soi, Vieillir entre soi, les habitats intermédiaires en question*, Presses Universitaires de Rennes, coll. Le sens social.

Cérèse Fany. (2015). *Environnement architectural, santé et domesticité : étude des effets d'un aménagement architectural domestique sur la qualité de vie, l'usage et la perception de l'espace dans les lieux de vie institutionnels pour personnes âgées*. Thèse de doctorat en architecture et aménagement de l'espace sous la direction de Gely-Nargeot Marie-Christine, Usandizaga Miguel et Ninot Grégory. Montpellier : Université Paul Valéry - Montpellier III. 469 p

Charras Kevin, Eynard Colette, Cérèse Fany, Cérèse Ankel. (2022). *S'affranchir du concept de handicap. Critique constructive d'une notion obsolète*. Paris : In Press, 137 p

Donald Alastair. (2010). « The disaster of Evidence-Based Architecture ». *DesignCurial* disponible sur <https://www.designcurial.com/news/the-disaster-of-evidence-based-architecture>

Eynard Colette, Salon Didier. (2006). *Architecture et gérontologie. Peut-on habiter une maison de retraite ?* Paris : L'Harmattan. 217 p

Fontan Jean-Marc, Alberio Marco, Chiasson Guy, Lafranchise Nathalie. (2018). « Activités de « recherche avec » au sein du réseau de l'Université du Québec ». *Recherches sociographiques*, Vol.59, n°12, p195-224

Labarchède Manon. (2021). *Les espaces de la maladie d'Alzheimer : conditions de vie hébergement et hospitalité*. Thèse de doctorat de sociologie sous la direction de Guy Tapie et Muriel Rainfray. Bordeaux : Université de Bordeaux. 420 p

Mallon Isabelle. (2004). *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Le sens social. Rennes : Presses Universitaires de Rennes. 288 p

SYNOPTIQUE DE L'ACTIVITE DE RECHERCHE 2022 - 2024

Enrichir l'état de l'art et des savoirs

