Université de Nantes - Ecole polytechnique de l'Université de Nantes

ECOLE DOCTORALE
Mécanique, Thermique et Génie Civil
DE NANTES

Année 2006

Thèse de **DOCTORAT**
Discipline : Sciences pour l'ingénieur
Spécialité : Architecture

Présentée et soutenue publiquement par :

LEOTHAUD Isabelle
le 27 octobre 2006
Ecole d'Architecture de Grenoble

AMBIANCES ARCHITECTURALES ET COMPORTEMENTS PSYCHOMOTEURS

De l'observation à l'aide à la conception
Le cas de structures pédopsychiatriques

Jury :
Jean-François AUGOYARD - Directeur de Recherche CNRS.
Philippe BONNIN – Directeur de Recherche CNRS (Rapporteur).
Catherine GRAINDORGE - Professeur des Universités Paris XI, Chef de Service de la Fondation Vallée (Rapporteur).
Gérard HEGRON - Professeur ENSA, Nantes.
Viviane KOVESS – MASFETY - Professeur des Universités Paris V, Directrice de l'EA 4069.
Pierre-Yves NIZOU – Professeur à l'Ecole Polytechnique de Nantes
Jean-Louis ROUX – Maître Assistant à l'Ecole d'architecture de Montpellier, Architecte indépendant, Chercheur.

Directeur de thèse : **Jean-François AUGOYARD** Co-Directeur : **Gérard HEGRON**

Laboratoire : CERMA
Adresse : Ecole d'Architecture de Nantes
Rue Massenet - 44300 NANTES

N° ED 367-246

Résumé en français :

Ce travail qui s'inscrit dans la problématique de la théorie des ambiances se propose, à travers l'approche d'un espace dédié à la pathologie mentale, de s'attacher aux rôles des ambiances intérieures de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques. Sur trois hôpitaux, la méthode comprend de longues campagnes d'observations ethnographiques des enfants dans leur milieu d'accueil, des relevés architecturaux et des mesures d'ambiance ainsi que diverses discussions avec les professionnels touchant à notre sujet. L'analyse s'est attachée, premièrement, aux conduites spatiales, sociales et affectives de ces enfants par rapport à leur environnement, deuxièmement, à dégager l'émergence de certains facteurs ambiants et combinaisons de facteurs participant aux conduites usagères et à la formation des ambiances situées. Les résultats intéressent donc, d'un point de vue architectural, une aide à la programmation et à la conception d'espaces pédopsychiatriques à partir de critères pertinents, comme par exemple, la lisibilité des espaces, la solidité de l'enveloppe spatiale, l'aménagement de transitions à différentes échelles du projet. Une autre retombée est l'aide à la communication entre la maîtrise d'ouvrage, les professionnels de la santé mentale et la maîtrise d'œuvre. Plus largement, sur l'hypothèse d'une relation non antithétique entre normal et pathologique, cette recherche participe à l'affinement de nos connaissances sur la relation sensori-motrice que tout sujet entretient avec son environnement et sur la perception qu'il a d'un espace par la convocation et la combinaison de différentes modalités sensibles.

Titre et résumé en anglais

ARCHITECTURAL AMBIANCES AND PSYCHOMOTOR BEHAVIORS
From observation to aided design - The case of structures for children showing psychic disorders

This work, which belongs to the field of the ambiance theory, aims at studying through a mental pathology the roles of ambiances within interior architectures dedicated to children with psychic disorders. First ethnographic observations of children in their reception environment, architectural and metrological statements, and various discussions with practionners allow us to better understand their spatial, social, and emotional behaviors with respect to their environment (spatial, physical, social, or sensitive). Second, we bring to the fore some environmental factors and combinations of factors which take part in common behaviors and in creating localized ambiances.
From an architectural point of view, this work proposes some hints to help programming and designing something from relevant criteria, such as the readability of spaces, the robustness of the space envelope and furniture, the adjustment of transitions at different project scales, or the interior and external building settlement (furniture, matters, materials, and so on.) Moreover, this work will ease communication between the project clients---mental health clinicians---and the design team.
Larger, on relation no antithetic between normal and pathological hypothesis, this research increases our knowledge about the relationship between the subject and its environment, whatever spatial, physical, sensitive, or social. Furthermore it allows to better understand the perception an individual has of space through summoning and combining various significant factors. Consequently a finer approach of environments will be possible.

Mots-clés :
Ambiances architecturales
Conduites usagères
Facteurs ambiants
Environnement sensible
Approche du normal par le pathologique

Discipline : Sciences pour l'ingénieur N° : 367 - 246

Illustration de la page de garde :
Peinture d'un enfant présentant des troubles psychiques graves

Remerciements…

Un grand merci à Jean-François Augoyard, pour sa disponibilité et ses lectures attentives ;
A Gérard Hégron, pour la confiance qu'il m'a accordée ;
A l'équipe du Cresson, et tout particulièrement à celles et ceux qui m'ont apporté leur aide et leur soutien amical ;
Aux enfants, pour tout ce qu'ils m'ont offert, tant sur le plan scientifique que personnel ;
Aux soignants et aux chefs de service, pour leur accueil et leur confiance ;
A Mina, mon facteur ambiant prépondérant, pour sa frimousse, ses « mots » et ses sourires enchanteurs ;
A Therry, pour sa présence et toutes les concessions qu'il a accepté sans aucune hésitation ;
A mes parents, pour leur aide si précieuse.

A M B I A N C E S A R C H I T E C T U R A L E S
E T
C O M P O R T E M E N T S P S Y C H O M O T E U R S

De l'observation à l'aide à la conception
Le cas de structures pédopsychiatriques

I - INTRODUCTION……..…**1**

II- AMBIANCES ARCHITECTURALES ET STRUCTURES SPECIALISEES……..…**7**

1 - NOTION D'AMBIANCE DANS LES LIEUX D'ACCUEIL DE LA MALADIE MENTALE……..……..***8***

2 - DIALOGUE PSYCHIATRIE ET ARCHITECTURE…… …….45

3 - QUESTION DES REFERENCES……....47

III- AMBIANCES ET CONDUITES USAGÈRES……..…..**49**

1- LE S U J E T ACTANT / PERCEVANT……..…***49***

2 - PROPOSITIONS ET PRISES DE L'ESPACE SENSIBLE…….....…..***52***

3- UN CADRE D'ACTION ET D'INTERPRETATION DE LA VIE SOCIALE……..…..……...…***54***

4- IMPORTANCE DU CONTEXTE D'ENSEMBLE……..……***56***

5- L'ETRE-LA, L'ETRE-AU-MONDE……..……...***57***

6- LE CORPS COMME LANGAGE……...***62***

7- APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE COMME RETOUR AUX CHOSES……...***67***

8- RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS SUR LA PLACE DE L'ESPACE ET DE L'ENVIRONNEMENT DANS LES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ENFANT …….…..69

8.1- Langage socio affectif de l'enfant……...*69*

8.2- Langage cognitif de l'enfant …… ……*71*

8.3- Le langage corporel de l'enfant ……...*74*

IV- PROBLEMATIQUE…….……**75**

1 - CONDUITES CARACTERISANT LA RELATION SUJET – ENVIRONNEMENT…….……...76

2 - FACTEURS ET COMBINAISONS DE FACTEURS DETERMINANTS DES CONDUITES……..……78

3- UNE AIDE A L'AMELIORATION DES AMBIANCES…….……..……79

V- MÉTHODE **82**

1- HEURISTIQUE SPATIALE ET AMBIANTALE D'UNE PATHOLOGIE …….…….……...…82

2- D E S C R I P T I O N E T H N O G R A P H I Q U E……..……..86
2.1- Entre observation participante et observation passive……..87
2.2 - Activité perceptive……89
2.3- La notion d'objectivité……90

3 - TROIS TERRAINS D'INVESTIGATIONS……91
3.1 - Choix du type de structures……91
3.2- Nécessité d'une pluralité et d'une diversité de structure……92

4- PRÉSENTATION DES TERRAINS……..94
4.1- Hôpital de jour d'Echirolles sud ……94
4.2- Hôpital de jour de la Fondation Vallée……99
4.3- Hôpital de jour Mosaïque……104
4.4- L'équipe soignante ……109

5- UN CONTEXTE PARTICULIER……..110
5.1- Secret professionnel……110
5.2- Cadre particulier des activités thérapeutiques……111
5.3- Absence de langage des enfants……111

6 – OBSERVATIONS……112
6.1 - Lieux et temps d'observation……112
6.2 - Descriptions des lieux d'observation……116

7 - PHASE DE PRÉ-ENQUÊTE ……136
7.1 - Période d'intégration……136
7.2 - Réajustement des méthodes……136
7.3 - Recherche bibliographique……136

8 - PHASE D'OBSERVATIONS……137
8.1- Relevés ethnographiques……137
8.2 - Discussions avec les soignants……138
8.3 - Enregistrements sonores……139
8.4 - Relevés métrologiques……139
8.5- Vidéos……144

9 - TRAITEMENT DES RÉCITS D'OBSERVATIONS……146
Préparation de l'Analyse
9.1 - Tableaux……146
9.2 - Filtres……148
9.3 - Prise en compte de la notion d'effet……149

VI- CONDUITES SPATIALES, SOCIALES ET AFFECTIVES EN CONTEXTE……150

1- PRENDRE SES REPERES……..151
1.1 - Rechercher la présence d'un adulte……151
1.2 - Déposer ses affaires ……154
1.3 - Garder un moment un objet personnel ……156
1.4 - Se diriger directement dans les lieux de vie ……158
1.5 - Vérifier que rien n'a changé / ranger ……159
1.6 - Se poster ……161
1.7 - Prendre toujours le même jouet ……164
1.8 - Toujours faire la même activité ……165
1.9 - Enlever ses chaussures, ses chaussettes……167
1.10 - Prendre des reperes temporels……168

2 - S' I S O L E R……..172
2.1 - S'isoler en mouvement……172
2.2 - S'isoler dans le mouvement d'un objet……179
2.3 - S'isoler dans une enveloppe sonore……181
2.4 - S'isoler dans un espace contenant ……183
2.5 - S'isoler en regardant une source lumineuse ……185
2.6 - S'isoler en se regardant dans……195
2.7 - S'Isoler en faisant des traces sur un vitrage……187

2.8 - S'isoler recroquevillé……188
2.9 - S'Isoler en mangeant un gâteau……189

3. ETRE EN RELATION AVEC L'AUTRE……194
3.1- S'approcher de quelqu'un……194
3.2 - Contourner quelqu'un……197
3.3 - Passer proche de quelqu'un ……199
3.4 - Etre en contact avec quelqu' u n……201
3.5 - Se regrouper……203

4. VIVRE SES SENTIMENTS……209
4.1 - Manifester sa colère, son mécontentement……209
4.2 - Manifester sa peur……211
4.3 - Manifester son inquiétude……214
4.4 - Manifester sa joie ……216
4.5 - Manifester sa surprise ……217
4.6 - Manifester sa curiosité……218
4.7 - Manifester son désir de participer ……219

VII - FACTEURS AMBIANTS ET CONFIGURATIONS SENSIBLES……224

1 - FACTEURS SOCIAUX……225
1.1 - Facteur d'activités……225
1.2 - Facteur de population……226
1.3 - Facteurs de nombre / densité……229

2 - FACTEURS SPATIAUX ……233
2.1 - Facteurs d' enveloppe et d'organisation spatiale……233
2.2 - Facteurs mobilier intérieur ……237
2.3 - L'espace aménagé ……241
2.4 - Facteurs de matières / matériaux……243
2.5 - Facteurs de couleurs et d'éléments de décoratifs……247

3 - F A C T E U R S P H Y S I Q U E S……249
3.1 - Facteurs acoustiques……249
3.2 - Facteurs lumineux……252
3.3 - Facteur thermique……260
3.4 - Facteur météorologique……264
3.5 - Facteur aéraulique……266

4 - F A C T E U R S S E N S I B L E S……266
4.1 - Facteurs visuels……266
4.2 - Facteurs sonores……270
4.3 - Facteurs de combinaisons visuelles et sonores……278
4.4 - Facteurs tactiles……279
4.5 - Facteurs de combinaisons visuelles et tactiles……282
4.6 - Facteurs de combinaisons visuelles, tactiles et sonores……283
4.7 - Facteurs de combinaisons tactiles et sonores……292
4.8 - Facteur kinesthésique……285
4.9 - Facteur olfactif……286
4.10 - Facteur gustatif……288
4.11 - Facteurs de combinaisons visuelles, sonores et kinesthésiques……290

5 - CONFIGURATIONS SENSIBLES ……292
5.1- Configurations spatiales, sociales, visuelles et sonores ……292
5.2- Configurations spatiales, visuelles, sonores et tactiles ……297
5.3- Configurations spatiales motrices ……307
5.4- Configurations spatiales sensorielles et sociales ……312

6 - F A C T E U R S T E M P S ……317
6.1- Entre immutabilité et instabilité ……317
6.2- Les entre deux d'activités……319
6.3- Les évènements ……321

VIII - C O N C L U S I O N……..……**324**

1 - R A P P E L ……..324

2 - R E T O U R S U R L A M É T H O D E ……...……327

2.1- Descriptions ethnographiques……..……..…..327

2.2- Trois terrains d'investigation……..……..…..329

2.3- Un contexte particulier……..…329

2.4- Lieux et temps d'observation……..……..…..330

2.5- Phase de pré-enquête……..……330

2.6- Phase d'observation……..……..330

2.7- Traitement des recueils d'observation, préparation à l'analyse……..……332

2.8- Analyse……..……333

2.9- Présentation de nos résultats……..……..333

3- R O L E S D E S A M B I A N C E S……...……333

4 - HEURISTIQUE SPATIALE ET AMBIANTALE D'UNE PATHOLOGIE MENTALE…….……334

5 - CO-DÉTERMINATION DU SUJET ET DE SON ENVIRONNEMENT……..336

6- UNE AIDE A LA PROGRAMMATION, LA CONCEPTION ET LA COMMUNICATION…….337

7- O U V E R T U R E
EXISTE-T-IL UNE ARCHITECTURE PSYCHIATRIQUE ?.....339

IX - B I B L I O G R A P H I E……..**343**

T A B L E D E S M A T I E R E S……...……...……354

S O M M A I R E A N N E X E S……...……...…. ……...371

Ce document comporte :

- Trois planches hors texte, relatives aux espaces observés de nos trois terrains afin de faciliter le repérage du lecteur.
- Un CD audio.

I - INTRODUCTION

« *Architecture : art de construire des édifices selon des proportions et des règles déterminées par leurs caractères et leurs destinations.* »[1] lit-on dans le Larousse. Il est difficile aujourd'hui de prendre au pied de la lettre cette définition très réductrice de l'architecture. D'abord, le domaine d'application de l'architecture ne cesse de se diversifier et s'étend également à la réhabilitation, aux espaces publics ouverts, à l'urbanisme. Mais, surtout, nous pouvons d'emblée lui opposer cette définition provocatrice de Bruno Zevi : « *L'architecture, c'est ce qui reste quand on a enlevé les pierres.* » C'est dire que l'architecture est aussi une culture, un ensemble de savoirs et savoirs-faire qui débordent largement l'acte technique de construire. Il faut encore y ajouter la matière vivante : occupants, habitants, pratiquants, usagers, citadins dont les édifices présupposent l'existence. L'architecture ne peut plus être considérée seulement comme la création d'un objet architectural qui se suffit à lui-même. Bien au contraire, elle se poursuit, continue, se prolonge et, une fois « finie », commence à vivre au gré des usages, des pratiques et des vécus.

[1]Définition de la langue Française, Larousse. Paris : Hachette, 1999.

Ce dépassement de l'architecture comme stricte réponse fonctionnelle à des besoins catalogués a été mis en oeuvre dés les années 60. La critique opérée à partir d'une phénoménologie de l'habiter a mis en valeur tout ce que les lieux bâtis doivent à la vie quotidienne (Henri Lebebvre[2]), à la poétique ordinaire (Pierre Sansot[3]), aux façonnages et configurations produits par l'expression habitante (Jean-François Augoyard[4]), à l'imaginaire urbain (Alain Pessin et Henry Torgue)[5]. C'est alors que nous voyons apparaître l'efficace de notions comme celles de situation, de vécu, de sensible, notions toujours actives dans les réflexions sur la ville et la vie quotidienne. Contre les excès du fonctionnalisme, il était donc impératif que l'architecte prenne en compte ces dimensions de l'habiter et les mette au cœur de son travail de projet. Nous pouvons affirmer que depuis trente années, cette nouvelle sensibilité architecturale a fait son chemin dans l'enseignement et, plus inégalement, dans la pratique professionnelle.

Un pas important reste à faire. Soucieuse du vécu des futurs habitants et de leur environnement sensible, la démarche de conception de l'architecte reste essentiellement référée à une forme prépondérante de sensibilité : celle de la vue. Toutes les représentations graphiques en sont bien la preuve : plan, coupe, élévation, perspective etc. autant de représentations du projet favorisant une approche visuelle des formes spatiales de l'architecture comme projection et inscription des perceptions et pratiques (qu'elles soient individuelles ou sociales) du lieu. Pourtant, l'ouïe, la vue, l'odorat, le toucher et le goût sont autant de canaux sensibles par lesquels l'habitant perçoit et agit ses rapports à l'environnement. Par ailleurs, si l'architecte s'appuie sur ses compétences et son expérience vécue, (spatiale, culturelle, sociale) pour répondre à un programme et induire les futures pratiques du lieu, il ne dispose d'aucun outil pour prendre suffisamment en compte tous les facteurs sensibles et coordonner leur diversité. Une pensée coordonnée des ambiances architecturales lui fait défaut, l'ensemble des savoirs et des recettes techniques acquis séparément (acoustique, thermique, éclairage) ne lui permettant pas de comprendre et maîtriser l'ambiance d'un lieu, si ce n'est par décision arbitraire. Sans une pensée unitaire de l'ambiance, il restera très difficile pour

[2] cf. LEBEBVRE, Henri. *Critique de la vie quotidienne*. Paris : Anthropos, 1961 (2.T.).
[3] cf. SANSOT, Pierre. *Poétique de la ville*. Paris : Klincksieck, 1972
[4]cf. AUGOYARD, Jean-François. *Pas à pas. Essai sur le cheminement quotidien en milieu urbain*. Paris : Ed du Seuil. 1979
[5] cf. PESSIN Alain, TORGUE, Henry. *Villes imaginaires*. Paris : Ed. du Champ Urbain. 1980.

l'architecte de gérer et de projeter les ambiances, en tant que carrefour des formes spatiales, sensibles et sociales[6].

De quoi est faite cette ambiance vécue qui dépasse la « maîtrise (technique) des ambiances » enseignée dans les Ecoles d'architecture ? Selon Jean-François Augoyard[7], un ensemble de phénomènes localisés constitue une ambiance lorsqu'il répond à quatre caractères : 1) Les signaux physiques de la situation sont repérables et décomposables ; 2) ces signaux interagissent avec la perception, l'affectivité et l'action des sujets et leurs représentations sociales et culturelles ; 3) ces phénomènes composent une organisation spatiale « construite »[8] ; 4) le complexe signaux / percepts / représentation est exprimable.

Dans le sens de cette définition interdisciplinaire, le laboratoire Cresson[9] travaille encore aujourd'hui sur des outils et méthodes permettant d'approcher l'ambiance et les ambiances en situation. C'est notamment, la notion d'effet sensible et particulièrement celle d'effet sonore[10], que nous détaillerons plus en avant. Notre travail de recherche s'inscrit dans ce développement d'une théorie des ambiances et des méthodes susceptibles de faire avancer la conception de l'espace bâti.

Dans le courant des travaux de ce laboratoire, le premier pas de notre recherche est de poser qu'il est capital d'étudier et d'analyser les perceptions, pratiques et usages en différents contextes afin de mieux comprendre l'interrelation des formes spatiales, sensibles et sociales, d'enrichir notre connaissance des ambiances et, ce faisant, d'apporter une aide à la conception.

---

[6]Notion développée par Grégoire Chelkoff, Cf. CHELKOFF, Grégoire. *L'urbanité des sens. Perceptions et conceptions des espaces publics urbains.* Thèse en urbanisme. Grenoble : Université Mendés France, Institut d'urbanisme de Grenoble, 1996.

[7] AUGOYARD, Jean-François. *L'environnement sensible et les ambiances architecturales. In* L'espace géographique, n°4, 1995, pp. 302-318.

[8] Il n'y a pas d' « espace vécu » sans ces constructions ou synthèses perceptives.

[9] Centre de Recherche sur l'Espace Sonore et l'Environnement urbain (UMR 1563 CNRS / Ministère de la culture et de la communication) : fondé en 1979 par Jean-François Augoyard et Jean-Jacques Delétré, associé au CERMA (Nantes).

[10] AUGOYARD Jean-François, TORGUE Henry. *A l'écoute de l'environnement, répertoire des effets sonores.* Marseille : Parenthèses, 1995.
Dont la traduction anglaise contient des ajouts et mises à jour importantes par rapport à l'édition de 1995. AUGOYARD Jean-François, TORGUE Henry (eds). *Sonic Experience. A Guide to Everyday Sounds.* (Translated by Andra McCartney & David Paquette), Montreal, McGill Queen's University Press. Préface de R.Murray Schafer. 2006.

Mais la diversité et la complexité des milieux, juxtaposés ou imbriqués, posent de manière centrale la question du mode d'approche des ambiances. De nombreux facteurs physiques, architecturaux, environnementaux et sociaux participent à celles-ci. Comment mettre en évidence et comprendre les phénomènes quotidiens les plus ordinaires qui s'organisent dans différents contextes environnementaux ? Comment théoriser, thématiser, analyser les choses qui vont de soi ?

Notre parti d'analyse des ambiances a été, assez vite, d'utiliser des brèches. Ce qui est évident peut être pensé à partir du dérapage, de la discordance, d'un dysfonctionnement. Ces situations problématiques devraient nous aider à mieux cerner l'essentiel de ce qui est mis en jeu dans le vécu des ambiances. Ainsi, l'observation d'individus souffrant d'une pathologie mentale et celle de leurs rapports à l'environnement ne permettraient-ils pas d'alimenter la théorie des ambiances, au cœur de notre problématique ?

Nous avons alors décidé de porter notre questionnement sur une population d'enfants présentant des troubles psychiques graves (psychotiques et autistiques) et observés au sein de leurs structures d'accueil hospitalières.

En résumé, cette recherche s'inscrit dans le cadre de la problématique de la théorie des ambiances et propose de s'intéresser à la dimension sensible des pratiques habitantes et usagères, en s'appuyant sur l'observation d'enfants présentant des troubles psychiques graves au sein de structures spécialisées[11]. L'observation des conduites spatiales, des attitudes, des gestes, des mimiques etc., du sujet en train de percevoir devrait amener dans un premier temps à une meilleure compréhension des interactions entre les conduites de l'enfant et son environnement (spatial, social et affectif), puis, dans un second temps, de mettre à jour certains facteurs ambiants et certaines combinaisons de facteurs participant aux conduites usagères et composant l'ambiance en situation.

[11] Une structure spécialisée est un établissement de soins. Au cours de ce travail, nous emploierons très souvent ce terme.

L'exposé de nos travaux suivra l'ordre suivant.

1) Nous ferons le point sur les questions d'ambiances, d'architecture et de psychiatrie au regard de la prise en compte de la notion d'ambiances architecturales dans les lieux d'accueil de la maladie mentale, du dialogue existant entre architecture et psychiatrie et du manque de références relatives à l'architecture spécialisée.

2) Nous nous attacherons aux ambiances et aux conduites usagères en présentant notre positionnement théorique, lié notamment aux théories de l'action, à la théorie des ambiances, à l'approche de l'être-au-monde en référence au courant de l'analyse existentielle, à la question du corps comme langage et à une approche phénoménologique comme retour aux choses. Nous terminerons par un bref rappel de quelques notions sur la place de l'espace et de l'environnement dans les troubles psychiques de l'enfant (troubles psychotiques et autistiques).

3) Nous exposerons notre problématique, premièrement en énonçant les questions centrales de ce travail relatives au rôle et à la possibilité de repenser les ambiances au sein de structures spécialisées et, deuxièmement, en discutant nos hypothèses théoriques. La première s'appuie sur l'existence de conduites spatiales, sociales et affectives types des enfants présentant des troubles psychiques au sein de leur milieu d'accueil, la deuxième sur l'existence de facteurs ambiants et combinaisons de facteurs déterminants des conduites des enfants au sein de structures spécialisées, enfin la troisième sur la possibilité de préciser des aides à la programmation et des aides à la conception de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques.

4) Nous détaillerons notre démarche méthodologique, premièrement, en formulant une hypothèse s'appuyant sur le détour par la pathologie spatiale et ambiantale des enfants présentant des troubles psychiques graves comme moyen heuristique d'aborder la complexité des liens entre ambiances, conduites spatiales et comportements (collectifs), deuxièmement en explicitant les différentes étapes qui la composent depuis la recherche de nos terrains d'observations jusqu'à l'analyse de notre corpus.

5) Nous dresserons un répertoire des conduites spatiales, sociales et affectives types des enfants au sein de leur structure hospitalière afin de caractériser leurs rapports à la dimension spatiale et temporelle, à la dimension sociale et à la dimension affective. Chacune d'entre elles sera analysée en fonction des facteurs ambiants qui lui sont prépondérants.

6) Nous établirons un répertoire de facteurs ambiants et de configurations de facteurs combinés, déterminants des conduites usagères et de l'ambiance d'un lieu donné. Nous prendrons en compte la dimension sociale, spatiale, physique, sensible ainsi que leurs combinaisons.

7) Enfin, nous conclurons premièrement, en rappelant l'objet de ce travail, deuxièmement en dressant un bilan succinct de notre méthode et, troisièmement, en faisant le point sur notre questionnement et nos hypothèses. Au regard de nos résultats, nous discuterons à nouveau notre problématique et nous affinerons chacune de nos hypothèses en tenant compte de l'état d'avancement de la recherche. Pour finir, nous ouvrirons nos résultats au regard de la question relative à l'existence d'une architecture spécialisée.

II- AMBIANCES ARCHITECTURALES ET STRUCTURES SPECIALISEES

Un balayage historique étudiant la prise en compte de la notion d'ambiances au sein de structures hospitalières destinées à la prise en charge de population présentant des troubles psychiques graves nous permettra de mieux comprendre l'état actuel des choses en matière d'architecture psychiatrique, la récente et peu répandue prise en compte de la dimension sensible au sein des espaces de soins, l'existence d'un dialogue riche mais compliqué entre l'architecture et la psychiatrie ainsi que le manque de références architecturales et ambiantales.

Cet état des lieux relatif aux questions d'architecture, d'ambiances et de psychiatrie, nous permettra, ultérieurement, de procéder à une enquête théorique préparatoire à la méthode avant de poser notre questionnement central et d'exposer nos hypothèses théoriques.

1 - LA NOTION D'AMBIANCE DANS LES LIEUX D'ACCUEIL DE LA MALADIE MENTALE

« Etre maléfique, possédé par les démons » tels étaient les multiples qualificatifs empruntés à cette longue période de l'antiquité à la révolution pour désigner le malade mental que l'on s'efforçait de séquestrer, selon les époques, dans des prisons, des maisons de force, des hôpitaux généraux.

A l'aube de la révolution, le nom « d'insensé » plus nuancé et plus humain aussi, remplace les termes diaboliques et effrayant traduisant son exclusion. On s'intéresse peu à peu aux traitements et aux conditions de prises en charge de cette population. Il faudra cependant attendre le début du XIXème siècle et la naissance de la psychiatrie, en tant que discipline bien individualisée, pour voir se développer puis se diversifier des établissements plus ou moins appropriés.

Parallèlement, il est important de comprendre l'évolution de l'opinion publique et médicale face à la folie, sans laquelle les modes de prise en charge du malade (passant de la séquestration autoritaire à diverses thérapies), l'organisation spécifique des lieux et la qualité des espaces, ne sauraient exister aujourd'hui. Même si de nombreuses étapes de la genèse de la psychiatrie et de son architecture sont à critiquer, notamment en ce qui concerne le manque de liberté agissant sur la personnalité des malades et conditionnant leur mode de vie aux allures carcérales, il n'en demeure pas moins qu'elles constituent un premier pas vers une prise de conscience évidente de l'importance de la qualité des lieux de vie des malades.

Pour plus de clarté, nous ferons une approche chronologique de la prise en compte de la notion d'ambiance dans les lieux de prise en charge de la maladie mentale.

- **Prémices d'une approche sensible**

Dans la civilisation antique, les sanctuaires ou institutions hospitalières n'existent pas[12]. Ainsi les malades menaçant la paix ou l'ordre public sont chassés de la communauté ou passibles de mort. En raison de l'absence de psychiatres, la décision qui vise à identifier

[12] Le premier lieu de soin exclusivement consacré aux malades mentaux semble être celui de Jérusalem en 490 av JC.

un individu comme sain ou malade revient aux juges. Cependant, nous relevons quelques expériences sensibles. Sous l'ancienne Egypte, « *Il y avait des temples dédiés à Saturne où les mélancoliques se rendaient en foule, et où les prêtres profitant de leur crédulité confiante, secondaient leur guérison prétendue miraculeuse par tous les moyens naturels que l'hygiène peut suggérer : jeux, exercices récréatifs de toute espèce institués dans ces temples, peintures voluptueuses, images séduisantes exposées de toutes parts aux yeux des malades. Les chants les plus agréables, les sons les plus mélodieux charmaient souvent leurs oreilles ; ils se promenaient dans les jardins fleuris, dans des bosquets ornés avec un air frais et salubre sur le Nil, dans des bateaux décorés et au milieu de concerts champêtres (…)* »[13]

Dans cette approche très onirique et sensible de ces lieux d'accueil de la maladie mentale, les facteurs ambiants sonore, olfactif et esthétique semblent prépondérants. Cette expérience sera évoquée par Pinel des siècles plus tard.

Au Vème et IV ème siècle av. JC, en Grèce les lieux de soins se situent dans des temples dédiés à Esculape. Aujourd'hui, ces derniers sont des lieux de station climatique réputés pour leurs vertus climatiques. Aussi, cet exemple illustre les prémices de l'importance que l'on accordera plus tard à l'exposition des lieux de soins aux vents dominants.

A Rome, pour la première fois, un médecin Grec conseille des chambres claires et aérées, préconise la musique, les bains et les massages.

- **<u>Conditions de vie carcérale</u>**

Au **Moyen-âge,** on considère que le fou[14] est possédé par des esprits maléfiques. Cette croyance alliée au danger latent que représentent ces individus en proie à une violence parfois manifeste, pousse la société à se protéger (de cette menace physique et morale) par l'enfermement de ces démons en lieux sûr.

Par exemple, en Allemagne, « les tours des fous » servent à qualifier les remparts des villes où sont séquestrés les aliénés. Leur emplacement symbolise le no man's land à la

[13] PINEL. *Nosographie philosophique*. Paris : Mauprivez, Tome III, 1813.
[14] On ne fait encore aucune distinction entre le sujet déficient mental et le sujet souffrant de troubles psychiques : tous deux sont regroupés sous la même appellation de « malades mentaux » et subissent les mêmes traitements.

fois géographique et social, placé entre le monde civilisé et le monde sauvage, à la limite entre l'organisation de la ville et l'insécurité de la forêt environnante.

A Londres, au contraire, les fous enfermés constituent un spectacle pour le public. Il faut payer pour les voir, à l'image des animaux dans un zoo.

- **Premières ébauches de la notion d'hygiène contrées par des conditions de vie carcérales**

Plus tard, au XVème siècle, les cures que leur prescrivent les médecins, comprennent : divers traitements médicamenteux, un environnement favorable (le malade doit séjourner dans un endroit aéré et clair pour contrarier l'obscurcissement dû à la mélancolie) ainsi que de la musique et des récits afin d'agir sur la cause psychologique en leur procurant de la joie. Mais, ces premières intentions positives sont confrontées à un sentiment de peur entraînant des attitudes aussi négatives que l'exclusion, le rejet de toute forme d'aliénation mentale. Aussi les prisons demeurent le lieu privilégié d'internement des aliénés.

Cependant, quelques exceptions existent, comme par exemple à Florence, à la Renaissance, où les hôpitaux sont réputés pour leurs soins, l'hygiène et pour l'attention accordée aux malades. Ces hôpitaux se situent dans les villes et participent à la définition de l'image urbaine.

A la fin du Moyen Age, l'hôpital, toujours surpeuplé, reste peu soucieux de s'encombrer de tels malades, souvent incurables et difficiles à gouverner. L'Hôtel-dieu, à Paris, et l'hôpital Saint-Lazare, à Marseille, sont deux des rares établissements qui acceptent de leur ouvrir leurs portes. Ainsi, seuls les quelques fous accusés de violence ou de criminalité entrent dans le circuit hospitalier ou carcéral. Leurs cellules sont analogues à celles des prisons : murs épais, fenêtres étroites, barreaux de fer, chaînes, paille. Dans un tel contexte, les insensés ne sont que très rarement enfermés, ce qui fait dire aujourd'hui, trop facilement, que la fin du Moyen Age a été l'âge d'or de la tolérance vis-à-vis des fous. En contre partie, à cette même époque, plus nombreux sont les insensés qui deviennent errants parce que leur famille ou leur communauté ne se préoccupe pas d'assurer leur garde et leur subsistance.

D'un point de vue architectural, le plan des lieux d'enfermement se caractérise par « l'Hôpital Nef ». Les malades sont entassés en un seul et même grand espace.

C'est au milieu du XVIème siècle, que l'on assiste à l'émergence d'une véritable idéologie de l'enfermement de toutes les personnes errantes, avec notamment la conversion en hôpital de la maladrerie de Saint-Germain puis, plus tard, la création des hôpitaux des pauvres à Paris « *pour y loger, enfermer et nourrir sobrement lesdits hommes et femmes et aultres paouvres incorrigibles ou invalides* » (les enfants, les épileptiques, les fous, les galeux etc.). Voilà la première idée d'hôpital général, institution charitable mais où les aspects coercitifs sont indéniables : enfermement et travail obligatoire y sont de règle. Au XVIIème, apparaissent avec l'édit de 1656, les premiers véritables hôpitaux généraux où sont enfermées toutes les personnes errantes. Tout d'abord à Paris, avec Bicêtre pour les hommes et la Salpetrière pour les femmes, puis, peu à peu, dans toutes les villes du royaume de France. Cet enfermement des errants, dans des lieux où se conjuguent l'assistance et la répression, devient un phénomène largement Européen et se développe jusqu'à la fin de l'ancien régime.

- **Délocalisation des lieux d'enfermements hors de la ville et développement des bienfaits de l'aération**

Au début du XVIIIème, les hôpitaux généraux en grande difficulté financière et chargés d'accueillir les victimes d'une misère grandissante comptent seulement 5 à 10 % d'insensés occupant leurs lits. Désormais, la folie n'est plus mystique, la peur de la contagion pousse les lieux d'enfermement des malades mentaux à s'établir hors de la ville et dans un environnement où l'air est pur. A cette époque, nous relevons une importante littérature de l'aération en ce qui concerne les hôpitaux.

Face à la demande croissante des familles et des communautés, le taux d'internement se développe avec l'apparition des lettres de cachet et des maisons de force qui prennent peu à peu le relais des hôpitaux généraux. Pour la première fois, en attendant la loi de 1838, qui met fin à plus de deux siècles d'amalgame carcéral, quelques-unes de ces maisons se spécialisent dans l'accueil des fous. En cette fin de siècle, la création de dépôts de mendicité se concrétise rapidement grâce à un vaste programme de constructions et conduit à un enfermement massif des déviants, cette fois-ci, à l'échelle du royaume. Les pouvoirs publics se félicitent d'abord d'avoir enfin réussi un

enfermement tenté en vain depuis plus de deux siècles, mais cette réussite est loin d'être considérée par tous comme une victoire.

- **Dénonciation des conditions d'enfermements carcérales**

Au milieu du XVIIIème, la naissance du mouvement philanthropique qui se caractérise par « *une répugnance à voir souffrir son semblable* » (Rousseau), donne lieu à une critique radicale des institutions. Hormis pour les vagabonds vraiment corrompus et les malheureux qui n'ont besoin que de pain et de soins, le mouvement reproche aux hôpitaux, d'être des mouroirs et aux dépôts de mendicité, de priver de liberté. Pour la première fois, une commission d'enquête est chargée d'établir un plan complet d'organisation de l'assistance, grâce auquel les insensés constituent une catégorie médicale distincte ayant droit à l'assistance publique.

L'incendie de l'Hôtel-dieu permet de concrétiser cette idée de spécialisation des hôpitaux. Lors de sa reconstruction, plus de deux cent projets sont avancés, dans lesquels, la ségrégation des malades au sein de l'hôpital est prise en compte.

L'architecture hospitalière se définit progressivement par une série de polémiques sur l'ordre intérieur, la position, la taille, la distribution de ces nouvelles « machines », faites pour « guérir en masse et par économie » : c'est « l'hôpital prison ».

L'analogie entre les plans de projets d'hôpitaux et de prisons est significative.

- **Spécialisation des hôpitaux**

1780 marque un tournant décisif dans l'histoire hospitalière avec la volonté du gouvernement de prendre en charge l'assistance. Fin XVIII ème, l'inspection générale des hôpitaux civils et des maisons de force sur l'ordre du roi entreprend un véritable tour de France des lieux d'enfermement et d'assistance afin d'établir des rapports sur les conditions de vie des malades. A son retour, elle dénonce les conditions dans lesquelles sont retenues les diverses catégories d'infortunés, avec une sollicitude particulière pour les insensés. Une nouvelle commission est mise en place afin de rechercher les moyens d'améliorer le régime des hôpitaux ; peu à peu les établissements spécialement destinés aux aliénés, les asiles, apparaissent.

C'est en 1785, que Colombier, inspecteur général des hôpitaux du royaume préconise dans une circulaire intitulée « *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison*»[15] des lieux destinés à contenir les malades incurables et des lieux destinés au traitement des malades curables, subdivisés en quartiers en fonction de l'état du malade.

«(…) *il ne suffit pas de séquestrer les aliénés, mais qu'il faut aussi les traiter dans des établissements spéciaux subdivisés en quartiers de classement* » (…) « *« Les lieux » et les soins… concourent ensemble au soulagement, à la guérison et à l'amélioration de l'état des malades.* [16]»

Colombier défend l'idée qu'il est préférable de construire de nouveaux établissements plutôt que de rénover.

En 1788, Tenon[17] différencie les hôpitaux et les établissements accueillant les malades mentaux et considère ces derniers comme de véritables remèdes « pour les fous » : « *Mais les hôpitaux pour les fous sont tout autre chose : ils sont eux-mêmes fonction de remède.* »

- **<u>Naissance du concept d'architecture thérapeutique</u>** : hygiène, exercices physiques, classification des malades en fonction de leur pathologie, absence de chaînes, plus d'espace etc.

Jusqu'à présent, l'état et les médecins se sont attachés à la dynamique institutionnelle au détriment de l'environnement architectural, de l'organisation et la qualité des espaces des divers lieux d'enfermement des aliénés. Mais, à l'aube de la révolution, on assiste à la naissance de l'idée d'une architecture thérapeutique, qui ne se suffit pas à elle-même, mais qui a une part active dans la prise en charge thérapeutique des malades, idée qui structurera l'avenir. Par conséquent, on s'intéresse de plus en plus aux traitements et aux conditions de prise en charge des insensés :

« *Qu'il ne soit point contrarié, qu'il puisse dans les moments où il est surveillé, sortir de sa loge, parcourir la galerie, se rendre au promenoir, faire un exercice qui le*

[15] COLOMBIER, DOUBLET. *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison*. Paris : imprimerie royale, 1785.
[16] Id.
[17] TENON. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. Paris : imprimerie royale, 1788.

dissipe et que la nature lui commande » (…) « *il faut que les salles de traitement soient très aérées, et éloignées du feu ; que chaque malade couche seul, et qu'il ait dans le voisinage un lieu destiné aux bains.* » (…) « *Il faut des lieux où l'air soit pur, l'eau salubre et l'environnement propice aux promenades* » « *il faut un quartier pour chaque catégorie d'insensés, il est prévu pour chaque quartier : un corps de logis à un étage entourant une cour et une galerie couverte. Au centre de la cour, un bâtiment de bains. Dans le corps des logis, des salles de jour et des loges individuelles pour la nuit. Partout de l'hygiène, de l'eau…* ».

On reconnaît là les principes essentiels de l'asile tel qu'il est créé dés le début du XIXème siècle. Avant 1789, l'hospice est une prison d'aliénés.

La révolution a essayé de trouver une alternative à l'hôpital. Même si cette idée est restée théorique, elle a engagé diverses réflexions : construire d'autres établissements mais comment ? Où ? Quels espaces intérieurs ? C'est en essayant de répondre à ces interrogations que l'on s'est aperçu que les hôpitaux où la mortalité était la plus basse étaient ceux qui disposaient de plus d'espace et de plus d'air pur.

C'est la fin du XVIIIème qui joue un grand rôle dans la réorganisation de l'hôpital général : désormais l'hôpital n'est plus le lieu d'accueil des pauvres, un lieu d'assistance mais un lieu réservé au malade dans le but de lui donner des soins et, dans la mesure du possible, de le guérir. Au niveau de l'architecture, il est clair que les projets, les réalisations viendront bien après ces réflexions.

En 1793, Pinel libère les aliénés de leurs chaînes. Ce geste va amener beaucoup de changement à la Salpetrière et à Bicêtre : les quartiers réservés aux aliénés sont agrandis et les loges, les cellules les plus insalubres sont détruites. Mais cela reste exceptionnel. Désormais, un mouvement humanitaire se dessine avec Daquin de Chambéry, Chiarrugi, Tuke et se questionne sur les solutions à adopter en alternative des établissements inhumains dans lesquels sont enfermés les aliénés. Ce courrant influencera les aliénistes français dans leurs réflexions. Une attention prioritaire est accordée aux établissements hospitaliers de Paris, violemment critiqués, et dont on propose le remplacement par des hôpitaux spécialisés et de plus petite dimension.

Ce n'est qu'au XIXème que la maladie mentale voit apparaître un lieu qui lui est réservé. Il faut quand même préciser qu'en Italie et en Espagne des institutions psychiatriques existent déjà depuis le XVIème siècle.

- **Importance de la dimension esthétique, climatique, aéraulique, hygiénique et du régime moral**

La fin de la révolution et l'Empire constituent le décor de modifications thérapeutiques considérables essentiellement dû au travail de Pinel* et son « Traité médico-philosophique » :

« *Les maniaques en fureur ou dans un état d'extravagance seront confinés dans l'endroit le plus reculé de l'hospice dans un local silencieux et sombre pour concentrer là leurs cris et leur tumultueux vacarme, ainsi que pour leur épargner toutes les impressions des sens propres à les exciter; ceux dont la manie est périodique seront retirés de ce local dans leurs intervalles lucides et ramenés parmi les convalescents.*

C'est surtout l'isolement de ces derniers qui doit arrêter un point capital de tout hospice bien ordonné pour faire éviter les rechutes. Enfin ne doit-on pas éviter aux uns et aux autres le spectacle de dégradation et de nullité qui affecte la démence et l'idiotisme ? »

Pinel rejoint Tenon et prône des établissements spécifiques de soins où les malades sont classés en fonction de leur maladie et souligne l'importance du cadre. Il y introduit le travail aux vertus hygiénique, morale et disciplinaire. Il insiste sur l'importance du jardin et de ses agréments comme source de vues agréables, de liberté de mouvement et de travail. La fontaine au milieu de la cour amène de l'eau et un rafraîchissement. Mais à aucun moment Pinel ne fait une approche sensible de ces facteurs ambiants. A aucun moment, il n'évoque les sonorités du « glouglou » de la fontaine, des senteurs du jardin et du toucher des végétaux. Seules les composantes esthétiques, climatiques, aérauliques et hygiénistes semblent pensées : la verdure du jardin pourrait « *tempérer les ardeurs du soleil* », il est nécessaire de « *rechercher le voisinage d'un coteau situé au nord (…) afin de garantir l'établissement des vents les plus contraires* », « *tous les bâtiments doivent regarder le levant. (…) elle permet à l'air du nord et du midi de circuler librement dans les intervalles qui séparent chaque section, et elle préserve les malades des plus fortes incommodités du froid et de la chaleur* ». [18]

L'infirmerie et la chambre, quant à elles, semblent pensées dans un souci de confort. Pour l'infirmerie : « *L'intervalle qui sépare les dalles des lits est parqueté, pour éviter*

[18] PINEL, Scipion. *Traité complet du régime des aliénés, ou manuel des établissements qui leur sont consacrés*. Paris : Mauprivez, 1836.

aux malades de poser en se levant les pieds sur un plancher froid et humide. » Puis plus loin pour le quartier des convalescentes : « *Tous les lits sont en fer : le plancher est parqueté, comme nous l'avons décrit pour la première salle de l'infirmerie, et le milieu est carrelé, ciré et recouvert d'un tapis vert en longueur dans la partie moyenne du passage habituel. Ces dortoirs doivent avoir un luxe de propreté qui les distingue des autres divisions* » [19]

Pinel s'intéresse aussi aux ambiances olfactives étant donné l'installation des fosses d'aisance ainsi que des ambiances sonores au sein de l'établissement. Il isole le pavillon où sont enfermés les « furieux », ainsi les autres divisions et l'administration seront épargnées de leurs hurlements. Ceci étant, au sein même de cette division aucune isolation phonique ne protège un pensionnaire de son voisin, rien ne vise à y améliorer les conditions de vie, certaines fois il semble même que ce soit la vulgarité des propos des pensionnaires qui incite à cet isolement.

« *Ce pavillon est divisé en quatre cellules séparées : il complète le traitement en permettant d'y renfermer les furieuses, qui crient nuit et jour, les aliénées criminelles ou vicieuses, dont les paroles, sales ou les provocations indécentes exigent une séparation entière*. [20] »

Ainsi, les rares préoccupations sensibles de cet aliéniste semblent souvent être mises en place pour des questions de représentation, pour « *faire comme si* » : il faut cacher le mur d'enceinte, il faut soigner le cadre de vie des convalescentes alors que les autres divisions ne font l'objet d'aucune attention.

Enfin, le régime moral, tant imposé par le médecin que par le bâtiment, fait intégralement parti du soin des malades. En effet, dans son traité, Pinel souligne le fait que tout ce que dégage l'établissement, son ambiance, puisqu'il parle clairement ici d'ambiance en parlant des impressions que l'on ménage au malade, de ce qu'il peut ressentir à la vue de l'établissement, doit concourir à impressionner le malade.

« *Le suivre et l'observer dans cette succession d'impressions habilement ménagées, c'est donc tracer les meilleures règles de son traitement moral. La première et sans contredit la plus salutaire de ces impressions, est celle que produit sur l'esprit des*

[19] PINEL, Scipion. *Traité complet du régime des aliénés, ou manuel des établissements qui leur sont consacrés*. Paris : Mauprivez, 1836.
[20] Id.

aliénés la vue seule des bâtiments et des distributions intérieures d'un hospice ; elle est constante et profonde : ce seul aspect calme déjà les furieux qui sont admis pour la première fois et donne de la confiance aux malheureux qu'une rechute y conduit à nouveau. »[21]

Ainsi, Pinel se soucie de certains facteurs ambiants, mais tantôt dans un élan philanthropique (hygiène, odeur, revêtements de sol), tantôt pour établir un ordre moral (architecture) et tantôt pour masquer le caractère carcéral des lieux (esthétique, sonore).

La maison de Charenton est aussi une illustration de l'architecture asilaire, pour laquelle, au niveau de la conception, Esquirol a joué un rôle important. En effet, on retrouve dans la « lettre au ministre de l'intérieur » de Esquirol[22], toujours les mêmes principales préoccupations : une excellente exposition, une vue admirable, la fonctionnalité du service et une bonne surveillance, bonne hygiène, bonne aération. Ici le pouvoir est toujours omniprésent, mais on note l'existence d'espaces thérapeutiques tels que les bains, les ateliers et des lieux communs élaborés grâce à la prise de conscience du bienfait pour certains aliénés de la vie en commun, de la dimension sociale.

Malgré l'accent porté sur les inadaptés, il n'y a pour toute la France que huit établissements spécialisés, les autres étant des hôpitaux généraux, des hospices, des dépôts de mendicité. Il est clair que les conditions d'internement restent épouvantables. Malgré les innombrables rapports qui relatent l'intérêt grandissant que les aliénistes portent à l'architecture des asiles, à certains de ses facteurs ambiants ce n'est pas pour autant que les choses avancent réellement dans la pratique. Nous avons dépassé la prise de conscience des conditions déplorables de prise en charge des aliénés mais le décalage entre théorie et pratique persiste. En effet, les rapports critiques[23] si justifiés n'aboutissent jamais à l'élaboration de préconisations, d'aide à la conception des établissements de soins, ni à la fermeture, la réfection d'un établissement car tous pensent, sans pour autant le dire, que l'existence d'un asile misérable est mieux que rien.

[21] PINEL, Scipion. *Traité complet du régime des aliénés, ou manuel des établissements qui leur sont consacrés*. Paris : Mauprivez, 1836.
[22] 1836, Archives Nationales.
[23] Il existe tout de même quelques rapports ventant les conditions de vie de quelques rares établissements recommandables, comme par exemple celui de Cadillac que le médecin fait visiter dans les années 1870.

- **Prémices d'une approche sensible,** dénonciation du régime moral, diversification des espaces

Au XIXème siècle, le projet de construction d'un asile à Paris marque le début de ces préoccupations architecturales. Chaque maître de la psychiatrie écrit son traité, rêve d'un asile idéal et élabore un plan avec l'aide d'un architecte[24].

« *Le plan d'un hospice d'aliénés n'est point une chose indifférente et qu'on doive abandonner aux seuls architectes* (…) *Un hôpital d'aliénés est un instrument de guérison.* »[25]

Esquirol, élève de Pinel, reprend les idées directrices de son maître et s'inspire des expériences de diverses institutions. Il souligne l'importance dans le traitement de la folie de retirer le malade de son milieu, l'importance du jardin, le fait que les établissements spécialisés sont de véritables instruments de guérison et dénonce le fait que le système institutionnel et le médecin préservent une forte emprise morale sur le malade. Une des choses innovantes que proposent Esquirol est le fait de lutter contre l'uniformité des lieux de vie dans un même asile. Jamais auparavant, on ne s'est intéressé à cette question. Esquirol n'explique pas concrètement son souhait mais nous comprenons que cette diversité de lieu peut aider les malades dans l'appropriation de leur lieu de vie ou dans leur repérage grâce à un certain nombre d'éléments qui leurs sont propres.

« *Les habitations particulières ne devront pas être faites toutes de la même manière, et l'uniformité est un des principaux vices des tous les asiles existants en France et ailleurs.* »[26]

Esquirol évoque le fait que les aliénés ne cassent pas les vitrages si on leur laisse une certaine liberté de mouvement, si on ne les contient pas. Il met en avant le fait que les dispositions carcérales qu'on afflige à ces populations ont des conséquences

[24] Pendant les premières années du XIXème siècle, nous pouvons noter qu'il n'existe aucun service destiné à prendre en charge l'enfance inadaptée, celle-ci partageant les mêmes lieux d'internement que les adultes. La première tentative de regroupement des « enfants idiots » est opérée par Falret en 1821 à la Salpêtrière, puis à Bicêtre par Ferrus. Ces services ont, comme idée nouvelle, une perspective de traitement moral des malades, même si les moyens restent précaires. Mais le chemin vers la création systématique de services propres aux enfants sera long. La loi de 1838 ne prévoit d'ailleurs aucune mesure particulière de traitement les concernant. Il faudra attendre l'ordonnance de 1839 pour que les enfants soient séparés des adultes.
[25] ESQUIROL. *Des maisons d'aliénés*. Paris : imprimerie Royale, T des M.M-T II, 1817, p446 à 526.
[26] Id.

indépendantes de leur pathologie, en ce sens que contenir un sujet en permanence, le priver sans cesse de liberté a les mêmes conséquences pour un sujet structuré que sur un sujet malade.

C'est la première fois, que le vécu des malades fait partie des préoccupations. Les propos d'Esquirol sont tout à fait novateurs pour son époque, ils seront repris ultérieurement et particulièrement au XXème siècle.

En 1818, Esquirol établit son plan type, le plus connu, reposant sur l'idée de séparation des différentes classes de malades, élément générateur de l'asile.

« *L'ensemble de ces bâtiments doit présenter des logements séparés pour les aliénés furieux, pour les maniaques qui ne sont point méchants, pour les mélancoliques tranquilles, pour les maniaques qui sont ordinairement bruyants, pour les aliénés en démence, pour ceux qui ont des maladies incidentes* (…) *l'habitation des convalescents devra être composée de manière qu'ils ne puissent pas voir et entendre ceux qui sont malades, tandis qu'eux mêmes seront à portée du bâtiment central* ».

« *On fera choix d'un grand terrain exposé au levant, un peu élevé, dont le sol soit à l'abri de l'humidité et néanmoins pourvu d'eau vive et abondante*. (…) »

« *Le plan d'un hospice d'aliénés n'est point un chose indifférente et qu'on doit abandonner aux architectes* »[27].

Dans ses préconisations, Esquirol souligne l'importance du bon air et de l'espace.

Le plan se développe symétriquement, selon les canons de l'architecture classique, semblable à la disposition habituelle d'ensembles architecturaux équivalents : au centre de chaque aile, les convalescents, les tranquilles, à proximité des bâtiments de l'administration, rejetant latéralement les agités et les furieux.

Nous relevons trois caractéristiques de ce plan : l'espacement des quartiers : les deux ailes, réservées chacune à un sexe sont séparées par des cours centrales ; l'unité et la fonctionnalité de l'asile apportée par la présence d'une galerie reliant l'ensemble des quartiers, l'échappée visuelle vers l'extérieur de l'asile (les bâtiments en rez-de-chaussée entourent une cour sur trois côtés, le quatrième restant ouvert pour donner une vue extérieure à l'asile, assurant ainsi un enfermement moins sévère que dans le simple carré de bâtiments). Le site devait se trouver hors de la ville, à flan de coteau,

[27] ESQUIROL. *Des maisons d'aliénés*. Paris : imprimerie Royale, T des M.M-T II, 1817, p446 à 526.

permettant au mieux cette échappée visuelle. C'est Esquirol qui impose le nom d'asile, à l'époque moins péjoratif que celui d'hôpital.

Pour Desportes, il semble important de différencier un asile d'un établissement carcéral par l'esthétique de l'architecture.

« *Une grande simplicité est la beauté qui doit distinguer les bâtiments d'un hôpital … Le luxe consiste dans le plus grand bien-être à procurer à chaque individu, en le plaçant commodément et d'une manière salubre : le génie de l'architecte ne doit s'y montrer que dans des proportions sévères, des lignes constamment pures, et une ordonnance de masse que l'œil parcourt facilement* »

« *L'exercice de la marche et la vue de l'eau sont deux besoins chez les aliénés : l'un aide à calmer les tourments de leur imagination, l'autre à combattre la chaleur de leur sang. Il sera donc indispensable d'établir dans chaque section un promenoir jardin, le plus grand possible, où l'eau vienne ajouter à son ornement : l'ensemble de ce lieu devra offrir une allée plantée en arbres d'agrément, au pourtour de ses murs d'enceinte, et des parterres coupés par de larges chemins. Il ne faut pas craindre de la part de ces malades la moindre dégradation ; ils sont, entre eux, des gardiens qui se surveillent mutuellement et qui n'en souffrent aucune. Loin de détruire ce qui se fait pour eux, ils s'attachent à le conserver et prennent part aux travaux* »

Des arbres, du gazon et des fleurs. « *Leur promenoir est un lieu commun où la paix règne comme dans les autres sections :… quelqu'uns s'approprient un carré ou le tour d'un arbre qu'ils cultivent suivant leur bon plaisir, et d'autres se frayent un chemin qu'ils prennent pour limite de leur marche sans jamais le dépasser…* ».[28]

L'auteur ajoute que le jardin calme la physiologie et l'imagination.

En 1827, Pinel propose son propre plan : il se compose de trois bâtiments longitudinaux, tous trois parallèles : les deux bâtiments extérieurs sont les pavillons d'hospitalisation (selon le sexe des malades) et la zone centrale est réservée à l'administration. Des galeries traversantes permettent de relier les deux côtés de l'asile aux espaces communs, les bâtiments étant construits au centre d'une cour. Les plans suivants sont moins ambitieux : on oublie les prescriptions trop coûteuses, on diminue le terrain d'assiette en rapprochant les pavillons, on limite l'espace libre intermédiaire et les bâtiments sont construits sur plusieurs niveaux. La construction d'asiles en France,

[28] ESQUIROL. *Des maisons d'aliénés*. Paris : imprimerie Royale, T des M.M-T II, 1817, p446 à 526.

qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés se développe lentement en référence à ces modèles.

- **<u>La vie quotidienne d'un asile</u>** <u>d'aliénés à la fin du XIXèmè siècle :</u> **<u>surveillance, travail, surpopulation</u>**

L'institution asilaire a horreur du vide, elle ne laisse pas une minute au hasard, canalisant chaque instant la folie et la privant de toute initiative. Une majorité d'aliénés est au travail, autant chez les femmes que chez les hommes : ménage, cuisine, lessive, jardinage, boulangerie, réfection des bâtiments, travail à la ferme. L'horaire de travail quotidien est même lourd : une dizaine heures. Le travail est l'un des préalables nécessaires à la sortie. Pour l'institution, il préfigure le retour à une certaine raison et prouve que le malade, une fois sorti, sera capable de subvenir à ses besoins. Les aliénés inactifs se voient transférés dans des quartiers plus pénibles et sont privés d'avantages (tabac, courrier etc.)

Après les repas de midi et du soir, les malades disposent d'une récréation, seul moment de paix relative, pendant lequel les plus calmes peuvent jouer aux cartes, aux dominos, tricoter, se promener dans « *l'enclos* » avant de reprendre leur travail ou de rejoindre les dortoirs. Il est donc simple de comprendre comment, après la restriction des aides financières de l'état, les asiles parviennent à survivre de leurs travaux.

Tous les moments de la journée font donc l'objet d'une surveillance constante impliquant des punitions suite à toutes entraves au règlement (isolement en cellule, rétrogradation à un quartier plus pénible etc.).

Même le contact des aliénés avec le monde extérieur est extrêmement surveillé : le courrier envoyé et reçu est censuré, les visites autorisées se font au parloir ou dans les jardins sous la surveillance des infirmiers. Les sorties et permissions sont rares et de durée variable : rarement plus que la demi-journée, ou la journée. De plus, un aliéné agité peut fort bien se voir refuser, pendant des mois ou des années, toute relation avec l'extérieur.

A cela s'ajoute, comme nous l'avons souligné précédemment, des conditions de vie généralement misérables que la surpopulation des lieux, souvent trop exigus, tend à accroître. Jusqu'en 1844, la Salpetrière ne dispose pas de tables dans le réfectoire et la

vaisselle se limite à des vases en bois aux odeurs infectes. A St Lazare à Marseille, pas de réfectoire, les 150 aliénés mangent dans une cour étroite debout ou accroupis en plein air et ce quel que soit le temps[29]. En 1850 à St Joseph, les aliénés sont encore enfermées dans de petites cellules où la lumière et l'air se font rares. A Dôle, nous notons l'existence de caisses mobiles en guise de cellules, à St dizier, de cavernes taillées dans la roche, à Aubanel les femmes furieuses sont enfermées à 3m sous terre, dans le froid, l'absence de lumière et l'humidité[30]. En 1862 à Rouen, 800 aliénées s'entassent dans des locaux minuscules[31]. Les odeurs sont pestilentielles, les aliénés, dont beaucoup ne sont pas propres, sont concentrés dans de petits espaces insalubres, malpropres, qui quelquefois comme à St Dizier ne disposent pas de lieux d'aisance, ou si les établissements en disposent sont envahis par l'odeur infecte qui s'en dégage.

Seules les maisons de santé privées proposent des conditions de vie qui semblent acceptables et réellement en accord avec toutes les préconisations des aliénistes : propreté des locaux, parcs ombragés, salubrité de l'air etc.

Selon les rapports, un hôpital est cependant un très bon établissement : l'asile d'Auxerre. Le docteur Girard qui en est à l'origine, souhaite apporter aux aliénés tout le confort possible. Girard se questionne sur le quantitatif mais aussi le qualitatif : le nombre de salles de bain nécessaire, les volumes d'air à respecter, la présence de fontaines et leur rôle décoratif donc thérapeutique. Aussi les rapports ventent la qualité de cet établissement en soulignant l'espace généreux accordés aux dortoirs, leur propreté, l'air pur qui y circule, la présence de bains, d'ateliers et de cellules thérapeutiques, la présence de la nature, la bonne surveillance, la régularité sans la monotonie, l'absence de verrous aux grilles.

« *Tout y brille, tout y est coquet, bien aéré ; partout des galeries à colonnes : on reconnaît que Haussmann est passé par là. Les jardins n'ont pas de murs, mais un saut de loup caché par des buissons de roses permettant à la vue de s'étendre jusqu'à un lointain horizon.* »[32]

[29] RIPA, Yannick. *La ronde des folles : femme, folie et enfermement au XIXème siècle : 1838-1870*. Paris : Aubier, 1985.
[30] Id.
[31] Id.
[32] ROUY, Herselie. *Mémoires d'une aliénée*. Paris : P. Ollendorff, 1883.

Les cellules ont même fait l'objet de recherches architecturales et techniques afin d'isoler les hurlements des malades : la forme rayonnante sera retenue afin de rejeter à l'extérieur de l'établissement les nuisances sonores des pensionnaires.

Cette expérience semble être la première aussi soucieuse de l'ambiance des locaux afin de garantir le confort des pensionnaires. Cependant, les rapporteurs qui ne tarissent pas d'éloges sur cet établissement ont omis de signaler que le quartier des gâteuses n'avait fait l'objet d'aucun soin.

« Elles (les cellules des gâteuses) sont carrées, un peu plus longues que le lit en bois qu'elles contiennent. Un fauteuil percé est placé à côté. C'est tout le mobilier. Lit et fauteuil sont scellés au mur. Une cour de la même longueur que la cellule et deux fois plus longue en dépend. Elle est entourée de hauts murs, en sorte que la recluse ne peut absolument rien voir, ni être entendue de personne. Elle ne peut qu'entendre les cris de frénétique souffrance, de fureur indicible de ces malheureuses voisines. Rien n'est plus affreux. Deux de ces cellules sont disposées de manière à attacher la femme sur le lit et sur le fauteuil et à y faire à volonté l'obscurité la plus complète. Il y a de quoi rendre furieuse la plus douce et la plus calme… De quoi pousser au suicide. » [33]

Aussi, malgré quelques préconisations novatrices pour l'époque, nous pouvons nous interroger sur l'authenticité des questions relatives à la qualité des espaces, des préoccupations de certains facteurs ambiants dans les asiles du XIXème, la dureté des conditions de vie des aliénés étant proportionnelle à leur état psychique : plus un malade est agité, plus il est considéré comme encombrant et moins les établissements semblent se soucier de ses conditions de vie.

- **Pauvreté architecturale des établissements types, paradoxe du jardin entre agrément et ordre moral**

La loi de 1838, qui exige la construction d'un établissement par département, aboutit à une certaine médicalisation de la folie. Pour la première fois, les aliénés ne sont plus considérés comme des hors la loi mais comme des malades. On s'intéresse non seulement à leur « liberté individuelle » mais aussi à l'efficacité « thérapeutique » de l'institution.

[33] ROUY, Herselie. *Mémoires d'une aliénée*. Paris : P. Ollendorff, 1883.

Parchappe[34], successeur d'Esquirol prend en charge l'élaboration des préconisations pour les constructions d'établissements spécialisés dans l'accueil des malades mentaux. De cela émerge un système rigide que l'on met en œuvre de façon systématique, sans même prendre en considération le lieu d'implantation. Cependant, Parchappe se questionne sur l'aménagement intérieur des asiles. En ce qui concerne le lieu d'implantation, il doit être « *vallonné, à proximité d'une rivière, où l'on respire à l'aise.* » Le jardin est un lieu de promenades et de repos, de distraction pour les mélancoliques, de détentes pour les agités convalescents, un lieu d'efforts, d'attention, de soumission à un ordre. Sarcler occupe l'esprit et cette occupation le détourne de ses idées fixes. De par sa composition, sa beauté, son organisation, le jardin est aussi un moyen de dissimuler le caractère carcéral de l'établissement. Les sauts de loup donnent à l'aliéné l'impression de ne pas être enfermé, car il a vu sur l'horizon, en opposition aux grands murs de pierres qui auparavant lui bouchaient la vue.

« *La cage existe bien mais elle a été dorée* » Dagron[35]

Parchappe souligne aussi que « *l'ordonnance, la symétrie et la beauté de l'ensemble* » contribuent à la cure.

Aussi, le bilan des établissements construits en Europe pendant la 2ème moitié du XIX et au début du XX est très décevant. En effet, les établissements sont loin des centres, dans des régions rurales où la communication reste difficile. Les bâtiments sont massifs, impressionnants comparables à des prisons ou des casernes dont le style architectural traduit le désir qu'avaient les constructeurs du XVII « *d'impressionner et de terrifier les sujets du prince. Le visiteur se sent amoindri, impuissant, inexistant ; ce sentiment ne peut donc qu'exalter chez le malade toute tendance à l'évasion et l'inciter soit à détruire cet objet effrayant ou les parties qu'il peut détériorer, soit à sombrer dans une soumission apathique.* »[36]. Chaque établissement « accueille » énormément de lits, tous semblables, les espaces intérieurs se caractérisent par l'absence de meubles, des murs de couleurs sombres, tristes et uniformes, de petites fenêtres haut placées avec des barreaux et souvent sales. « *(…) plan rigide le long d'une série de corridors géométriquement alignés à partir d'un centre. Il s'ensuit que le malade a de la peine à s'orienter ; lorsqu'il quitte la salle et se met à errer dans les corridors, rien dans la*

[34] PARCHAPPE. *Principes à suivre*. Rapport, 1851.
[35] DAGRON. *Des aliénés et des asiles d'aliénés*. Rapport, 1875.
[36] BAKER, DAVIES, SIVADON. *Services psychiatriques et architecture*. Genève : Cahier de Santé Publique, OMS, 1960.

forme ou le plan du bâtiment ne lui permet de distinguer sa salle des autres ; en outre les arrangements intérieurs de toutes les salles sont, en général, si semblables que le malade transféré dans une nouvelle salle pour des raisons thérapeutiques n'a pas du tout l'impression d'un changement ».

L'ambiance sonore se caractérise par les « *cliquetis des clés entre les mains des surveillants* »[37] et les cris des pensionnaires souvent amplifiée par l'absence de mobilier et la mise en oeuvre de matériaux, de revêtements non absorbants.

« *Les matériaux utilisés dans la construction et la décoration sont parfois peu satisfaisants à d'autres égards ; les parquets de bois sont courants dans beaucoup d'hôpitaux anciens. Certains hôpitaux plus modernes sont fréquemment décorés avec des matériaux extrêmement durs : plâtre durci, peinture brillante, carreaux de céramique, revêtements durs. Les anciens hôpitaux à sol parqueté sont difficiles à tenir propres et risquent de dégager une odeur désagréable. Quant à l'emploi de matériaux ultra durs sur de grandes surfaces – murs, plafonds ou planchers - il aboutit à rendre le bâtiment des plus bruyant.* »[38] p 51.

Une odeur pestilentielle règne à cause de l'insuffisance des installations sanitaires et de l'incontinence de nombreux malades. Le malade n'a pas d'intimité, ni même la possibilité de s'isoler et pourtant se trouve plongé dans une grande solitude.

« *Perdu dans la masse des malades, le sujet n'a aucune occasion de nouer des amitiés.* » (…) « *Les salles « ouvertes » dans lesquelles vivent les malades sont en général de très grandes pièces à haut plafond, qui contiennent de petits boxes destinés à assurer un certain isolement, mais sans aucune pièce qui correspondant aux proportions normales d'un logement, puisse permettre à de petits groupes semi-familiaux de pensionnaires de s'asseoir et de manger ensemble dans une atmosphère détendue. Il est donc très difficile pour le malade de s'orienter dans l'espace. (…) En fait, la manière dont les malades sont installés dans les hôpitaux psychiatriques existants a pour objet délibéré d'empêcher la formation de groupes et de maintenir à tout moment les pensionnaires à portée de regard des infirmières.* »[39]

[37] BAKER, DAVIES, SIVADON. *Services psychiatriques et architecture*. Genève : Cahier de Santé Publique, OMS, 1960.
[38] Id.
[39] Id.

A la fin du XIXème siècle, plus grave que cette pauvreté architecturale est la dégradation de la politique d'assistance. Les capitaux, de plus en plus faibles, accordés à ce secteur médical ne permettent plus d'assurer l'entretien des bâtiments existants. Les « fous » sont oubliés, leur survie est assurée par leur propre travail à l'intérieur de l'asile. Cependant, les prémices de l'asile village se construisent peu à peu.

- **Retour d'une approche sensible**

En 1896, le docteur Marandon de Montyel, médecin des asiles de la Seine critique les asiles français et les compare à des « fabriques d'incurables » et vente le système de « l'open door » que l'on voit apparaître en Ecosse : les portes ne sont pas fermées, les pensionnaires, quelque soit leur sexe, prennent leur repas ensemble, disposent de distractions (théâtre, salle de café avec des livres et des journaux), travaillent le matin et se promènent l'après-midi.

Ce médecin met l'accent sur l'influence de l'environnement architectural.

« Le *milieu, quoi qu'on dise, a une influence énorme sur l'aliéné* ». (…) « *Le délire alimente les moindres incidents extérieurs qui se trouvent en conformité des dispositions psychiques morbides… Non, il n'est pas douteux que la question de milieu ait une importance considérable et c'est pourquoi l'open door comporte une modification profonde des dispositions architecturales des établissements d'aliénés. (…) Les dispositions intérieures de ces établissements n'auront aucun cachet spécial, rien qui indique le caractère particulier des habitants, mais au contraire, l'aspect d'habitations ordinaires.*[40] »

En 1903, dans son rapport Sérieux défend le système de *l'open door*. Il explique qu'en Allemagne, dans l'asile d'Alt-Scherbitz, l'esthétique, les canons architecturaux ne sont pas au centre des préoccupations, ce sont les besoins des malades, les besoins thérapeutiques qui sont centraux.

« *Partout, aussi bien à la colonie qu'à l'hôpital central, se manifeste, la préoccupation d'écarter tout ce qui pourrait rappeler une maison de détention, voire une caserne. L'art architectural tient peu de place : on pense moins à la symétrie du*

[40] MILLOT, Patrice. *Espace thérapeutique en architecture hospitalière psychiatrique, à propos de la conception d'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais par Rayneau.* Thèse de doctorat en Médecine. Tours : faculté de médecine de Tours, Université François Rabelais, 1979.

plan, aux perspectives majestueuses, aux constructions monumentales qu'aux exigences du traitement des diverses catégories de malades. On s'ingénie à procurer aux malades, la plus grande liberté possible. Point de ces quartiers, tous bâtis sur le même modèle, symétriquement disposés, flanqués d'un préau rectangulaire ; point d'enceinte de clôture élevée, de galerie couverte, point de barreau aux fenêtres, point de saut de loup. Les pavillons composant L'asile central sont tous dissemblables »[41].

En France un établissement y est similaire, celui de Fleury les Aubrais. Rayneau, le médecin de cet établissement observe les bénéfices qu'offre la liberté aux pensionnaires[42]. En effet il note que l'agitation, la violence, les vociférations étaient permanentes dans les hospices d'Orléans, alors que dans cet établissement les pensionnaires sont relativement calmes, en ce sens que l'agitation et les cris font maintenant partie de l'exception et que lorsqu'elle se produit, celle-ci ne dure pas longtemps. Autant de chose qu'avaient pu observer les psychiatres qui ont voyagé en Suisse, en Allemagne ou en Autriche. Plus tard, après la guerre, Rayneau fait l'expérience innovante de mélanger les aliénés entre eux et en retire une expérience positive mais cela cessera rapidement suite à une inspection générale en 1923 qui s'y oppose.

Pour les enfants, le rapport d'inspection des asiles de 1875 déplore que seule une douzaine d'asiles psychiatriques ait réservé un quartier spécial aux enfants. Mais encore faut-il ne se faire aucune illusion sur l'état de ces services surencombrés, insalubres et sans équipement. C'est pourquoi l'asile-école que Bourneville organise à l'échelle de son service est exemplaire et sera repris dans quelques asiles dans les premières années du XXème siècle. « *Une bonne installation de locaux bien aérés, une nourriture non seulement saine et abondante, mais encore appropriée à la voracité de certains, l'hydrothérapie, la gymnastique, la marche, les promenades aux environs, constitueront le traitement hygiénique* ». Le traitement médico-pédagogique prôné par Bourneville, en 1889 est synthétisé ainsi : « *L'éducation s'appliquera au développement des facultés qui restent aux idiots : par les leçons de choses, les exercices de reconnaissance d'objets plus ou moins communs, l'enseignement du dessin, de la musique, on exercera*

[41] MILLOT, Patrice. *Espace thérapeutique en architecture hospitalière psychiatrique, à propos de la conception d'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais par Rayneau*. Thèse de doctorat en Médecine. Tours : faculté de médecine de Tours, Université François Rabelais, 1979.

[42] Il faut savoir que le projet de Rayneau est une réalisation neuve en ce sens que l'établissement n'a pas dû s'adapter à un bâtiment existant mais a bénéficié d'une réflexion à la base.

leur sens, leur mémoire et, jusqu'à un certain point, leur jugement ; en les habituant à la douceur, à la propreté, à une action commune, on les disciplinera, on développera leur volonté et on relèvera sensiblement leur niveau moral. »[43]

- **Diversification des facteurs ambiants pris en considération**, même si l'approche reste le plus souvent technique

Peu à peu l'asile s'ouvre vers l'extérieur et prend le nom d'hôpital psychiatrique. En 1935, Raynier et Lauzier publient leur rapport sur la construction et l'aménagement de l'HP et des asiles[44] et préconisent l'établissement « *en services médicaux autonomes des pavillons indépendants, de population restreinte qui doivent répondre aux exigences hygiéniques et thérapeutiques des malades auxquels ils sont destinés, tout en leur assurant le maximum de bien-être et de liberté compatibles avec leur sécurité* ».

Ces principes s'inspirent de ceux de Rayneau, médecin de Fleury les Aubrais. L'accent est mis sur la salubrité et l'hygiène du terrain d'assiette : terrain vaste, pas d'humidité, pas de routes fréquentées à proximité, éviter le passage de voies de chemin de fer et des cours d'eau, éviter les bas-fonds et les sommets des collines, favoriser les versants sud, se mettre à l'abri des vents dominants, préférer en dehors des agglomérations, accessibilité du terrain, s'éloigner de tout établissement « bruyant, incommode, insalubre, dangereux », éviter le voisinage d'un cimetière, d'écoles, de casernes, de débits de boisson, pas de vue directe sur la rue dans le cas d'un établissement urbain.

Au niveau de l'orientation, les auteurs soulignent qu'en France, on favorise l'orientation Est-ouest, grand axe nord-sud pour l'hygiène (beaucoup de lumière). Quelquefois, le grand axe des habitations est de l'est à l'ouest ou encore mieux sud/sud-ouest pour la façade principale. Lorsqu'on est exposé aux vents d'ouest, le grand axe est alors Ouest/nord-ouest à est/sud-est. Les surfaces ensoleillées sont réservées pour les locaux des malades et dans certaines régions comme le Midi, on aménagera des protections solaires extérieures. L'exposition nord sera réservée pour les locaux de services, les annexes, les laboratoires. Pour les escaliers les matériaux sont retenus en fonction de la sécurité. On ne met pas de bois pour éviter les incendies. L'hygiène est toujours au

[43] BOURNEVILLE, Désiré Magloire. *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. Rapport fait au congrès national d'assistance publique – Session de Lyon – Juin 1894*. Paris : Alcan, N°4, 1895. (Biblio. D'Education Spéciale).

[44] RAYNIER, LAUZIER. *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*. Paris : Peyronnet, 1935.

premier plan : bien aérés et bien éclairés. Ici le facteur sonore est évoqué afin de faciliter la surveillance : « *Il sera bon également de fermer à chaque extrémité l'accès de l'escalier par une porte à vitres incassables (avec espace vide prés du plafond permettant la perception des bruits de l'étage), qui peut être préférable à la porte à claire-voie* »[45]. Pour les couloirs, même chose, le but premier est de faciliter le nettoyage.

« *L'éclairage, la ventilation des escaliers et couloirs seront normalement assurés par des baies suffisantes. Leur chauffage participera aux bonnes conditions des installations générales de l'établissement.* » L'aération est encore un élément central : « *Tous les locaux, principalement ceux occupés par les malades seront largement aérés. Toutes les pièces sans exception prendront jour directement sur l'extérieur.* »[46]

Le chauffage et la ventilation font l'objet d'une approche très technique. En effet, le mauvais fonctionnement de la ventilation artificielle implique d'assurer la ventilation de façon naturelle : fenêtres bilatérales avec ventouses d'appel pour éviter les brusques refroidissements. Donc la notion de confort est tout de même bien présente sur ce point précis car la technique de ventilation sera choisie en fonction des malades selon s'ils fument, s'ils sont sans cesse alités.

L'auteur expose les différents procédé de chauffage : par circulation de vapeur d'eau à basse pression ; vapeur à haute pression ; combiné avec ventilation par insufflation d'air chaud ; par le sol ; par les parois ; par l'électricité. Dans la disposition des appareils de chauffage est pris en compte les facilité de nettoyage des appareils, certains appareils (calorifères ancien modèle à air chaud) ne seront plus utilisés car ils transportent des poussières. La température souhaitée est estimée à 18° et 20° pour les salles de bains. Mais certains quartiers d'affaiblis peuvent bénéficier d'un circuit particulier et de températures un peu plus élevées.

Le maximum de lumière naturelle est préconisé.

[45] RAYNIER, LAUZIER. *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*. Paris : Peyronnet, 1935.
[46] Id.

« *Les salles des malades réclament le maximum de lumière ; elles doivent être largement éclairées et ensoleillées dans toutes leurs parties. La surface d'éclairage naturel dans une salle de malades devra atteindre 3m²50 par lit.* »[47]

L'éclairage artificiel fait l'objet d'une approche très technique qui ne semble pas motivée par la perception que les malades peuvent avoir de l'éclairage. Seul rentre en compte visiblement la fonctionnalité, peut-être le confort en ce qui concerne la quantité d'éclairage dispensée dans les divers locaux et la sécurité (éclairage de secours).

« *La nuit une veilleuse de couleur branchée sur interrupteurs spéciaux, sera maintenue dans les salles.* »[48] Cela est un facteur ambiant indéniable pourtant aucun commentaire n'est fait à ce sujet.

L'isolation phonique fait à son tour l'objet d'une approche très technique, mais pour la première fois une attention particulière est accordée à l'isolation entre les différentes chambres des malades et à la perception usagère.

« *Le seuil de la sensation est 0 phone, le seuil de la sensation douloureuse est 130 phones.* »[49]

Les revêtements muraux sont choisis en fonction du souci de l'hygiène. Aucune ornementation susceptible de former des saillies n'est envisageable, de manière à ne pas entraver la facilité ou le bon nettoyage des locaux (pas de saillies, intersections murs/plafonds arrondies, arrêtes de murs arrondis).

« *Tout dans la construction doit tendre à rendre l'établissement aussi salubre que possible, à l'extérieur comme à l'intérieur.* » (…) « *On proscrira les moulures, les niches, les poutrelles apparentes, les lambris, les cimaises et les plinthes en bois servant facilement de refuges aux parasites. La menuiserie aussi réduite que possible sera simple, sans moulures. La décoration sera très sobre et revêtira le caractère pictural plutôt que le caractère sculptural et l'on pourra retenir l'usage de plâtres alunés qui ont la dureté du ciment et se prêtent bien à la peinture.* »[50]

La disposition des revêtements se fera aussi en fonction de l'hygiène, pour faciliter le nettoyage (céramiques sur une hauteur de 1,60m…). Par rapport aux matériaux mis en

[47] RAYNIER, LAUZIER. *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*. Paris : Peyronnet, 1935.
[48] Id.
[49] Id.
[50] Id.

œuvre que Raynier et Lauzier préconisent, ces derniers regrettent l'excès de sonorités du béton, soulignent le caractère isolant contre « *l'humidité, les variations thermiques et le son* » des agglomérés.

« *D'autre part, on se bornera à indiquer que s'il est évidemment déplacé de rechercher le luxe et s'il y a lieu de bannir le monumental, on ne doit pas faire fi absolument du point de vue esthétique parfois négligé dans la réalisation de certains asiles, étant donné qu'il est possible sans pour cela charger les devis de dispositions coûteuses, de concevoir les façades dans un style régional et dans un caractère intime, sobre et très clair, qui reflète, avec le confort, la grande simplicité de la distribution intérieure. En ce sens et en tenant compte des possibilités locales on signalerait encore les effets ayant pu être obtenus par un choix judicieux des enduits, mouchetis et revêtements extérieurs. Certains de ces revêtements ont pour eux leur aspect séduisant, leur facilité d'entretien et leur résistance aux intempéries.* »[51]

Donc l'esthétique a aussi sa place, mais, et c'est très indicateur, cela est abordé après toutes les autres considérations. Chaque quartier doit disposer d'une grande cour-jardin.

Leurs disposition et aménagement sont élaborés de façon à ne pas entraver la surveillance (ni redents, ni saillies des bâtiments donnant sur la cour accessible aux malades).

« (…) *donnant sur le panorama le plus étendu et le plus riant possible, plantée d'arbres d'agrément à haute tige, pourvues d'ombrages et de bancs, sans vues sur les cours voisines, et offrant au minimum suivant Parchappe une surface de 50m² par individu.* » (…) « *Les cours des différents quartiers gagneront de même à posséder un abri, permettant aux malades de demeurer dehors même par pluie ou mauvais temps. Cet abri ne doit pas être constitué par une galerie couverte adossée aux salles de malades, disposition qui présente entre autres, -on peut s'en rendre compte trop souvent,- le grave inconvénients de priver les locaux d'air et de lumière et de les maintenir dans une obscurité aussi triste que peu saine. Il pourrait être constitué de petits kiosques en ciment armé, se prêtant sans trop grand frais à l'adoption d'agréables modèles.* »

[51] RAYNIER, LAUZIER. *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*. Paris : Peyronnet, 1935.

Pour les dortoirs communs et chambres individuelles, l'aménagement est réglé en fonction de l'hygiène, pour la bonne circulation de l'air. Les préconisations relatives aux fenêtres visent à éviter « *les barreaux et les grilles extérieures qui ont tant contribué à donner inutilement aux locaux un aspect désagréable ou choquant de lieu de « répression »* »[52]. Les sonneries sont abordées sans aucun souci d'ambiance.

1942, Balvet, au congrès de Montpellier explique que selon lui seule l'appellation de l'asile a changé, sous-entendant que le fond reste le même. A cette même époque l'asile village intéresse la plupart des psychiatres et « l'adjonction de l'institution psychiatrique à l'hôpital général » les divise, en ce sens que certains comme Lauzier souhaitent cette évolution et d'autres comme Le Guillant la refusent. Ce dernier expliquera même ceci : « *L'atmosphère hôpital n'est pas seulement inadaptée aux états, si nombreux, où les mécanismes affectifs, jouent un rôle important, aux convalescents, aux chroniques. Elle entraîne, en quelque sorte, nécessairement, un désintérêt, une négligence des activités psychothérapiques rééducatives, moins concrètes, plus délicates, et exigeant davantage du personnel* »[53].

Beaudoin et Raynier[54] dans leur rapport sur l'assistance psychiatrique Française, soulignent l'importance de « *lutter contre le cadre artificiel de l'hôpital psychiatrique* », de par « *son règlement routinier, ses mornes corvées, les uniformes du personnel, la tenue négligée des malades, le bruit agaçant des clefs, l'affreuse cour, le désœuvrement, l'ennui* ». Comme réponse à cette pauvreté, ce cadre inhumain, ils préconisent des établissements au « *caractère compréhensif, sympathique, souple et vivant, en sériant les malades dans une « chaîne » d'unités de soins ou des services de réadaptation de façon que le médecin ait à sa disposition toute une gamme de « climats psychothérapiques* » allant de l'isolement à un milieu se rapprochant autant que possible de la vie normale.

Sans pour autant détailler ce qu'ils entendent par « *climat* », on voit bien ici qu'ils sentent bien la complexité de ce terme lorsqu'ils expliquent que ce n'est pas codifiable.

[52] RAYNIER, LAUZIER. *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*. Paris : Peyronnet, 1935.
[53] LE GUILLANT, L. *Remarques à propos de la reconstruction de l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire*. *In* l'inf. Psychiatrique, n°2, 1946.
[54] RAYNIER et BEAUDOIN. *L'assistance psychiatrique Française*. Melun : Presse de l'imprimerie administrative, Volume 1, 1949.

Ainsi, Beaudoin et Raynier parlent d'ambiance ; pourtant, leurs préconisations exposent très peu de facteurs ambiants, pas plus que dans les rapports précédemment cités.

Au niveau du style et des normes de construction, il semble important de laisser le style administratif des prisons, des établissements d'enseignements, des hôpitaux et de respecter le style architectural local pour que le bâtiment s'insère au mieux dans son environnement bâti.

La dimension sonore semble être une des approches les plus sensibles de ce rapport. En effet, les nuisances sonores de lourdes clefs omniprésentes dans ce type d'établissement, sont soulignées et on tente de les supprimer grâce à la mise en place de petites clefs à usage multiple. Les matériaux de construction sont isolants, les escaliers sont encloisonnés dans des murs assurant une bonne isolation.

La propreté et l'hygiène sont encore au centre des préoccupations et ici abordées de façon très technique : le siphon hydraulique, le tout à l'égout, les fosses septiques apportent du confort aux pensionnaires mais ne résolvent pas tous les problèmes.

Des matériaux sont proposés (carreaux, ciment, terrazolithe, linoléum) en tant que matériaux facile d'entretien, lavables. Il en va de même pour le mobilier.

Un nouvel élément est la bibliothèque, qui apparaît ici comme génératrice du lien social, car lorsque les malades sont dans la bibliothèque, le personnel peut les observer et entrer en contact avec eux.

- **Diversification des thérapeutiques transformant l'ambiance des établissements. Mise en place d'une approche sensible**

Il faut attendre après la seconde guerre mondiale pour que l'architecture des hôpitaux psychiatriques se transforme de façon importante. Jusque là les asiles restent inchangés mise à part l'agrandissement qu'ils subissent pour répondre à l'augmentation de la population prise en charge. Il est clair que les grandes transformations que connaissent les hôpitaux vont de pair avec les modifications que connaît la psychiatrie. En effet, en ce début de siècle apparaît la sociothérapie : désormais le traitement doit s'appliquer à palier les symptômes mais aussi à rétablir les liens du malade avec le monde extérieur. Ainsi diverses structures se développent pour accueillir les malades et répondre aux

exigences du secteur comme précédemment et aux attentes thérapeutiques (hôpitaux de jour, dispensaire etc.).

En 1950, les thérapies psycho-pharmacologiques transforment l'ambiance asilaire. Maintenant les plus agités, parfois même les plus violents peuvent bénéficier de telles thérapies. Désormais en parallèle avec l'évolution de la psychiatrie[55], la dimension sociale dans les établissements prend de plus en plus d'importance. L'hôpital village doit être un moyen de favoriser la réinsertion sociale : les murs d'enceinte sont détruits et la psychiatrie se tourne vers l'extérieur. La vie en communauté est favorisée, l'hôpital affiche l'image d'un petit village avec des espaces de loisirs, de rencontre, ses circulations sinueuses, ses bâtiments espacés, ses jardins etc. Dans les 50', l'hôpital village se développe et cette fois-ci à grande échelle. Mais l'hôpital-village est vite critiqué, on lui reproche sa ruralité, sa ségrégation, la trop grande importance du cadre au détriment de l'aspect relationnel puisque le malade semble toujours isolé mais cette fois-ci dans une petite société qu'est l'hôpital village. En somme tout ce qui aurait été révolutionnaire un siècle auparavant semble aujourd'hui obsolète.

Puis, c'est l'émergence des méthodes biologiques et psychologique (ergothérapie, psychomotricité, ateliers…) qui vont impulser de nouveaux changements. On prend désormais en compte la réadaptation sociale, les méthodes biologiques étant chargées de la réadaptation des symptômes. C'est l'OMS qui en 1960 expose les nouvelles normes de ces établissements : « *L'architecture des hôpitaux psychiatriques est actuellement révolutionnée par l'idée nouvelle que nous nous faisons de leurs fonctions. Les conséquences que compte ce changement de fonctions n'ont pas toujours été comprises, même au cours des récentes années. Les architectes doivent avant tout se rendre compte que les bâtiments psychiatriques ne doivent plus être conçus de manière à faciliter le contrôle et la surveillance par un personnel restreint. Ce qu'il nous faut désormais c'est une ambiance qui aide les médecins et les infirmières à restaurer la santé des malades. Le personnel de l'hôpital s'efforce de créer un milieu thérapeutique et l'archi doit, elle aussi, y contribuer.* »[56]

La psychiatrie connaît de grands changements tant sur le plan de sa pratique que sur le plan de son architecture. C'est la naissance des secteurs. Les conceptions d'hôpitaux se

[55] On découvre l'importance des facteurs sociaux dans les origines de la maladie mentale.
[56] BAKER, DAVIES, SIVADON. *Services psychiatriques et architecture*. Genève : OMS, 1960. (Cahier de Santé Publique).

caractérisent par des pavillons dispersés, en réponse au refus de l'image carcérale et concentrationnaire des asiles, mais l'on remarque que les établissements sont toujours coupés de la ville.

Racamier[57] (1957) a travaillé sur le comportement des malades mentaux dans l'espace.

« *L'activité stéréotypique survient chez les schizophrènes dans un espace qui, tout en invitant à l'action, rend cette action impossible* ».

Selon lui, les interminables déambulations des malades très souvent observables en hôpital psychiatrique et les stéréotypies sont liées à des situations ambiguës. Par exemple, si le sujet se trouve face à une fenêtre en trompe l'œil, celui-ci pense qu'il a la possibilité d'ouvrir la baie, alors qu'il n'en est rien puisque celle-ci n'est pas réelle. Il en va de même pour une porte fermée à clef, une porte permettant d'accéder à un local réservé à l'équipe soignante par exemple.

L'OMS dans les cahiers de santé publique de 1960[58] prévoit les normes pour la modernisation des anciens établissements mais rien n'est stipulé quant à la création de nouveaux établissements. L'OMS rejette l'asile carcéral et présente des préconisations concernant la réhabilitation de ces derniers. Désormais, la fonction de l'hôpital psychiatrique a changé et, par conséquent, les dispositifs architecturaux doivent s'en ressentir. Hors l'OMS souligne le fait que ces changements n'ont pas toujours été intégrés. En effet, l'architecture des hôpitaux psychiatriques ne doit plus se faire en fonction des besoins de contrôle et de surveillance des malades.

« *Le choix de l'emplacement revêt une importance capitale (…). On évitera les zones incultes et désolées, qui nuisent à l'instauration d'une ambiance thérapeutique et rendent impossibles les travaux agricoles, pourtant salutaires pour beaucoup de malades* »[59].

A de nombreuses reprises, l'OMS parle clairement d'ambiance mais sans pour autant en préciser les caractéristiques.

[57] RACAMIER, P. C. *Introduction à la sociopathologie des schizophrènes hospitalisés*. *In* Evol. Psychiatrique, n°1, 1957, p. 47-94
[58] BAKER, DAVIES, SIVADON. *Services psychiatriques et architecture*. Genève : OMS, 1960. (Cahier de Santé Publique).
[59] Id.

« *Ce qu'il nous faut désormais, c'est une ambiance qui aide les médecins et les infirmières à restaurer la santé des malades. Le personnel de l'hôpital s'efforce de créer un milieu thérapeutique et l'architecture doit, elle aussi, y contribuer* »[60].

Il semble que le rôle ambiantal du personnel prenne de plus en plus d'importance. Jusqu'à présent dans les divers rapports, il est rare que ce facteur soit abordé, alors qu'il est évident que c'est une dimension importante de l'ambiance d'un service. Le personnel doit lui-même intégrer ces préconisations, y adapter son comportement pour améliorer les conditions de prise en charge des malades. Ainsi, on lit : « *Pour améliorer les hôpitaux anciens on devra procéder par étapes. (…) il est indispensable de modifier l'attitude du personnel médical avant de transformer le bâtiment lui-même. Il faut que les médecins et leurs auxiliaires comprennent et approuvent les changements que l'on se propose d'apporter aux méthodes thérapeutiques et aux relations avec les malades.* »[61] Dans le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, en 1956 à Bordeaux, Jacques Bouquerel soulignait l'importance des équipes en disant « *Elles seules sauront créer dans ces murs neufs l'ambiance réadaptative qui en fera un véritable « instrument de guérison* » »[62]. Désormais les maîtres mots ne sont plus ordre et pouvoir mais bien souplesse et diversité des locaux.

Il semble donc que l'OMS prône les dispositions architecturales proches, dans une certaine mesure, de celles de l'architecture domestique. Cependant l'OMS rappelle qu'un hôpital psychiatrique n'est pas une maison et de plus, que celui-ci a un but social. Aussi l'architecture des lieux doit trouver le juste milieu entre « *le confort et les aménités d'un milieu semi-domestique* » et la dimension sociale qu'il doit traduire. L'OMS affine ses préconisations en abordant l'aménagement des espaces intérieurs, les proportions, les matériaux, les couleurs etc. Chaque malade doit posséder son mobilier : un placard, des étagères pour ses affaires personnelles. Désormais, le discours semble beaucoup plus généreux que dans les rapports exposant les préconisations des aliénistes. En effet, ces recommandations semblent réellement destinées à assurer le confort et le

[60] BAKER, DAVIES, SIVADON. *Services psychiatriques et architecture*. Genève : OMS, 1960. (Cahier de Santé Publique).
[61] Id.
[62] BOUQUEREL, J. *Les problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique. Rapport d'assistance. Congrès des médecins aliénistes et des neurologistes de France et des pays de langue française à Bordeaux*. Paris : Masson et Cie, 1956.

bien-être des malades et non plus jouer à faire semblant, répondre à des besoins de représentation.

« *Dans les parties de l'hôpital où les malades dorment, prennent leur repas et se reposent, il importe que les locaux se caractérisent par l'harmonie de leurs proportions et de leurs couleurs et que les matériaux utilisés soient agréables. Le bois naturel, la laine et le cuir plaisent dans tous les pays : ce sont des matières que les gens aiment à regarder et à toucher.* »

De la même façon que dans les précédents rapports de préconisations, l 'OMS s'attache à de nombreux facteurs ambiants tel que l'éclairage, le chauffage, l'aération, l'acoustique etc. mais de façon très technique. Seul l'éclairage naturel, les couleurs et l'éclairage artificiel bénéficient d'une approche sensible le plus souvent étayée par les résultats de recherches. En effet, l'OMS explique que diverses recherches en Grande Bretagne et en Suède[63] depuis les années 50 environ ont permis de mieux connaître l'influence des couleurs et de l'éclairage naturel sur l'humain. D'où le simple ton de recommandation lorsque l'OMS préconise : « *Dans les salles de malades mentaux, la lumière et la couleur devraient assurer un degré de variété et de contraste. Variété et contraste ont une valeur stimulante, contrairement aux éclairages uniformes et aux teintes pastellisées. En revanche si le contraste est excessif, l'éclairage et les couleurs peuvent provoquer l'éblouissement* »[64].

En ce qui concerne l'éclairage artificiel, l'OMS se base sur-des travaux subjectifs sur les effets de la qualité de l'éclairage artificiel sur les êtres humains pour préconiser un équilibre entre effet stimulant de contraste et le risque d'incommodité et d'éblouissement. Non seulement l'OMS a une approche sensible des espaces de prises en charge par rapport au malade mais considère ce dernier comme une personne susceptible d'agir sur celui-ci et désire lui en donner les moyens puisqu'elle désire que les malades puissent « transformer leur cadre de vie » que ce soit au niveau de la décoration, des rideaux, des écrans mobiles. Pour la première fois le malade est considéré comme un sujet actant-percevant. Le vocabulaire employé a lui aussi beaucoup évolué, on ne parle plus de zone, d'emplacement mais bien d'espaces.

[63] Nous n'avons trouvé aucune référence de ces recherches.
[64] BAKER, DAVIES, SIVADON. *Services psychiatriques et architecture*. Genève : OMS, 1960. (Cahier de Santé Publique).

L'OMS souligne bien qu'une multitude d'éléments participe à la construction d'un espace, d'une ambiance.

« *Le cadre matériel d'un bâtiment ne dépend pas uniquement de la répartition des espaces mais aussi de facteurs annexes : éclairage, déco, acoustique, aération et chauffage*. »

Ainsi, malgré le fait que certaines préconisations semblent un peu mécanistes, la brochure de l'OMS est tout à fait novatrice. Pour la première fois, les préoccupations relatives aux ambiances se précisent, s'affinent. Cependant les préconisations de l'OMS et son approche sensible des lieux semblent ne pas être intégrées par tous les psychiatres et architectes. Encore trop souvent le vécu du malade, reste absent. Toute l'attention est encore trop souvent accordée à la rationalisation des espaces de soins, au souci de surveillance, aux problèmes relatifs au fonctionnement de l'hôpital.

Dans les années 60, c'est la naissance de la politique de sectorisation de la psychiatrie, visant à diviser le département en secteurs géographiques, à l'intérieur desquels une équipe médico-sociale doit assurer la continuité entre le dépistage de la maladie mentale, le traitement et la surveillance postcure des malades. On assiste à l'éclatement des lieux de la folie et à la diversification des lieux de soins. Sivadon (1966) a travaillé sur le comportement des personnes présentant des troubles psychiques et l'espace. « *Les malades mentaux, comme tous les êtres inquiets et angoissés, recherchent les angles protégés, les situations surélevées, les espaces qu'ils peuvent contrôler du regard. Ils sont angoissés par un espace trop large et inhibés par un espace trop restreint* »[65]. Les maniaques, eux, n'occupent qu'une partie de l'espace.

En 1967, l'ouvrage « Recherches »[66] s'intéresse aux principes d'organisation et aux normes existantes relatives aux établissements accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques. Cette approche reste très technique et s'arrête encore une fois à l'explication de la politique dans laquelle se situent les établissements accueillant les malades (hôpital village / psychiatrie de secteur), les normes actuelles de l'hôpital psychiatrique (emplacement du terrain, parti architectural, normes des locaux). Cet ouvrage justifie l'implantation de l'hôpital-village à l'extérieur des villes en évoquant « *le repos visuel et auditif*» du paysage. Pourtant lorsqu'on connaît l'importance de la

[65] SIVADON, Paul. *Espace et comportement humain. In* Revue Institut de la Vie, n°9, juillet 1966.
[66] *« Recherches » Spécial Programmation architecture et* psychiatrie : Centre d'études, de recherches et de formation institutionnelles. Paris : Fédération des groupes d'études et de recherches institutionnelles, 1967.

taille des hôpitaux village (300 à 600 lits), on émet beaucoup de réserve quant à cette générosité apparente et ce souci d'éléments sensibles.

En réponse à la non adéquation de l'hôpital village psychiatrique implanté en dehors des villes est ainsi présenté un projet d'hôpital psychiatrique urbain de moins de 100 lits (service de secteur à temps plein). Mais là encore l'accent est mis sur des questions économiques, la population prise en charge, la prise en charge des deux sexes, l'organisation détaillée des locaux (surface, fonctionnement, nombre d'enfants accueillis), des normes dimensionnelles (comme par exemple la distance minimale entre le mur et la tête de lit etc.). Ceci étant, le programme de la chambre du malade semble faire l'objet d'une approche sensible particulière : « *La chambre est très simplement le lieu de vie personnelle, intime, du malade, faite pour le lit, la toilette, parfois un repas et une atmosphère tranquille pour écrire une lettre ou lire un livre en se retirant de la vie collective de l'unité de vie. Elle doit offrir une physionomie se prêtant à sa personnalisation par celui qui l'habite, et s'oppose par ce fait, à la standardisation des normes dimensionnelles et à l'atmosphère sanitaire caractéristique de la chambre d'hôpital général.* »

Dans ce même ouvrage, G Ferrand et J.P Roubier, en réponse à l'hôpital-village, expliquent que : « *En d'autres termes, nombre d'hôpitaux psychiatriques village, actuellement réalisés, en arrivent à représenter des « milieux de vie artificiellement conditionnés, certes hautement sécurisant, mais dont on peut se demander s'ils ne le sont pas trop, et si, de ce fait, l'ambiance de l'institution ne contribue pas à une certaine chronicisation des malades. Et, d'ailleurs, on constate que c'est dans de tels établissements que se pose, avec une acuité grandissante, le problème, non pas des risques d'évasions des malades, mais bien celui de leur sortie* ». Est donc soulignée ici l'importance que peut avoir l'ambiance sur les usagers. Ce n'est pas l'architecture des lieux en elle-même qui est thérapeutique. L'hôpital est désormais un contenant et non plus un strict instrument thérapeutique, aussi est-il préférable d'en construire de petites dimensions, dans la ville, pour que les malades soient au sein de la vie réelle et non dans un établissement qui leur offre un milieu de vie artificiel.

- **Humanisation des structures spécialisées**

Le secteur fait apparaître diverses structures extrahospitalières destinées à l'accueil des personnes présentant des troubles psychiques. Ces lieux ne sont pas de véritables hôpitaux, nécessitant de lourds équipements techniques, aussi le travail des concepteurs s'oriente davantage vers l'architecture intérieure, les ambiances, même si ce terme n'est pas utilisé. « *Ces structures ne nécessitant pas d'équipements techniques importants l'essentiel doit être consacré à l'aspect chaleureux et accueillant pour les malades. L'architecture d'intérieur offre une esthétique originale, personnalisée et non standard.* »[67] Désormais les lieux de soins prennent exemple sur la maison, la résidence, tant sur le plan de la taille de la structure que sur son architecture extérieure et intérieure. Les travaux de Freud bousculent la psychiatrie et mettent la relation du médecin et du malade au centre des préoccupations si bien que le cadre bâti passe en arrière plan.

En 1972, en réponse à l'ampleur des besoins hospitaliers, le Ministère de la Santé Publique organise l'industrialisation de prototype de modules de petites tailles : les unités de soins normalisées dont les U. S. N. de psychiatrie pour malades mentaux adultes à l'exception des arriérés profonds et des déments, principalement destinées à compléter les établissements hospitaliers existants.

Il faudra attendre les années 80 pour qu'on se tourne vers la perception du malade. Patrice Millot[68] (1979) dans sa thèse de doctorat de médecine s'intéresse à la représentation et à la perception qu'un malade mental se fait de son environnement ou plus particulièrement de l'espace. Par exemple il développe le fait que la dimension et la forme des espaces peuvent participer au fait qu'un espace soit sécurisant ou non. En effet il explique que pour une personne extrêmement régressée, l'espace ne doit pas être supérieur à quelques m². Il ajoute « *Un espace que l'on peut tenir sous son regard et où l'on peut reconnaître la nature du comportement de tous les êtres humains qui s'y trouvent, ne peut dépasser 40 mètres de côté.* » Mais ses développements ne sont pas étayés, nous ne savons pas comment l'auteur en arrive à ces conclusions. Puis il propose

[67] DUMOULIN, LEGER, VALVIN. *Architecture psychiatrique contemporaine et design thérapeutique. In* Rev. Française de Psychiatrie, N°1, janvier 1991, Tome 9, pp 20-23.
[68] MILLOT, Patrice. *Espace thérapeutique en architecture hospitalière psychiatrique, à propos de la conception d'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais par Rayneau.* Thèse de doctorat en Médecine. Tours : faculté de médecine de Tours, Université François Rabelais, 1979.

des préconisations quant aux espaces accueillant des malades mentaux, comme, par exemple, le fait qu'un couloir en hôpital psychiatrique qui dessert des espaces de part et d'autres, ne doit pas posséder plus de 5 portes afin que les malades puissent se repérer.

A la question : « comment l'architecture peut-elle participer au soin des malades mentaux ? », Nicole Sonolet [69] (1982), architecte, répond en soulignant le fait que le malade est au centre des préoccupations. Elle cite Sivadon qui explique qu'un lieu sécurisant est un lieu « *familier, exploré, intégré, dont la perception et la représentation est aisée et dont la forme facilite le repérage du comportement des autres* ». Bien que les termes « *familier, exploré, intégré* » ne soient pas définis on sent bien ici qu'il prend en considération ce que dégage les lieux, la perception et la représentation que l'on en a, les formes spatiales et enfin la dimension sociale, les autres. Le même auteur souligne aussi le fait que le malade doit avoir le choix de ses actes « *le malade doit savoir où il va, voir, arriver, pouvoir rester et fuir*. », ce qui sous-entend la nécessaire diversité des lieux et expose ses recommandations qui concernent aussi bien l'extérieur des lieux que l'intérieur. Nicole Sonolet souligne l'importance de la « diversification des espaces », la « clarté des formes et des espaces », l'importance des repères, de la proxémique (même si elle n'emploie jamais le terme), le fait que l'espace et ses caractéristiques peuvent favoriser ou réduire les relations interpersonnelles, le fait que « toutes les caractéristiques physiques et leurs combinaisons doivent stimuler la perception et favoriser la mémorisation », elle parle même de la lumière, de l'ambiance sonore, des matières, des couleurs etc. sans en dire quelque chose de particulier mais seulement pour faire prendre conscience de la complexité de ce qui participe à la création d'un lieu, à l'ambiance même si elle ne prononce pas ce terme.

Dans sa thèse de médecine Pascal Ponsart[70] (1983) s'intéresse aux travaux qui ont été faits sur l'espace psychiatrique et souligne le fait qu'au cours de l'histoire des analyses ont souvent été faites grâce aux transformations des lieux de prise en charge de la maladie mentale. Par exemple de nombreux établissements ont pu observer que la suppression des cellules de très faible surface avait eu pour conséquence la réduction notable de l'agressivité. L'auteur cite Foley, Bill et Lacy qui regrettent que toutes les recherches sur les effets de l'environnement physique sur le comportement soient

[69] SONOLET, Nicole. *Programmation, études architecturales et réalisation d'institutions de soins pour malades mentaux*. *In* Architecture et Santé mentale, 1982, pp 87 – 95

[70] PONSART, Pascal. *Psychiatrie et architecture à la recherche d'un dialogue. Réflexions sur le bâti et essai sur l'institution psychiatrique à la recherche d'un dialogue avec l'architecte*. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, Université de Nancy, 1983.

particulièrement pauvres. On voit bien ici que trop souvent on s'est intéressé aux conséquences de la dimension physique de l'environnement sur le malade et non aux interrelations qu'ils peuvent entretenir. D'autres auteurs comme Leroy, Bedos et Eiguer se sont intéressés à la manière dont les schizophrènes occupent l'espace de leur chambre grâce à leurs objets personnels, à leurs objets du quotidien. Quant à Georges et Willaume, ils ont principalement concentré leur travail sur l'espace du couloir en hôpital psychiatrique. Ils remarquent le fait qu'il est très fréquenté lorsqu'il est large et à proximité des bureaux du personnel et soulignent la grande difficulté de repérage des malades lorsque les caractéristiques des lieux se ressemblent trop.

- **L'hôpital psychiatrique dans la cite**

L'hôpital est désormais implanté dans un paysage urbain et se caractérise par une faible capacité, des aménagements intérieurs répondant à une normalisation plus souple, moins systématique, une architecture de « communication et de contact [71]». Les structures extrahospitalières (centres de consultations, hôpitaux de jour, etc.) se diversifient avec la naissance du secteur et sont intégrées dans le tissu urbain.

Désormais, le but n'est plus de mettre à l'écart cette population mais bien de ne pas la couper de son milieu de vie et favoriser sa réinsertion sociale. Aujourd'hui, même si les hôpitaux psychiatriques subsistent, on note une nette évolution de la qualité des lieux et des conditions de séjour des malades. L'organisation spatiale des structures hospitalières se modifie pour arriver à celle de « l'hôpital bloc » : toutes les fonctions (soin, administration, services etc.) sont regroupées dans un grand complexe unitaire.

Dans les années 90, beaucoup de structures intrahospitalières restent à rénover car les locaux sont vétustes, non conformes aux normes de sécurité et d'hygiène. Mais désormais, le vécu du malade semble au centre des préoccupations. L'humanisation, l'amélioration des lieux d'accueil se poursuit : le nombre de lits est réduit, les dortoirs sont remplacés par de petites chambres pour 3-4 personnes ou même individuelle, le malade a désormais sa place au sein des locaux, son confort et son intimité, on refuse de plus en plus le standard qui tendrait à banaliser les espaces. Parallèlement à ces mesures plus sensibles, nous notons la place prépondérante qu'occupent les normes en vigueur,

[71] SCHOHN, Roland. *Psychiatrie et architecture. Recherches actuelles.* Thèse de doctorat de médecine. Bordeaux : Faculté de médecine de Bordeaux, Université de Bordeaux, 1969.

la sécurité, l'hygiène des malades, la fonctionnalité et la facilité d'entretien dans les outils d'aide à la conception de structures hospitalières. Par exemple, en 1997, le COTEREHOS (Comité Technique REgional de l'Environnement HOSpitalier) de la DRASS Rhône-Alpes[72] propose un fascicule, une aide à la conception et à la rénovation des unités de soins, quel que soit l'établissement de santé. Ce document, mis au point grâce à une équipe pluridisciplinaire d'experts, destiné aux professionnels des établissements de santé et du bâtiment liste et définit chaque étape du montage d'un projet d'établissement de santé et présente principalement des recommandations d'ordre hygiénique et ergonomique. Ce fascicule dénonce l'insuffisance des études de programmes qui s'arrêtent trop souvent aux données fonctionnelles du projet freinant ainsi la qualité des lieux de soins, leur renouvellement et leur innovation. « *Une programmation technique, ne prenant en compte que le fonctionnalisme, analysée par un ordinateur, ne sera à la rigueur qu'une suite de chambres mais jamais un hôpital* ». Cependant, les préconisations semblent principalement relatives au montage d'une opération et aux normes en vigueur. Les usages abordés concernent principalement les soins, en fonction de leur technicité et des normes d'hygiène en vigueur.

Aujourd'hui, en référence au congrès « The architecture of Hospital »[73], nous constatons, à l'échelle internationale, une prise de conscience concernant l'importance de l'architecture hospitalière[74] et la volonté d'améliorer les conditions de prises en charge physiques et mentales des malades, entre autres, en améliorant leur confort, en préservant leur intimité, en diversifiant les espaces communs, les espaces verts. Par conséquent, en prenant en considération la perception que le malade peut avoir des lieux de soins.

Enfin, nous ouvrirons ce balayage historique avec les propos du philosophe Alain Cambier qui lors du colloque « Hôpital – Architecture - Art contemporain » à Lille[75] se questionnait sur la manière dont l'art ouvre les espaces de soins[76] à l'hospitalité. Il est vrai qu'au sein d'une structure hospitalière même si l'équipe soignante est très présente et mobilise beaucoup d'énergie pour le bien être des patients, l'hôpital reste un lieu

[72] COTEREHOS DRASS Rhône Alpes. *Hygiène et Architecture dans les établissements de santé. Aide à la conception et à la rénovation des unités de soins*. Avril 1997.
[73] Congrès international organisé par Foundation 200 years University Hospital Groningen, mai 2005 à Groningen, Pays-Bas.
[74] Bien que l'architecture psychiatrique n'ait jamais été abordée en particulier.
[75] Les 25 et 26 novembre 2004, organisé par le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.
[76] Sachant qu'il s'agit ici de médecine somatique.

inhospitalier, tant son fonctionnement si rationnel amène à des choses irrationnelles[77]. De plus, la maladie remet en question l'ouverture au monde du patient. « *Le monde du malade se rétrécit, se replie sur soi, son expérience kinesthésique s'amoindrit. L'expérience de la douleur s'associe d'un retrait au monde. Notre être-au-monde est mis en dérive et c'est le repli sur soi.* » Aussi, Alain Cambier s'intéresse à la dimension esthésiologique, au lien avec l'expression sensible.

Le malade a, au sein de l'hôpital, une position totalement abstraite, car il se trouve dans un lieu extrêmement standardisé, dont il ne possède pas les codes. L'homme[78] est dépaysé car privé de son espace habituel. Dans le but de diminuer la trop grande rationalité de l'espace hospitalier, le philosophe souligne l'intérêt d'y introduire l'art étant donné sa capacité à y réhabiliter l'espace vécu, le sensible et par conséquent permettre à l'homme de retrouver un « *espace qualifié* ». L'espace hospitalier semble être un espace objet que nous nous réapproprions à partir du moment où l'art s'y introduit.

« *L'art induit un climat car il se signifie d'abord au lieu de signifier quelque chose qui lui est extérieur, par conséquent l'art est accessible à chacun, chacun y est sensible. Nous ne sommes plus dans un espace labyrinthique.* » L'œuvre d'art dilate notre ouverture au monde.

« *L'art n'est pas seulement l'aménagement de l'espace mais c'est aussi la déconstruction symbolique pour mieux habiter celui-ci. L'œuvre n'étant pas un objet, a un fort rapport à l'espace. L'art est la communicabilité de l'expérience esthésiologique. Les formes symboliques de l'art déploient leurs propres formes propices à la communicabilité.* »

De plus, l'expérience esthétique est partagée à partir du moment où les émotions ne sont plus des connaissances privées mais constituent alors un outil de communication. L'art permettrait ainsi de réaménager les relations que le patient entretient avec les soignants, les visiteurs et le personnel administratif. L'homme est alors considéré comme un être qui vit du sens de ce qui l'entoure, comme un existant. L'art transforme l'architecture de l'hôpital en une architecture esthétique, éthique donc humaine. A l'inverse de la psychiatrie, pour la médecine somatique, le malade est un corps mécanique à réparer.

[77] A ce sujet, Alain Cambier relève un certains nombres d'éléments comme par exemple le fait qu'à l'hôpital la maladie et la science sont prépondérantes ; la très grande rationalité administrative et technique de ce lieu neutralise tout et l'approche de l'hôpital est avant tout une approche statistique.
[78] Nous pouvons souligner ici qu'Alain Cambier ne parle jamais du malade mais de l'homme.

Aussi, cette réflexion qui ouvre au monde de la dimension pathique, de l'affect, souligne bien l'importance de la dimension sensible.

Ce balayage historique souligne l'existence d'une incroyable évolution des conditions de prise en charge des malades, de l'architecture psychiatrique et de la prise en compte de la dimension sensible, des ambiances, parallèlement à l'évolution de la psychiatrie comme discipline reconnue, autonome et au dialogue entre la psychiatrie et l'architecture.

Mais qu'en est-il aujourd'hui du dialogue entre la psychiatrie et l'architecture ?

S'est-il développé ?

2- DIALOGUE PSYCHIATRIE ET ARCHITECTURE

Ainsi, depuis fort longtemps, nous avons pris conscience de l'importance de ce dialogue pour l'élaboration de projets d'unités psychiatriques. Cependant, des difficultés de compréhension subsistent entre les professionnels de la santé mentale et les professionnels de la conception. Il n'est malheureusement pas rare, lors de journées d'échanges de constater la difficulté de trouver un vocabulaire propice aux échanges. Les professionnels de la santé mentale ont du mal à accéder aux projections 2D des professionnels de la construction et ces derniers ont du mal à accéder au vocabulaire technique des médecins. A ce sujet, nous pouvons citer premièrement Nelson et Stevenin[79] qui proposent l'élaboration d'un dictionnaire visant à détailler « *en langage clair, architecturalement parlant, certains besoins de la psychiatrie* ». Cependant, dans sa thèse de médecine, Pascal Ponsart[80] critique ce projet, expliquant, à juste titre, que le but est bien de trouver une interrelation possible entre ces deux disciplines et non de trouver des correspondances lexicales. « *Il ne s'agit pas de traduire dans ce cas un mot d'une technicité par un mot d'une autre technicité, mais de permettre le passage d'un*

[79] PONSART, Pascal. *Psychiatrie et architecture à la recherche d'un dialogue. Réflexions sur le bâti et essai sur l'institution psychiatrique à la recherche d'un dialogue avec l'architecte*. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, Université de Nancy, 1983.
[80] Id.

vocabulaire parlé à un vocabulaire construit, ou le passage d'un discours à une tridimensionnalité. »

Deuxièmement nous pouvons évoquer l'expérience remarquable de l'université de Rice au Texas en 1965[81] où un projet de recherche avait rassemblé architectes, psychiatres, internes, étudiants en architecture qui avaient pour objectif de faire un programme psychiatrique et un projet architectural. Cette recherche a relevé de grandes difficultés de communication car les uns verbalisent (les psychiatres) leurs pensées et les autres les visualisent (les architectes). Par exemple, le mot programme équivaut pour les psychiatres au projet d'établissement, aux techniques de traitement et pour l'architecte la mise au point des besoins du projet.

« Pour le psychiatre « conception » renvoyait au plan d'un étage ou d'une façade extérieure, tandis que pour l'architecte il signifiait la prise en compte simultanée des facteurs physiques et psychiques dans l'organisation de l'espace, avec les relations entre les espaces et l'environnement thermique, lumineux, sonore et social »[82].

Ce travail, s'est soldé par un échec, les souhaits des psychiatres ne furent pas satisfaits par les propositions des architectes.

Cependant depuis les années 90, le dialogue entre professionnels de la santé mentale et professionnels de la conception se développe. **Aujourd'hui, les congrès ou colloques sur le thème de la psychiatrie et de l'architecture ou plus largement sur le thème de l'architecture hospitalière favorisent la communication entre ces deux mondes et soulignent l'existence d'échanges, la volonté de partager des expériences, des points de vue.**

Mais, à l'échelle de ce travail, que pouvons nous retenir de ces journées d'échanges ? Existe-t-il des récurrences ? Quels sont les regrets le plus souvent formulés ?

[81] Référence introuvable. Cité dans PONSART, Pascal. Psychiatrie et architecture à la recherche d'un dialogue. Réflexions sur le bâti et essai sur l'institution psychiatrique à la recherche d'un dialogue avec l'architecte. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, Université de Nancy, 1983.

[82] Cité dans PONSART, Pascal. *Psychiatrie et architecture à la recherche d'un dialogue. Réflexions sur le bâti et essai sur l'institution psychiatrique à la recherche d'un dialogue avec l'architecte*. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, Université de Nancy, 1983.

3- QUESTION DE REFERENCES

Peu d'articles d'architecture, de psychologie ou de psychiatrie traitent des questions relatives à l'espace et au sujet pathologique, aussi les congrès ou colloques, peuvent constituer des lieux d'échanges privilégiés. Certaines équipes soignantes présentent leurs expériences relatives aux espaces de leur unité de soins, que celles-ci travaillent ou non avec un architecte. Les présentations les plus intéressantes semblent celles concernant le réaménagement intérieur de quelques espaces. En effet, la plupart du temps, dans ces cas là, les équipes (architectes et soignants) prennent appuis sur les usages et principalement sur les lieux qu'investissent en priorité les patients ou au contraire sur ceux qui ne fonctionnent pas, que les patients ne s'approprient pas. Certaines équipes de concepteur font elles aussi état de leurs expériences. Nous pouvons ici citer Terry Hartig[83], qui souligne l'importance qu'il faut accorder à ce qu'un patient voit depuis son lit d'hospitalisation[84]. Ses études montrent qu'un patient qui, depuis son lit, voit de la végétation a besoin de moins de calmant qu'un autre qui voit un mur en béton. Ou encore Roger Ulrich[85] qui relate diverses expériences réalisées au Etats-Unis visant à améliorer le cadre architectural du patient et à en évaluer les résultats. Par exemple, le fait de réduire au maximum le nombre de malades par chambres, de favoriser les chambres individuelles, d'améliorer la surveillance en plaçant une infirmière entre deux chambres individuelles ou encore de placer en faux plafonds des chambres, des plaques d'isolant acoustique est beaucoup plus coûteux mais, en définitive, beaucoup plus rentable, puisque cela permet, en améliorant le cadre de vie des patients, de réduire les risques d'infections, de chutes, de stress et d'erreurs médicales. Ce qui semble le plus regrettable est que ces manifestations soient les seuls lieux d'échanges. Toutes ces expériences restent disséminées dans les diverses structures hospitalières (spécialisées ou non dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques) et sont rarement partagées, discutées. Aussi, l'élément qui ressort très fréquemment lors des congrès relatifs à l'architecture et la psychiatrie ou plus largement de l'architecture hospitalière, y compris dans le dernier appel d'offre des

[83] Congrès international « The Architecture of Hospitals », Groningen, Pays-Bas, mai 2005.
[84] Sachant qu'il s'agit ici de malade somatique, en fin de vie.
[85] Congrès international « The Architecture of Hospitals », Groningen, Pays-Bas, mai 2005.

cahiers de la Mire (2005) est bien le manque de références relatives à l'architecture des lieux spécialisés. C'est ce que formulait le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, Mr. Coudreau au congrès « Architecture et psychiatrie, enjeux et perspectives » en 2001 à Paris. « *Continuer ce mouvement de rénovation ne va pas de soi. Pour réfléchir aux problèmes d'organisation et de rénovation, penser les nouveaux lieux dans lesquels ils vont évoluer, les soignants doivent prendre ce temps sur leur travail. Leur disponibilité a ses limites ; toutefois, nombreux sont ceux qui s'y consacrent avec beaucoup d'énergie. Ce foisonnement de projets nécessite d'établir des références et d'évaluer ces nouvelles structures, afin de constituer une méthodologie. Disposer de références élaborées par les professionnels serait extrêmement précieux pour l'ARH et lui permettrait d'exprimer des avis plus fondés.*»[86]

Aussi, ce travail, dans le but d'élaborer des aides à l'amélioration des ambiances au sein d'architectures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques, se propose d'approcher les espaces spécialisés par l'intermédiaire des ambiances, en replaçant le patient au centre de nos préoccupations et en considérant non seulement les dimensions spatiale, physique et sociale mais aussi celle du sensible.

Avant de présenter notre questionnement et de discuter nos hypothèses, nous présenterons les outils théoriques sur lesquels nous appuyons ce travail.

[86] Sous la direction de KOVESS Viviane, SEVERO Donato, CAUSSE David et *alii*. *Architecture et psychiatrie*. Paris : Le Moniteur, 2004.

III- AMBIANCES ET CONDUITES USAGÈRES

Nous privilégions ici une démarche liée aux théories de l'action et par conséquent nous rejetons le modèle psycho-physique (1856-1866) lié aux théories du réflexe conditionné de Pavlov et au behaviorisme de Watson défendant une explication mécaniste de l'action. Nous pouvons citer Kurt Goldstein (1878 – 1965) qui refuse le fait que la vie mentale dépende d'une causalité linéaire où chaque stimulus donnerait lieu à une réponse, laquelle ne mobiliserait l'organisme que par son activité perceptive. Goldstein propose une causalité circulaire qui se caractérise par des échanges, une réciprocité, des interrelations entre l'organisme et le milieu.

1- LE SUJET ACTANT / PERCEVANT

Ainsi, nous considérons l'usager comme un sujet actant-percevant, de la même manière qu'Erwin Strauss[87] considère le sujet comme un « actant – sentant ».

En effet, le sujet est en prise avec son environnement grâce à ses diverses modalités sensibles. Merleau-Ponty insiste sur le fait que toutes ces dernières nous relient au monde, qu'il s'agisse de la vue, de l'ouïe, du toucher, de l'odorat etc.

Mais connaît-on le rôle de chacune de ces modalités sensibles ?

A travers la phénoménologie de la perception, Erwin Strauss s'intéresse à la dimension tactile et visuelle et essaye de relever leurs éventuelles préséances sur les autres facteurs. Il explore aussi le caractère spatial de la dimension sonore.

[87] STRAUSS, Erwin. *Du sens des sens*. Grenoble : Jerôme Million, 2000.

Dans un autre domaine, celui de leur pratique thérapeutique, Ludwig Binswanger, Henri Maldiney ou encore Eugène Minkowski accordent beaucoup d'importance aux tonalités sensibles. Binswanger, par exemple, souligne que le sens du toucher à autant d'importance que la parole en donnant l'exemple d'une de ses malades à laquelle il touche son talon afin qu'elle puisse dépasser sa phobie de le perdre, tandis qu'Henri Maldiney s'intéresse davantage à l'ouie et au visuel sur lesquels il appuie ses cas cliniques. Eugène Minkowski, quant à lui, associe chacun des facteurs sensibles à une forme de rapport au monde.

Du côté de la microsociologie des interactions sociales, les travaux de Goffman s'intéressent particulièrement au tactile et au visuel. Simmel[88], dans son essai sur la sociologie des sens, propose de s'intéresser à l'impact des facteurs sensibles dans les rapports sociaux.

« *(...) Chaque sens fournit d'après son caractère spécifique des renseignements caractéristiques pour la construction de l'existence collective, et qu'aux nuances de ses impressions correspondent des particularités, des relations sociales.* »

Même s'il souligne l'importance de chaque sens comme moyen de connaissance de l'environnement et leur rôle sociologique, Simmel aborde essentiellement le regard, le sonore et l'olfactif, mais toujours de manières indépendantes les uns des autres. Nous remarquons que son discours ne balaye pas toutes les modalités sensorielles, ici le goût et le toucher ne sont pas abordés. Pourtant, le toucher ne joue t-il pas un rôle important dans les rapports sociaux ? Ne participe t-il pas à établir des liens ? Ne peut-il pas être considéré comme un moyen de communication ?

En fait, la plupart des travaux sur ce thème traitent des sens les uns après les autres, en privilégiant notamment l'étude de la dimension visuelle et en se posant peu la question des synesthésies. La dimension sonore est quelquefois abordée mais le plus souvent indépendamment de la vision. À l'inverse, les travaux du Cresson s'appuient sur l'étude de la dimension visuelle et sonore. Nous pouvons par exemple citer les travaux de Grégoire Chelkoff et Jean-Paul Thibaud[89] qui s'attachent à qualifier les ambiances

[88] SIMMEL. *Sociologie et épistémologie : Essai sur la sociologie des sens*. Paris : P.U.F, 1981.
[89] En particulier CHELKOFF Grégoire, THIBAUD Jean-Paul. *Ambiances sous la ville : une approche écologique des espaces publics souterrains*. Grenoble : Rapport de recherche CRESSON, 1996.

visuelles et sonores des espaces souterrains. Dans le travail que nous proposons, nous aborderons la totalité des facteurs sensibles.

Vécue, la perception est toujours située. En effet, l'espace construit est à la fois un « berceau » et un facteur participant à la formation d'une ambiance, il est indispensable à celle-ci, mais réciproquement, il n'est rien sans présences et actions. L'espace n'est pas à considérer isolément de l'usage étant donné que son but premier est bien d'être habité, investi et animé par les usagers[90].

L'espace n'existe qu'à travers les usages des individus qui le pratiquent et non en tant qu'entité figée et autonome. Jean-François Augoyard (1979) développe ainsi l'idée d'une expérience et d'une expression habitantes dans la rhétorique de l'usage. Les usagers reconfigurent, déréalisent, réarticulent l'espace par leurs manières d'être et de faire. Par exemple, un individu n'emprunte pas le même chemin et n'a pas la même façon de circuler s'il va travailler ou se promener. Lorsque la marche est fonctionnelle, elle s'effectue en ligne droite et tend à réduire un maximum les déplacements. A l'inverse, lorsque la marche est effectuée pour le plaisir, elle constitue réellement une promenade où le temps est suspendu, les chemins sont aléatoires. Mais toute marche, comme toute action *in situ*, s'inscrit dans une modalité circonstanciée. Dans le vécu, Il n'y a ni référent spatial absolu, ni de fonctions pures.

Michel de Certeau (1990) parle en ce sens de « l'art de faire » de l'usager en soulignant la créativité mise en œuvre par tout un chacun au cours de ses activités quotidiennes. En effet, le simple fait de marcher dans la rue, de lire ou de cuisiner nécessite la mise en œuvre de notre imaginaire et d'un savoir faire. « *D'abord s'il est vrai qu'un ordre spatial organise un ensemble de possibilités (par exemple, par une place où l'on peut circuler) et d'interdictions (par exemple, par un mur qui empêche d'avancer), le marcheur actualise certaines d'entre elles. Par là, il les fait être autant que paraître. Mais aussi, il les déplace et il en invente d'autres puisque les traverses, dérives ou improvisations de la marche, privilégient, muent ou délaissent des éléments spatiaux* »[91].

[90] AUGOYARD, Jean-François. *Pas à pas : essai sur le cheminement quotidien en milieu urbain*. Paris : Gallimard, 1979.
[91] DE CERTEAU, Michel. *L'invention du quotidien*. Paris : Gallimard, Volume 1. Arts de faire, 1990.

Henri Maldiney[92] (1991) souligne le fait que l'homme « habite l'espace » et que, ne serait-ce que par sa présence, son être-là, l'homme et l'espace sont tous deux en interrelations, en échanges permanents.

L'usager a une compétence expressive par rapport à son environnement construit. Il va, à son tour, moduler, qualifier, animer le milieu dans lequel il se trouve, par ses actions, mais aussi par ses attitudes, ses productions sonores, son odeur, sa présence.

Ainsi, l'action de l'homme dans l'espace est constitutive de la perception qu'il va avoir de celui-là. Le monde sensible n'est pas figé ni prédéfini mais configuré par l'action de l'homme.

Cependant qu'en est-il de l'espace sensible ? Quel rôle joue t-il dans la perception que l'usager a de son environnement physique et spatial ? Peut-il être déterminant des conduites usagères ?

2- PROPOSITIONS ET PRISES DE L'ESPACE SENSIBLE

L'espace construit n'est pas seulement un « cadre extérieur », un espace qui abrite des activités usagères. Au contraire il va, d'une certaine façon, induire, modifier les comportements et les pratiques sociales des individus qui l'occupent. En effet, par ses formes construites, ses caractéristiques sensibles et ses valeurs, l'espace conditionne les rapports entre les individus et leur environnement mais aussi les rapports que les individus entretiennent les uns avec les autres. Le courant de la psychologie de l'environnement s'est beaucoup intéressé aux relations qui s'établissent entre les individus et leur environnement :

« *Dans une perspective psychosociale, l'espace n'est plus défini comme une propriété extérieure qui aurait en elle-même sa substance et ses formes, mais comme un*

[92] MALDINEY, Henri. *Penser l'homme et la folie. A la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*. Grenoble : Jérôme Millon, 1991.

ensemble de matrices au sein desquelles se déroule l'existence concrète des individus. »[93].

« *(…) le comportement humain est spécifique au lieu où il s'actualise* »[94].

Les comportements humains sont fonction des diverses dimensions de leur environnement. Gibson en 1979 affirmera à son tour que l'environnement construit représente un ensemble de ressources à l'action et à la perception : des *affordances* (combinaison des propriétés de la substance et des surfaces de l'objet en fonction du sujet percevant[95]). C'est l'espace construit qui permet, induit, parfois oblige.

Ainsi l'espace construit est un ensemble de propositions, de prises à partir duquel l'usager va agir, ce qui souligne la part active de l'environnement physique dans la formation d'une ambiance.

Cependant, nous pouvons également comprendre que la perception est une ressource à l'action en citant le thème de l'environnement matériel, lumineux et structuré développé par Gibson. Le sujet oriente ses actions en fonction de la perception qu'il a de son environnement. Par exemple suivant les qualités et caractéristiques que mettent en jeu les surfaces lumineuses et les textures des revêtements de sol de l'environnement (reflets, indications diverses etc.), le sujet saura où il pourra marcher. Le sujet saura si une surface risque d'être glissante ou si, au contraire, elle peut lui offrir des adhérences même en cas de pluie. Ainsi, la surface délivre aux sujets des informations précieuses qui guideront leurs déplacements, leurs actions.

Les travaux de Grégoire Chelkoff et Jean-Paul Thibaud[96] exposent l'efficace social et moteur des ambiances visuelles et sonores en sous-sols. Ils soulignent l'idée qu'on ne vit pas de la même manière dans un couloir de métro étroit et dans une place souterraine, au carrefour de différentes ruelles où s'entrecroisent les flux et les directions. En effet, si nous marchons dans un couloir ou une place souterraine, nos actions et perceptions seront de natures différentes. L'étroitesse du couloir induira des interpénétrations sonores, des déplacements particuliers de l'individu, une difficulté de prise de distance par rapport à l'autre et une séquentialité visuelle. Tandis que la place

[93] FISCHER, Gustave-Nicolas. *Psychologie sociale de l'environnement*. Toulouse : Privat, 1992.
[94] MOSER Gabriel, WEISS Karine. *Espace de vie : aspects de la relation homme-environnement*. Paris : Armand Collin, 2003.
[95] GIBSON, J-J. *The ecological approach to visual perception*. London : LEA, 1986.
[96] En particulier, CHELKOFF Grégoire, THIBAUD Jean-Paul. *Ambiances sous la ville : une approche écologique des espaces publics souterrains*. Grenoble : Rapport de recherche CRESSON, 1996.

offrira une liberté de mouvement, un champ visuel étendu, suivant la densité de population présente sur le site. Nos comportements s'ajustent, s'orientent par rapport à l'efficace sensori-moteur du lieu dans lequel nous sommes.

Aussi, les caractéristiques physiques liées à l'acoustique, aux conditions d'éclairement, les caractéristiques architecturales liées à la volumétrie, à l'organisation spatiale, aux matériaux mis en œuvre etc. d'un espace construit vont induire les perceptions des usagers et par conséquent leurs activités.

Mais, à son tour, la dimension sociale n'est-elle pas déterminante des conduites usagères, de la constitution d'une ambiance ?

3- UN CADRE D'ACTION ET D'INTERPRETATION DE LA VIE SOCIALE

Par ailleurs, l'environnement sensible constitue aussi un cadre d'action et d'interprétation de la vie sociale.

Erwin Goffman s'est particulièrement intéressé aux interactions sociales dans les espaces publics. Pour lui, l'espace public « *est le lieu de réglages et d'ajustements incessants de la distance et de la proximité, de la présence et de l'absence à autrui* »[97]. Ainsi, il étudie les différents comportements des sujets les uns par rapport aux autres, comme l'évitement, par exemple, afin d'éviter les rencontres, les rituels interpersonnels du lien, le contrôle des apparences normales[98]. Goffman souligne ainsi l'expressivité de la vie sociale. Par exemple, lorsque deux personnes se croisent dans une rue, chacune ayant perçu l'autre, va agir, orienter, ses comportements en fonction de cette perception, va jeter un coup d'œil ou au contraire détourner le visage afin de ne pas croiser le regard de l'autre, de ne pas le surveiller de façon directe. C'est ce qu'il définit comme étant les règles de civilité perceptives qui régissent les co-présences, les interactions sociales

[97] GOFFMAN, Erwin. *Les rites d'interactions*. Paris : Minuit, 1974.
[98] GOFFMAN, Erwin. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minuit, Volume 2. Les relations en public, 1973.

dans l'espace public. Ainsi, le respect de ces règles induit le fait que le sujet met en place des compétences perceptives en fonction du contexte : les rituels de « la face » qui tendent à gérer les apparences, à mettre en place une inattention civile adaptée aux situations de co-présence.

La psychosociologie de l'environnement, à travers ses travaux basés sur les relations existantes entre les individus, leurs relations interpersonnelles et leur environnement, souligne à son tour l'importance capitale de la dimension sociale de l'environnement.

« *Pour une approche psychosociale, l'environnement, c'est essentiellement l'espace aménagé dans nos sociétés ; il forme le cadre social dans lequel nous vivons. En ce sens on ne peut plus dissocier caractéristiques physiques et dimensions sociales d'un lieu* ».[99].

Le sujet ne perçoit pas tout seul mais en fonction d'une situation sociale, il n'y a pas d'échanges, d'interactions sans contexte social. Le sujet se comporte, agit en fonction de l'autre.

« *L'utilité même d'un environnement se modifie et évolue en fonction des relations et des activités qui y sont déployées* » (…) « *L'individu n'interagit pas uniquement avec des aspects physiques matériels de son cadre de vie, mais en fonction et par rapport à la présence d'autrui. Ce sont les différents modes de partage de cet environnement qui vont, autant que les aspects matériels, avoir une incidence sur les perceptions, les représentations, les émotions, les comportements de l'individu.* » [100]

Les différents travaux précédemment cités concernent essentiellement l'espace public urbain et non les milieux hospitaliers. Beaucoup de sociologues comme Antoinette Chauvenet, François Steudler[101] (1974), Marianne Binst se sont intéressés aux milieux hospitaliers du fait de sa richesse liée à la grande diversité de services, à leur importance, à l'évolution de l'hôpital avec le passage du système traditionnel au système professionnel libéral, à la transformation de la pratique médicale, mais seuls quelques-uns d'entre eux se sont attachés aux lieux d'accueil de la maladie mentale.

[99] FISCHER, Gustave-Nicolas. *Psychologie sociale de l'environnement*. Toulouse : Privat, 1992.
[100] MOSER Gabriel, WEISS Karine. *Espace de vie : aspects de la relation homme-environnement*. Paris : Armand Collin, 2003.
[101] STEUDLER, François. *L'hôpital en observation*. Paris : Armand Colin, 1974.

Parmi eux Goffman[102] lui-même (1968) s'intéresse à l'asile, mais toujours d'un point de vue du contexte administratif, social et moral de l'établissement (les relations existantes entre le personnel de l'établissement et les malades, le fonctionnement, les rôles de chacun).

Aussi nous proposons ici de nous intéresser au contexte particulier de structures spécialisées dans l'accueil d'enfant présentant des troubles psychiques.

Cependant ne faut-il pas replacer le sujet actant/percevant dans un contexte d'ensemble à savoir, son environnement social, spatial, physique et considérer leurs interrelations permanentes plutôt que d'appréhender ces dimensions indépendamment les unes des autres ?

4- IMPORTANCE DU CONTEXTE D'ENSEMBLE

L'ambiance d'un lieu est au carrefour des formes (l'espace construit et ses caractéristiques physiques), des formants (dimension perceptive) et des formalités (dimension sociale : actions et interactions)[103]. Canter[104] (1977) souligne le fait qu'un lieu se caractérise par les activités, les usages qui s'y réalisent, ses propriétés physiques et la signification que lui attribuent les usagers.

Il n'y a donc pas de préséance d'une dimension sur l'autre, l'ambiance forme un tout indissociable, une forme en référence à la Gestalt Théorie. De même que le comportement d'un sujet est une réponse globale à une situation globale. En référence à Merleau-Ponty, la perception est située et dépend d'un contexte global.

« *C'est de l'intérieur du monde que je perçois le monde. La perception est une connivence entre moi et ce que je perçois (…) la perception est déjà une sorte de langage. Elle est une des voies de la compréhension d'autrui.* »

[102] GOFFMAN, Erwin. *Asile, étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Minuit, 1968.
[103] Notion développée par CHELKOFF, Grégoire. *L'urbanité des sens. Perceptions et conceptions des espaces publics urbains*. Université Mendés France, Institut d'urbanisme de Grenoble, Thèse de doctorat, 1996.
[104] MOSER Gabriel, WEISS Karine. *Espace de vie : aspects de la relation homme-environnement*. Paris : Armand Collin, 2003.

Jean-François Augoyard va plus loin en précisant que non seulement la perception est située mais elle est aussi engagée. Le sujet ne perçoit pas uniquement une dimension environnementale de façon isolée. Non seulement le sujet va percevoir les diverses caractéristiques de son environnement qu'elles soient relatives par exemple à la lumière, au sonore, à la configuration de l'espace, aux personnes présentes etc., chacune en prise avec les autres, mais aussi en fonction de sa propre personne, de son humeur, son caractère etc.

« *Ainsi, l'homme que nous regardons passer – et cela vaut pour toute situation vécue – est toujours en prise avec son milieu, jamais radicalement neutre, jamais vraiment seul non plus, de par cette pluralité qu'il porte en lui ou qu'il éprouve physiquement avec les autres passants.* »

« *Une perception située ne résulte pas de l'empilement d'une série d'opérations mentales qui commencent à même la sensation et finissent dans le concept ; (…) Par ailleurs, en tant qu'expérience vécue, une perception située est plus qu'une perception. Par sa nature contextuelle, elle est impliquée, orientée, engagée indissociable de la globalité de l'être en situation.* »[105]

Par l'articulation de l'espace, du sujet et des ambiances n'est-il pas question d'existence ? De la manière dont le sujet est là, simplement ?

5- L'ETRE-LA, L'ETRE-AU-MONDE

La notion centrale de l'être-au-monde est la notion d'existence. En effet, déjà Kierkegaard différenciait « *l'existence* » de « *l'être* » en lui donnant une dimension subjective. L'existence est « l'être-dans-le-monde », « l'être-au-monde » dira-t-on au XXème siècle.

[105] Préface de Jean-François AUGOYARD *in* THIBAUD, Jean-Paul. *Regard en action. Ethnométhodologie des espaces publics*. Grenoble : A la croisée, collection Ambiances, Ambiance, 2002.

L'être-au-monde comprend donc l'être, le monde et leur rapport mais comme le souligne J. Taminaux[106] les traits d'union insistent sur le fait que l'être-au-monde est unitaire et que le sujet, le monde et leurs rapports sont bien indissociables.

Contrairement à von Uexküll qui considère l'être humain comme un sujet séparé d'un objet, à savoir le monde, nous nous situons du côté de von Weizsäcker[107] qui défend le fait que le sujet et le monde sont indissociables, que l'être-au-monde est un tout. Binswanger souligne le fait que le sujet n'existe que dans la mesure où il se trouve dans le monde aussi il accorde une grande importance à la manière dont le sujet s'y situe.

« *(…) l'organisme et le monde comme une unité, dans une structure unitaire, symbolisée par la structure du cycle. Au premier plan, il y a la reconnaissance du fait que tout, ici, est en relation avec tout, qu'aucun processus partiel à l'intérieur du cycle ne peut se modifier sans que le tout ne se modifie ; il n'existe donc absolument plus de fait isolé* »[108].

En référence au courant de l'analyse existentielle qui a travaillé sur le sujet pathologique dans l'espace, le monde porte aussi le nom « d'Umwelt ». Henri Maldiney dit « *l'Umwelt n'est pas en face du vivant comme un marché indépendant ; il est, comme l'indique le préfixe um, « ce au milieu de quoi », « ce en vue de quoi », « ce en échange avec quoi » le vivant est.* »

Nous pouvons citer aussi le terme de Dasein que Heidegger emploie pour exprimer le propre de l'être humain : son mode de présence, intentionnel et signifiant, qui dépasse la simple réalité factuelle.

« *Il n'y a donc pas de monde sans le Dasein, ni de Dasein extérieur au monde* »[109].

Dans l'être-au-monde, l'intentionnalité du sujet est omniprésente. L'être-au-monde selon Henri Maldiney[110] est le « *paraître et l'apparaître d'une existence.*» La présence a une dimension gnosique et une dimension pathique. Selon Erwin Strauss, le « pathique » est le « comment » et non le « quoi » de notre être-là, c'est donc le ton, la

[106] JONCKHEERE, Paul. *Phénoménologie et analyse existentielle*. Paris : Éd. Universitaires, 1989. (Collection Oxalis).
[107] VON WEIZSÄCKER. *Le cycle de la structure*. Paris : Desclée de Brouwer, 1958.
[108] BINSWANGER, Ludwig. *Discours, parcours et Freud*. Paris : Gallimard, 1970 (1947 : première édition allemande). (Collection connaissance de l'inconscient)
[109] JONCKHEERE, Paul. *Phénoménologie et analyse existentielle*. Paris : Éd. Universitaires, 1989. (Collection Oxalis).
[110] MALDINEY, Henri. *Penser l'homme et la folie. A la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*. Grenoble : Jérôme Millon, 1991.

couleur, le style de notre communication avec le monde. Von Weizsäker caractérise le pathique par le « subir » et le « personnel ». Nous pouvons faire référence aux travaux de Ludwig Binswanger basés sur une méthode anthropologique (recherche scientifique sur l'essence de l'homme) afin d'étudier « l'être-au-monde, l'être-avec-les-autres et l'être-avec-soi-même » des malades. En effet, selon lui, les symptômes psychiatriques du malade ne sont pas le signe de quelque chose mais simplement une manière d'être, de s'entendre. La question centrale de cette méthode anthropologique que Binswanger appelle aussi Daseinsanalyse est le « comment » et non le « quoi ». Le « comment » évoque la manière dont se déroulent les choses, l'atmosphère, l'humeur, soit la stimmung selon Heidegger. En effet, la stimmung est la coloration affective d'une expérience vécue et le caractère réceptif de l'existence humaine considérée au niveau de l'existential ontologique. C'est ce qu'expriment les directions de sens que Binswanger utilise pour caractériser le style de l'être-au-monde de ses patients, comme, par exemple, l'ascension traduit la joie, directions de sens qui dessinent, selon Binswanger, l'espace thymique.

« *Les directions de sens sont une mouvance de l'existence et elles ne s'inscrivent pas dans un espace et un temps préalablement donnés et préfigurés de l'existence. Ces directions de sens engendrent elles-mêmes leur espace et leur temps propre. Henry Maldiney montre qu'une forme de ces directions de sens est l'expansion et la contraction (…). Ce mouvement est spatialisant et rythmique, il est, par là, temporalisant. Tous les mouvements de direction de sens ont leur propre forme de spatialisation et de temporalisation, ces formes restent mouvantes et ne peuvent jamais donner lieu à un espace et à un temps fixés et définis une fois pour toute. Elles restent dynamiques et échappent ainsi à tout schéma statique et à tout système : elles s'opposent à la conception de base de toute forme de psychologie positive, avec leurs notions fondamentales de sujet entrant en communication intersubjective, d'espace et de temps objectif.* »[111] En fait, Roland Kuhn précise que ces structures ne laissent pas de place au jugement.

Le courant de l'analyse existentielle fondé dans les années 1940 par Binswanger et Kuhn, a été inspiré de l'analytique existentiale de Heidegger et dérive de la phénoménologie husserlienne. Elle se situe en amont de la psychologie et la psychiatrie en ce sens qu'elle ne se base pas sur une quelconque nosographie, sur des symptômes

[111] Cf. MALDINEY, Henri. *Existence, Crise et création*. La Versanne : Encre Marine, 2001.

dits schizoïde ou autres. Ce courant s'intéresse à l'humain dans son ensemble et à ses possibilités d'être-au-monde. Chaque humain a en lui une infinité de possibilité d'être-au-monde, avec-les-autres et avec-soi-même. Cette infinité de possibilité comprend des modes de réussite de son projet de vie et des « modes d'échec ». Si la personne échoue dans son projet de vie, ou à certains moments, ne parvient à exister, alors elle échoue aussi dans son rapport au monde, ces deux dimensions sont intrinsèquement liées. Maldiney souligne bien le fait qu'une personne qui est menacée dans le fond, l'est aussi dans sa forme, dans sa dimension pathique.

« *Et nous verrons que la présomption, la distorsion et le maniérisme se révèlent comme des menaces générales et humaines, c'est-à-dire comme immanentes à la présence humaine. Nous ne les jugerons donc plus selon les critères de la médecine psychiatrique ; nous ne les condamnerons plus d'un point de vue humain comme des marques d'infériorité, des aberrations ou des symptômes morbides, mais nous les envisagerons comme des modes de l'échec – de l'insuccès – de la présence humaine.*»[112]

Binswanger évoque la présomption, la distorsion et le maniérisme comme trois formes manquées de la présence humaine, mais il insiste sur le fait qu'elles ne sont pas exhaustives. Parlant des « modes de l'échec » de la présence humaine, Binswanger parle aussi des « modes de réussite » de celle-ci. C'est-à-dire qu'il ne porte pas de jugement en référence à la psychiatrie ou d'un point de vue humain. Dans *« Trois formes manquées de la présence humaine »*, Binswanger se réfère à Szilasi pour démontrer que ces notions d'échec et de réussite de la présence existent depuis fort longtemps[113]. Puis Binswanger cite Szilasi « *le Dasein est sans cesse aux prises avec les possibilités de son être* », « *qu'il les saisit et dans sa saisie les manque* » ou « *qu'il peut se fourvoyer et se méprendre* »[114].

Henri Maldiney pense que le pathologique est une « forme déchéante » du pathique, une des formes possibles de l'existence. « *Toute dimension pathique de l'existence a sa pathologie. (…) Le pathologique est une possibilité du pathique révélée dans la*

[112] BINSWANGER, Ludwig. *Trois formes manquées de la présence humaine*. Paris : Le cercle herméneutique, 2002 (1956).
[113] Depuis Platon et Aristote.
[114] BINSWANGER, Ludwig. *Trois formes manquées de la présence humaine*. Paris : Le cercle herméneutique, 2002 (1956).

crise »[115]. Donc une pathologie est une impossibilité d'exister dans le monde à un moment donné et la manifestation d'une tentative de réadaptation au monde propre du patient.

L'analyse existentielle s'intéresse à tous les modes fondamentaux de l'être-homme, qui permettent à l'homme d'exister. Ludwig Binswanger s'intéresse aux « structures de la présence humaine ».

« *Les structures de la présence sont des structures de l'être-au-monde, dont le style commande à chaque fois la forme et le sens de toutes les rencontres de l'homme dans le monde avec les autres, les choses et lui-même. Elles articulent l'existence réelle depuis le sentir le plus élémentaire jusqu'à la pensée la plus élaborée.*[116] »

Puis Binswanger ajoute plus loin :

« *Il est impossible de séparer, dans l'expérience de l'ascension et de la chute ou (…) de l'existence, le contenu significatif et la tonalité climatique. La tonalité climatique spécifie une forme de présence à… C'est-à-dire un mode de communication déterminé avec les choses dans un monde qui n'est pas simplement en face de nous, mais que traverse de part en part le pathos inhérent à la situation.* »

« *Les structures de la présence sont des structures de l'être-au-monde dont le style commande à chaque fois la forme et le sens de toutes les rencontres de l'homme dans le monde avec les autres, les choses et lui-même* »[117].

Ainsi Binswanger s'attache à la corporéité, la spatialité, la temporalité, l'être-avec-les-autres, l'être-avec-soi-même du sujet, autant de point sur lesquels la problématique des ambiances s'accorde aux intérêts de l'analyse existentielle. Cependant, Minkowski est le seul à clairement employer le terme d'ambiance lorsque, par exemple, il expose le fait que, selon lui, il considère deux types de rapport au monde à partir desquels se dessinent les états mentaux du sujet. La syntonie qui caractérise le sujet comme « à l'unisson avec l'ambiance » et la schizoïdie caractérisée comme le fait « de nous détacher de cette ambiance »[118].

[115] MALDINEY, Henri. *Existence. Crise et création*. La Versanne : Encre Marine, 2001.
[116] BINSWANGER, Ludwig. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Minuit, 1971 (1947).
[117] Id.
[118] MINKOWSKI, Eugène. *Le temps vécu*. Paris : P.U.F, 1995. (Quadrige).

La présence du sujet apparaît ici de manière centrale. Comme nous venons de le voir, le sujet est présent par sa spatialité, sa temporalité, par rapport au autres etc. Aussi, quelle est la place de la corporéité du sujet ? Le corps n'est-il pas au centre de nos préoccupations ?

6- LE CORPS COMME LANGAGE

Tout d'abord précisons que nous envisageons le corps comme formant un tout avec la conscience. En référence à la phénoménologie de la perception, le corps n'est pas un « corps-objet ». De plus, Médard Boss souligne le fait que « *le corps représente un lieu de passage pour la réalisation de nos rapports avec le monde, rapports qui constituent l'existence* »[119] et ajoute que « *foule de signes indique que la corporéité humaine participe d'emblée à la relation extatique du Dasein avec les choses du monde*. (…) *La corporéité toute entière appartient immédiatement à l'ouverture de l'homme sur le monde* ». Mais nous pouvons aussi citer De Waelhens qui souligne que « *c'est par mon corps que je suis présent au monde et m'insère en lui* ».

En effet, le sujet existe par son corps, sa corporéité. Le corps est chargé d'intentionnalité par rapport à son environnement qu'il soit spatial, physique, social ou sensible. Pour Merleau-Ponty « *Le corps habite l'espace et le temps dans son mouvement au monde et forme avec lui une forme d'entrelacs. Il n'est pas simplement position de dépassement pour la conscience actuelle mais lieu d'échange avec le monde* »[120]. « *Dans tous ses rapports concrets, l'homme habite le monde en existant son corps et existe son corps en habitant le monde, sans être thématiquement dirigé sur eux* »[121]. Le corps et le monde sont indissociables. Le corps n'existe pas sans qu'il soit placé dans un contexte spatio-temporel et, à l'inverse, ce dernier n'existe pas sans qu'il soit habité par le corps. Le sujet est en échange avec son environnement par son corps.

[119] JONCKHEERE, Paul. *Phénoménologie et analyse existentielle*. Paris : Éd. Universitaires, 1989. (Collection Oxalis).
[120] Id.
[121] BINSWANGER, Ludwig. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Minuit, 1971 (1947).

Tallenbach[122] considère le mouvement comme l'acte de se faire un chemin, de se frayer une voie. Ici encore le corps apparaît comme le médiateur entre l'environnement et le sujet, comme le médiateur de son être-au-monde.

Cependant, le corps n'est pas seulement un instrument, permettant au sujet de réaliser ses rapports au monde. Boss va plus loin en disant que « *c'est mon existence, mon originel d'être-au-monde qui me procure ma corporéité* »[123]. Jonckheere ajoute « *La présence humaine n'est pas limitée à l'espace occupé par le corps. Le corps humain est bien plus qu'un instrument (…). Il n'est pas seulement corps vécu : il est une sphère même de l'existence* »[124].

Ainsi, nous considérons le corps comme un interface entre le sujet et le monde et comme faisant partie de l'existence du sujet.

Divers travaux portent sur le corps mais nous en retiendrons ici seulement quelques-uns d'entre eux.

Du côté de la microsociologie des interactions, Goffman souligne le fait que l'individu ne communique pas uniquement avec le langage verbal mais aussi avec ses attitudes corporelles, sa gestuelle, ses regards, ses mimiques et insiste sur le fait qu'elles sont aussi importantes que les paroles, parfois même plus. Elles traduisent une manière d'être, une position : se mettre en avant, être hostile, être réceptif à la communication de l'autre.

Du côté de la phénoménologie de la perception, Merleau-Ponty envisage le corps comme « *la manifestation exemplaire de l'émergence de l'être* »[125]. Il semble avoir transposé la démarche de Heidegger sur un plan anthropologique, sociologique[126].

Mais nous pouvons aussi citer les travaux de Rachel Thomas qui s'intéresse à la praxéologie des pratiques ordinaires dans différents espaces publics. Elle analyse l'accessibilité à ces espaces par rapport aux "*modes d'attention perceptifs*" et à l'expression corporelle des usagers, que les configurations sensibles mobilisent. La

[122] MALDINEY, Henri. *Penser l'homme et la folie. A la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*. Grenoble : Jérôme Millon, 1991.
[123] Id.
[124] Id.
[125] MERLEAU-PONTY, Maurice. *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1979.
[126] Nous pouvons aussi évoquer Von Gebsattel qui s'est intéressé à tous les grands thèmes de la phénoménologie anthropologique entre autres les différentes formes de l'existence du corps.

question du corps est ici très importante, ainsi que l'intersensorialité, autant de pistes de réflexions qui alimenteront nos préoccupations.

Du côté de l'analyse existentielle, Ludwig Binswanger centre sa démarche sur la question du corps et s'intéresse, plus précisément, à la fois au corps vécu et au vécu corporel. Il soutient le fait que « *Chacun en existant son corps réalise la sécurité de son rapport au monde* » [127]. Ainsi c'est par le corps que nous sommes-au-monde et par conséquent c'est par lui que nous sommes susceptibles d'accéder à notre expérience du monde.

Du côté de la psychologie et la psychiatrie, nous pouvons citer Didier Anzieu (1974) qui, par le Moi-Peau, sous-entend une enveloppe contenante pour le Soi, un écran protecteur pour le psychisme et un filtre susceptible de gérer les échanges. Trois fonctions essentielles basées autour de la corporéité, du schéma et du vécu corporel du sujet.

De son côté, Gisela Pankow, dans son travail psychothérapique, a, elle aussi, beaucoup travaillé sur le corps. En référence à la phénoménologie et la philosophie existentielle, elle base sa méthode sur ce qu'elle appelle « la structuration dynamique du corps ». Les psychoses et leurs symptômes sont dus à une « *destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur* »[128]. Son but est alors de « *déceler la faille dans l'image du corps et de la réparer* »[129] pour ensuite permettre au sujet de faire un travail psychanalytique sur lui-même. Le docteur Pankow parle de réparation de la dissociation dans le monde spatial. Ce qui apparaît dans son travail est le fait que lorsque l'image du corps d'un sujet n'est pas unitaire, celle que ce dernier se fait du monde est elle aussi dissociée.

De plus pour Gisela Pankow l'image du corps a une fonction de structure et une fonction de contenu. La première correspond à sa structure spatiale, à la manière dont le sujet éprouve son corps dans sa globalité en référence à la Gestalt théorie et la seconde correspond à son rapport à la dimension sociale, à autrui.

Le corps ressenti et le corps reconnu participent à l'être-au-monde du sujet.

Donc nous voyons bien ici que le corps dans son rapport au monde prend une place centrale, en tant que médiateur de l'être-au-monde du sujet.

[127] BINSWANGER, Ludwig. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Minuit, 1971 (1947).
[128] PANKOW, Gisela. *L'homme et sa psychose*. Paris : Flammarion, 1993.
[129] Id.

D'un point de vue plus pratique Gisela Pankow pense que la méthode qui permet réellement d'accéder au monde du psychotique est le corps. En effet, le sujet psychotique ne dispose pas toujours de langage et s'il en possède un, il semble difficile de se baser uniquement sur celui-ci et d'être sûre de son authenticité.

Le travail de Fernand Deligny est aussi très intéressant pour notre travail. Nous détaillerons la « philosophie » de son projet avant aborder plus en détail ses « recherches ». Dans son réseau des Cévennes, il vit aux côtés d'enfants et d'adolescents autistes, en marge des institutions et des contraintes qu'elles leurs imposent. Aussi chacun est libre de ses actes et de ses déplacements, les adultes sont là simplement pour veiller sur les enfants, afin qu'ils ne soient pas en danger. Deligny dira « Nous sommes là et eux aussi. » Il propose à ces enfants un espace de vie, dépassant l'espace géométrique et quantitatif, qui leur permettrait simplement d'être, sans contraintes. Pour Deligny l'autisme n'est pas une maladie mais bien une dimension de la vie humaine. Il se situe hors de « l'éduquer » et hors du langage. La plupart de ces enfants n'ayant pas de langage il part du principe qu'il faut le mettre de côté. C'est le langage qui enferme ces enfants dans un handicap et par conséquent, il est important de s'en abstraire. Aussi il propose d'approcher cette population non pas par le langage mais par des cartes retraçant leurs rapports au monde, « *leur mode d'être « humain » immanent à l'espace »*[130], leurs « lignes d'erre », leurs lignes d'errances, leurs déplacements, leurs gestes etc.

« *… tracer est le propre de l'homme qui n'a pas l'usage de la parole qui le fait être ce qu'il est. D'où ces cartes dont nous avons innové l'usage entre nous. Transcrites à la mine de plomb apparaissent les traces de nos trajets et gestes coutumiers. A l'encre de Chine, la ligne d'erre inscrit, en « trajets », ce qu'il en advient d'un enfant non parlant aux prises avec ces choses et ces manières d'être qui sont les nôtres (…) Tracer cette erre qui leur advient de par le fait que le verbe leur manque, et le transcrire, ce coutumier ou cet évènement qui viennent de nous et leur sont offerts, nous fait les auteurs d'un acte réitéré dont le dictionnaire nous dit qu'il s'agit de suivre à la trace et de frayer.* »[131]

[130] HAN KIA-KI, Béatrice. *Lignes d'erres. L'expérience de la contiguïté*. Paris : L'Harmattan, 2006.
[131] DELIGNY, Fernand. *Cahier de l'immuable*. *In* Recherches, n°18, avril 1975, pp. 3-4.

Les cartes ont différentes échelles. Elles représentent de manière plus ou moins abstraite tantôt une pièce, un parcours extérieur ou encore une journée entière et peuvent définir des déplacements dans leur ensemble ou des gestes isolés. Sur des feuilles de calque, les lignes d'erre (traces des déplacements des enfants mais aussi des adultes du réseau) permettent de voir quels étaient les cheminements des enfants, à quels endroits ces derniers les conduisaient, s'il existait des nœuds, des endroits localisés où les lignes d'erre se densifient, sont attirées, s'il existait des points communs entre les cheminements des enfants, des « chevêtres ». Par exemple Deligny souligne le fait que même si les enfants ne sont pas simultanément dans un même espace, certaines lignes d'erre sont similaires et tracent des nœuds importants. Les cartes disent bien plus que ce qui vient de se passer à un moment donné, dans les faits, elles sont révélatrices de l'invisible, de ce qui nous échappe. Il faut souligner que Deligny, en marge de la psychanalyse, ne cherche pas à analyser et interpréter les « *agirs* » des enfants, il se cantonne à l'observation de leurs cheminements.

« *Il ne s'agissait que de transcrire ces trajets, pour rien, pour voir, pour n'avoir pas à en parler, des enfants-là, pour éluder nom et prénom, déjouer les artifices du il de rigueur dès que l'autre est parlé* »[132].

Ses films[133] soulignent aussi l'intérêt qu'il accorde à la présence, à l'être là des enfants. On sent bien de par l'absence de langage verbal (les enfants n'ont pas de langage verbal et les adultes du réseau[134] ne leur parlent pas et ne se parlent pas entre eux) que la présence des enfants qui s'illustre par « le moindre geste » (une démarche, un déplacement, un balancement…) est la dimension centrale de l'expérience que donne à voir Deligny. En effet, dans ses films il n'y a pas de parole, mise à part celles de Deligny qui, ponctuellement, accompagnent les images, le principal élément qui fait présence est le corps et par conséquent « ses moindres gestes », ses moindres productions et mouvements.

Notre démarche se placera du côté des auteurs précités en opposition aux personnes qui placent le langage du sujet au centre de leurs préoccupations,

[132] DELIGNY, Fernand. *Les enfants et le silence*. Editions Galilée, 1980.
[133] « Ce gamin-là » réalisé par Renaud Victor et Fernand Deligny produit avec l'aide de François Truffaut. « Le moindre geste »
[134] Deligny fait référence au « réseau » lorsqu'il parle des personnages engagés avec lui aux côtés des enfants autistes.

comme par exemple E. Ortigues[135]. De plus, étant donné que la plupart des enfants présentant des troubles psychiques graves ne possèdent pas de langage verbal, le corps constitue la seule prise que nous avons pour accéder à leur style d'être-au-monde. L'approche du corps sera pour nous centrale.

Cependant lorsque Binswanger s'attache à « l'être-au-monde » du sujet, à sa corporéité etc., il n'appréhende pas ses patients comme de véritables cas cliniques au sens psychopathologique du terme mais au sens phénoménologique du terme.

Ainsi, nous conclurons ici en abordant les idées principales de la phénoménologie, qui propose une démarche philosophique extrêmement intéressante pour ce travail.

7- APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE COMME RETOUR AUX CHOSES

Le courant de l'analyse existentielle s'appuie sur une démarche phénoménologique en référence à Husserl qui souhaitait faire « un retour aux choses mêmes » grâce à cette « théorie de la connaissance ». En effet, c'est moins l'objet physique que nous souhaitons approcher que son enjeu. En tant que science du « voir », la phénoménologie consiste à décrire tous les phénomènes qui se donnent à voir et par cette description de ce vécu nous accédons au sens de ces phénomènes, à leur essence. La phénoménologie s'intéresse à l'expérience de l'homme donc non seulement à son côté objectif, au « quoi » de ce qui se donne à voir mais aussi à son essence, son « comment ».

L'attitude phénoménologique a l'avantage de s'abstraire de tous préjugés, toutes catégories, toutes normes et par conséquent elle n'oppose pas le normal au pathologique. Elle s'intéresse à ce qui se donne à voir et à la façon dont cela se déroule.

« *Les analyses phénoménologiques constitutives se différencient de la psychopathologie classique en ce qu'elles ne présupposent pas simplement la différence entre « normal » et « anormal » ou entre « sain » et « malade », mais – et en cela*

[135] *Enfance aliénée – L'enfant, la psychose et l'institution*. Paris : Edition Denoël, 1984 (1967). (Collection l'espace analytique). Jean Ourtigues soutient le fait que le sujet parlant donne à voir sa forme signifiante, et ceci quelque soit le contenu de ses paroles

consiste l'aspect « anthropologique » de cette direction de recherche – cherchent à comprendre les conditions de leur possibilité à partir de l'essence – à partir de la dynamique – du rapport à soi et au monde de l'être humain. »[136]

En effet, même si l'expérience n'est pas totalement positive, en ce sens que nous percevons toujours avec notre regard, en fonction de notre propre projet-de-monde, par la réduction phénoménologique ou l'époché, le phénoménologue se doit de mettre entre parenthèse tous ses à priori, suspendre ses jugements pour réellement découvrir l'essence des choses et non se fermer, voire même se focaliser sur d'éventuelles idées préconçues. Nous pouvons citer, parmi tant d'autres, les psychiatres Laing et Esterson qui ont approché la folie par la phénoménologie car celle-ci présentait l'avantage de s'attacher à la description des vécus d'un sujet sans faire aucune interprétation psychanalytique et par conséquent aucune déformation du réel. C'est ce que Husserl souligne dans « Recherches logiques », une des phrases qui a le plus influencé Binswanger, lorsqu'il dit que la phénoménologie s'attache à «*ce qui est réellement visible dans le phénomène au lieu de le transformer en l'interprétant, le prendre où il est, comme il se donne à soi-même et le décrire loyalement* ».

La dimension constitutive des phénomènes est réellement déterminante pour les philosophes ou les psychiatres qui développent la phénoménologie. Goldstein soutient le fait que toute théorie doit s'appuyer sur une expérience phénoménologique de l'organisme pour prendre en compte les interrelations qu'entretiennent l'organisme et son milieu[137].

Cependant, avant d'énoncer notre problématique, nous pensons qu'il est nécessaire de faire un bref rappel de quelques caractéristiques concernant l'enfant présentant des troubles psychiques graves (psychotiques et autistiques).

[136] BLANKENBURG Wolfgang. *La perte de l'évidence naturelle*. Paris : PUF, 1991.

[137] Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse. Actualité de Georges Canguilhem : "Le normal et le pathologique" : actes du Xe Colloque de la Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse, [4 décembre 1993], organisé par F. Bing, J.-F. Braunstein, E. Roudinesco. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998. (Collection Les empêcheurs de penser en rond).

8- RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS SUR LA PLACE DE L'ESPACE ET DE L'ENVIRONNEMENT DANS LES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ENFANT (psychotiques et autistiques)

Derrière le terme de psychose infantile se profile une grande variété de perturbations mentales possédant à la fois des ressemblances et des caractéristiques singulières. De plus, le vécu de l'enfant, l'investissement parental, les rencontres avec l'entourage amènent chacun des sujets à des formes de relations, à des comportements et à une manière d'être existentielle tout aussi diversifiée que chez n'importe quel individu. Il est donc très difficile de présenter une description unificatrice et détaillée des troubles de ces enfants. Nous essayerons dans les paragraphes qui suivent de retenir les aspects caractéristiques de ces enfants les plus pertinents pour notre travail, afin de mieux comprendre leur quotidien.

8.1- LANGAGE SOCIO AFFECTIF DE L'ENFANT PSYCHOTIQUE

Avec des différences relativement importantes selon l'âge, les formes cliniques, l'intensité du processus et les possibilités d'expression du sujet, nous avons le sentiment de nous trouver face à un enfant dont l'ensemble des représentations du corps et de l'environnement ont perdu leur caractère unitaire habituel. Ce qui est dit et ce qui est fait semble traduire une sorte d'éclatement perpétuel du psychisme. Une image permet de saisir plus facilement le drame qui les emporte.

Nous pouvons représenter l'état ordinaire du Soi naissant sous la forme d'un cercle dont les contours délimitent un monde intérieur qui se peuple progressivement d'expériences et d'objets significatifs.

De la même manière, nous pouvons traduire le monde psychotique par l'éclatement de ce cercle dont les morceaux à peine retenus sont à la fois menacés par les stimulations venues de l'extérieur et par les ébranlements émotifs ressentis.

Il en découle cette étrange sensation de communiquer avec un petit être humain dont les capacités semblent potentiellement intactes mais dont l'objectif premier et permanent est de se protéger contre les intrusions venant à la fois de ses objets internes et du milieu

extérieur. Il est facile de comprendre que la vulnérabilité de ces enfants entraîne des modes de réaction très particuliers. Cette perte étonnante de la perception unitaire apparaît comme le symptôme clé autour duquel vont s'organiser les autres manifestations, soit pour traduire le désordre intérieur que ressent le sujet face à telle ou telle situation angoissante, soit pour s'en défendre.

a- L'autisme

L'enfant autiste ne semble pas faire de distinction entre lui-même et son environnement. Perception du corps, reconnaissance de l'espace et du temps, sentiment de pouvoir agir sur l'entourage, orientation positive vers les objets animés et inanimés sont autant de processus qui ne paraissent pas être acquis. Seuls quelques mouvements stéréotypés se mettent en place.

Nous voilà face à un enfant emmuré dans sa carapace protectrice mais visiblement conscient de ce qui se déroule autour de lui. L'édification d'une telle barrière peut transiter avec d'autres moments où l'enfant communique émotivement avec son entourage, participe à des activités relativement variées. C'est une alternance d'absence et de rapprochement.

b- L'immutabilité

Si nous reprenons le schéma explicatif précédent, nous pouvons représenter par un cadre stable et permanent englobant le Moi morcelé de l'enfant, et la protection qu'il a mise en place par le biais de son besoin d'immutabilité. Cette protection a donc, non seulement une fonction défensive par rapport aux stimulations mais aussi une fonction structurante en ce qu'elle délimite un « lieu d'existence » permettant l'émergence d'un sentiment de continuité.

Le principe de ce schéma est valable pour tous les comportements défensifs mis en place par l'enfant (autisme défensif, obsessionnalisation passagère de l'espace et du temps, augmentation des rituels, stéréotypies) afin de lutter contre ses angoisses. Bien

sûr, si ce besoin d'immutabilité ne peut être maintenu ou si l'adulte tente de créer une rupture, cela provoque chez l'enfant l'émergence dramatique de l'angoisse.

De plus selon le docteur Marcelli, l'enfant psychotique a une perception du temps circulaire et non linéaire. Le temps circulaire semble le plus facile à appréhender, les mêmes événements sont appréhendés dans une réitération de manière cyclique.

c- Les stéréotypies

Une stéréotypie peut se définir comme la répétition inlassable de gestes, de brèves activités, de mots ou de courtes phrases sans qu'il soit possible d'en comprendre les buts. Si elle s'accentue parfois lors de situations angoissantes évidentes et si elle a, dans ce cas, un rôle protecteur net, elle peut surgir à n'importe quel moment, qu'il s'agisse de périodes d'excitation ou de périodes de passivité totale.

d- Les allers-retours

Il faut souligner que les symptômes décrits précédemment varient en intensité et en qualité entre chaque sujet mais aussi chez un même enfant. L'alternance entre une conduite structurée et, brusquement, l'irruption de l'angoisse caractérise ces allers-retours. Ces allers et retours sont le comportement le plus représentatif des enfants psychotiques. **Ces changements brutaux sont liés, non seulement à des facteurs propres à l'enfant mais encore à l'impact de l'environnement. L'enfant psychotique est en effet particulièrement fragile face aux diverses stimulations issues de l'extérieur.**

Ainsi, tous ces comportements, qui conditionnent le quotidien de ces enfants, sont autant de messages inadéquats mais significatifs qu'ils nous adressent et non de simples conduites qu'un traitement symptomatique pourrait ôter.

8.2- LANGAGE COGNITIF DE L'ENFANT PSYCHOTIQUE

Le fait de séparer dans cet exposé les langages socio-affectif, cognitif et corporel entraîne forcément des répétitions puisque les discours verbaux, gestuels et relationnels

forment un tout indissociable. Mais, cette dissociation présente l'avantage de mettre le doigt sur des domaines spécifiques de l'être humain et d'aider à une compréhension plus fine des mécanismes.

a- Le langage

Chez les enfants présentant des troubles psychotiques ou autistiques, les degrés de maîtrise de la parole sont très variés, mais beaucoup ne possèdent pas de langage verbal. Cette absence peut soulever diverses interrogations : s'agit-il de problèmes d'intégration, de compréhension ou s'agit-il d'un processus défensif ? Pourtant, une demande adressée à l'enfant, dans la mesure où elle est plusieurs fois répétée, est presque toujours exécutée et la compréhension est souvent supérieure à celle que l'on pourrait attendre d'un tel sujet. Certains enfants chantonnent avec un grand plaisir et font même preuve d'une certaine virtuosité par la variation de leurs notes, sans pour autant présenter une quelconque impulsion à parler. Pourtant certaines situations (créant un état de besoin ou pas) déclenchent quelques fois la formulation d'une demande verbale courte et précise, ou, en de rares occasions, certains prononcent un mot ou une phrase parfaitement en accord avec le contexte. Les enfants possédant un langage expriment parfois leur ressenti avec des métaphores très imagées.

b- L'organisation perceptive

L'organisation perceptuelle de ces enfants varie en fonction des émotions mises en jeu : soit ils mobilisent leur énergie pour refuser certains apports sensoriels ou pour vider de sens la structure perceptuelle émergente, soit ils sélectionnent les stimuli.

Dans le cas de l'enfant autiste, l'intérêt que porte l'enfant à la matière, la couleur, la forme, etc., soit à la qualité sensuelle des objets est manifestement reconnu. Il a même une capacité d'observation accrue pour repérer certains objets, s'en emparer puis se confondre avec eux. Pour l'enfant psychotique, un monde matériel, objectif et reconnaissable est constamment percuté par des éléments ou des interprétations subjectives qui entraînent une déformation plus ou moins permanente de l'activité perceptive. Les structures perceptives sont perpétuellement modifiées par l'effet des

changements émotifs, sans que l'enfant puisse être en mesure de corriger ces déformations par des « prises de distances » rectificatrices.

c- La représentation

La représentation de l'environnement chez l'enfant psychotique est tantôt nulle, tantôt parcellaire, sélective, restrictive. Pour les plus malades, la représentation semble inexistante, mais nous ignorons la qualité du monde intérieur de l'autiste profond, puisqu'il n'utilise pas de moyens de communication habituels pour nous le décrire.

Chez des enfants moins sévèrement atteints, possédant le langage, la représentation d'un événement apparaît très souvent étonnamment parcellaire. Chaque moment raconté sera correct dans le vocabulaire, la syntaxe et dans le déroulement de l'idée, mais n'aura aucun lien avec le précédent.

La représentation est aussi sélective. Lorsqu'un enfant nous raconte une histoire ou un film que nous connaissons, nous sommes surpris par son aptitude à sélectionner des images, non pas en fonction du déroulement de l'histoire, mais en fonction de la signification très forte qu'il a associé à telle ou telle partie**.**

L'univers apparaît toujours rétréci aux dimensions d'un Moi recroquevillé dans et autour de ses angoisses. Fascination et ennui, peurs et indifférence, exaltation et monotonie sont les sentiments éprouvés quand l'enfant tente de nous décrire son univers intérieur**.**

La représentation est répétitive, l'origine de sensations décrites apparaît toujours identique : exposer ou contrôler un monde cataclysmique. **Autant l'enfant peut nous surprendre par une excellente description d'un événement, autant il peut se perdre dans une représentation confuse**, dans des menus détails, dévier son discours, y associer d'autres idées, etc., lorsqu'il veut traduire les images qui sont en lui.

Enfin, sa représentation est fluctuante. L'irrégularité de son fonctionnement est l'un des aspects les plus déconcertants de l'enfant psychotique. Un jour, il peut être envahi par l'angoisse alors qu'un autre jour, il peut apparaître structuré, sans que les événements puissent expliquer les changements constatés.

8.3- LE LANGAGE CORPOREL DE L'ENFANT PSYCHOTIQUE

Le corps est un contenant dont les limites constituées par la peau renferment un contenu révélé par des manifestations sonores et des sensations multiples. La prise de conscience intuitive du corps propre est un lent processus dont l'aboutissement permet d'avoir la conviction d'exister en tant qu'organisme unitaire face à d'autres personnes caractérisées, elles aussi, par leur corporéité. Chez l'enfant psychotique, le contenant mal défini est menacé de fissuration et le contenu, chargé d'objets persécuteurs, est perçu comme dangereux**. Le corps doit alors se barricader devant l'émergence des stimulations externes. Il en résulte tout un ensemble de manifestations qui, en elles-mêmes, constituent un discours** C'est par le corps que l'enfant psychotique nous exprime sa détresse. C'est également par le corps qu'il tente d'établir des mécanismes de survie. **C'est par le corps que nous pouvons souvent rejoindre l'enfant psychotique.**

a- La perception du corps comme contenant

L'enfant autiste ne semble pas avoir une perception globale de son corps vis-à-vis duquel il n'éprouve que des intérêts parcellaires.

L'enfant psychotique, mais non autistique, a une relation beaucoup plus conflictuelle avec son corps. Il semble qu'il le perçoive comme un contenant fragile et menacé.

b-La perception du corps comme contenu

Si le contenant est fragile, le contenu est insolite, dangereux pour soi ou pour autrui, blessé ou chargé de toute puissance. Le corps tente de traduire un ressenti. Il semble la proie de sensations inquiétantes.

Ainsi, l'angoisse s'infiltre dans tous les événements de sa vie quotidienne et le contraint à mettre en jeu des mécanismes adaptatifs ou défensifs, qui colorent étrangement ses modes de relation avec l'environnement, ici, au centre de notre intérêt.

IV- P R O B L E M A T I Q U E

Depuis le XIXème siècle, où médecins et architectes commencent à s'intéresser aux établissements de santé mentale, et, ponctuellement, à certains facteurs ambiants même si les perspectives envisagées pour les malades ne sont pas toujours très humaines, la réflexion a, aujourd'hui, considérablement progressé. Même si peu de travaux abordent les relations qu'entretiennent le sujet en souffrance psychique et son environnement quel qu'il soit, et qu'aucun travail n'ait abordé la question des espaces et de la maladie mentale en s'intéressant à la richesse qu'est susceptible d'apporter une démarche interdisciplinaire, l'architecte et le psychiatre ont désormais pris conscience de l'importance à accorder à l'architecture des espaces de soins et à la place à accorder au patient au sein des locaux. Nous pouvons donc affirmer l'existence d'un dialogue, d'échanges, relatifs aux lieux de vie, à diverses expériences ou au manque de références, entre professionnel de la santé mentale et professionnel de l'architecture. Mais nous constatons que ce dialogue reste difficile, de par la différence conceptuelle de ces deux disciplines ainsi que par les procédures relatives à la maîtrise d'ouvrage publique qui n'encouragent, ni ne facilitent les rencontres entre professionnels de la santé mentale et professionnels de la conception.

De plus, certains travaux et particulièrement ceux de l'analyse existentielle qui s'intéressent à l'être-au-monde du sujet pathologique semblent faire apparaître la situation particulièrement intéressante de l'approche pathologique pour approcher la question des ambiances.

Aussi, ce travail exploratoire se propose, à travers l'observation des conduites d'enfants présentant des troubles psychiques, de mettre à jour des critères de compréhension de la relation sujet-environnement et d'apporter une aide à la conception des bâtiments pédopsychiatriques.

Il s'organise autour de deux questions principales :

- **Pouvons-nous évaluer le rôle des ambiances dans les structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves ?**
- **Cette observation peut-elle aider à repenser les ambiances au sein des structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves ?**

1 - CONDUITES CARACTERISANT LA RELATION SUJET - ENVIRONNEMENT

Ainsi nous avançons comme première hypothèse :

- **Il existe des conduites spatiales, sociales et affectives types des enfants présentant des troubles psychiques au sein de leur milieu d'accueil et ces conduites là, s'illustrent à travers un certain nombre de modes d'action récurrents.**

Selon la définition du dictionnaire[138], une conduite est une « action de se diriger soi-même ; façon d'agir (agissement, attitude, comportement, façon, manière." Mais la définition psychologique qualifie ce terme de : "manières d'agir, de se comporter d'un individu dans une circonstance déterminée. ». Le terme d'attitude, en référence au comportement, nous semble ici plus approprié. Ainsi, nous retenons comme définition de **conduite : attitude d'un individu dans une circonstance déterminée**.

[138] Dictionnaire *Le Robert,* pour *Le Nouveau Petit Robert*. Montréal : Dico Robert, 1996.

Dans un contexte donné, nous pensons que les attitudes d'un sujet varient par rapport à l'espace dans lequel il se trouve, par rapport aux personnes présentes dans cet espace et par rapport à son affectif. Ainsi, ces conduites peuvent être spatiales, sociales et affectives.

Mais, un sujet agit simultanément en rapport à un contexte spatial, social et affectif. Ainsi, même s'il est important de préciser ici qu'une conduite spatiale est aussi sociale et affective et vice-versa, nous décidons de relever ces conduites indépendamment les unes des autres. De cette manière, **nous essayerons de qualifier l'attitude du sujet par rapport à la dimension spatiale, à la dimension sociale et affective.**

Ainsi, chaque conduite spatiale, sociale et affective relevée, est typifiable par des modes d'actions. Dans un premier temps, définissons les termes « mode » et « action ».

> Mode : « *Manière individuelle de vivre, d'agir, de penser », « manière collective de vivre, de penser, propre à une époque, à un pays, à un milieu* ».
>
> Action : « *Ce que fait quelqu'un et ce par quoi il réalise une intention ou une impulsion. », « Fait de produire un effet, manière d'agir sur quelqu'un ou quelque chose* ».

Ainsi, nous abordons ces **modes d'actions comme les manières individuelles ou collectives d'agir, de faire en fonction d'un contexte précis.**

En effet, ces modes d'actions peuvent être mis en œuvre par tous les usagers de la structure ou par une seule partie mais peuvent également être propres à un seul d'entre eux, à partir du moment où cette action est récurrente et non exceptionnelle. Ainsi, **ces modes d'actions peuvent être qualifiés d'actions caractéristiques des usagers.**

Un mode d'action peut se constituer, s'illustrer par un certain nombre d'actions, dans ce cas le mode d'action représente une appellation générique des actions répertoriées. Mais il peut aussi représenter une action particulière à partir du moment où celle-ci est toujours effectuée par le(s) enfant(s) de manière identique.

Ainsi, nous pensons que dans le contexte d'un milieu spécialisé, le fait d'étudier les modes d'actions types des attitudes ou conduites spatiales, sociales et affectives des usagers, nous permettra de souligner la co-détermination sujet - environnement.

2 - FACTEURS ET COMBINAISONS DE FACTEURS DETERMINANTS DES CONDUITES

Ainsi nous avançons comme deuxième hypothèse :

- **Certains facteurs ambiants et combinaisons de facteurs sont déterminants des conduites des enfants au sein de structures spécialisées.**

En référence à la définition du terme facteur « *agent, élément qui concourt à un résultat* »[139], nous pensons qu'il existe des facteurs qui participent à la formation d'une ambiance et par conséquent sont déterminants des conduites des enfants. Nous les appellerons ici facteurs ambiants.

Les ambiances, dans une dynamique temporelle sont au carrefour des formes, des formants et des formalités[140]. Aussi, ces facteurs sont de natures différentes aussi bien relatifs à la temporalité, qu'à l'environnement spatial et physique (le cadre bâti, aménagé et ses différentes caractéristiques physiques), qu'à l'environnement sensible (les capacités sensorielles des enfants) et qu'à l'environnement social (les activités des enfants et leur différentes charges affectives et symboliques, la population présente etc.).

Cependant, nous pensons qu'il est difficile d'analyser de nombreuses situations, sans prendre en compte le contexte d'ensemble, la présence déterminante de différents facteurs de façon simultanée. Le plus souvent, l'enfant ne se positionne pas seulement par rapport à l'organisation spatiale que lui offrent les structures d'accueil mais aussi par rapport aux autres, aux caractéristiques physiques des espaces etc. Aussi nous

[139] Dictionnaire *Le Robert,* pour *Le Nouveau Petit Robert*. Montréal : Dico Robert, 1996.
[140]CHELKOFF, Grégoire. *L'urbanité des sens. Perceptions et conceptions des espaces publics urbains*. Thèse en urbanisme. Grenoble : Université Mendés France, Institut d'urbanisme de Grenoble, 1996.

pensons qu'il est possible et très intéressant de relever des configurations sensibles qui se caractérisent par des combinaisons de facteurs.

Les différents facteurs ambiants et combinaisons de facteurs mis à jour permettront de souligner les interrelations sujet-environnement, les interrelations des facteurs entre eux, ainsi que la manière dont le sujet perçoit son environnement quel qu'il soit et ce par la convocation et la combinaison de divers facteurs sensibles.

3- UNE AIDE A L'AMELIORATION DES AMBIANCES

Ainsi nous avançons comme troisième hypothèse :

- **Les éléments mis à jour, les conduites types, les facteurs et les combinaisons de facteurs ambiants nous permettent de préciser des aides à la programmation et des aides à la conception de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques.**

Le but de ce travail n'est pas d'apporter des solutions architecturales types. En effet, nous pensons que la normalisation comporte premièrement un risque d'appauvrissement architectural et de renouvellement et deuxièmement d'aboutir à des solutions ne correspondant plus aux attentes des équipes, étant donné que les théories, les thérapeutiques, l'organisation sur lesquelles se basent les différentes structures ne sont pas toutes identiques et évoluent très rapidement en fonction des politiques de prise en charge de la maladie mentale. D'ailleurs, à l'échelle du projet dans son ensemble, au cours de l'histoire, nous avons connu la mise en place de plusieurs plans types réalisé sans aucune adaptation que ce soit par rapport à la spécificité des équipes, aux pathologies prises en charge, au terrain d'implantation (orientation, topographie etc.).

Cependant, nous pensons que les conduites des enfants ainsi que les facteurs et combinaisons de facteurs ambiants, nous permettent de repenser l'architecture pédopsychiatrique par l'intermédiaire des ambiances.

Premièrement, nous pensons qu'il est primordial de prendre en compte les usages, les ambiances le plus tôt possible dans le processus d'élaboration du projet. Ainsi dés la

phase de programmation, les éléments mis à jour dans ce travail permettront de définir les attentes en terme d'usages, de pratiques et d'intégrer la dimension sensible afin que le programme dépasse la simple expression technique du projet.

Deuxièmement, au niveau de la phase de conception. Le répertoire de conduites usagères et celui des facteurs et combinaisons de facteurs permettront d'enrichir la phase d'accumulation du concepteur en lui permettant une meilleure compréhension, par exemple, des relations que l'enfant présentant des troubles psychiques entretient avec son environnement spatial, physique, social et sensible, de sa part active, de l'importance de la prise en compte non seulement de la vue mais aussi de toutes les autres modalités sensibles. Ainsi, l'enrichissement du recueil d'informations relatif aux structures spécialisées permettra à l'équipe de conception d'ajuster ses choix, ses idées directrices.

La prise en compte de l'ambiance dans la conception permet en effet de considérer l'espace non plus comme une fonction ou une forme générée par la technique le matériau, mais comme un espace dans lequel technique, matériaux, génèrent forme, fonction, usage, sensible. Le concepteur considère des expérimentations de comportements physiques, de pratiques sociales et culturelles par l'espace.

« *L'ambiance fait partie de l'idée génératrice du projet. Ainsi l'usager, sa pratique de l'espace deviennent déterminant pour le concepteur qui devra considérer l'espace comme un potentiel d'ambiance. C'est l'étude de la relation de l'usager avec l'espace construit et ce par la reconnaissance de la perception de l'usager.* »[141]

De plus, nous avons vu au cours du précédent développement que tous travaux désireux de proposer des outils d'aide à la conception architecturale doivent intervenir en amont des études d'avant-projet, les fondements du projet s'élaborant à la phase d'esquisse.

Aussi, injecter toutes les données interdisciplinaires en amont du projet permet d'éviter une recherche « *appliquée* » au profit d'une recherche « *impliquée* »[142].

[141] AMPHOUX, Pascal. *La notion d'ambiance. Une mutation de la pensée urbaine et de la pratique architecturale*. Lausanne : Institut de Recherche sur l'Environnement Construit Département d'Architecture, 1998.
[142] Id.

Enfin, les éléments mis à jour dans ce travail permettront de constituer un recueil de références de configurations sensibles existantes.

Mais comment accéder aux ambiances, aux conduites usagères, à la relation que le sujet entretient avec son environnement ? Comment intégrer le contexte particulier des structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves ?

Dans la partie suivante, nous présentons notre méthode. Après avoir discuter notre hypothèse, nous détaillons les différentes étapes de notre démarche, depuis la recherche de nos terrains d'observations jusqu'à l'analyse de notre corpus.

V- M É T H O D E

1- HEURISTIQUE SPATIALE ET AMBIANTALE D'UNE PATHOLOGIE

Nous avançons comme hypothèse méthodologique que :

- **Le détour par la pathologie spatiale et ambiantale des enfants présentant des troubles psychiques graves est un moyen heuristique d'aborder la complexité des liens entre ambiances, conduites spatiales et comportements (collectifs).**

Divers travaux se servent du pathologique pour accéder au normal. G. Canguilhem s'appuie sur des exemples pris dans la médecine somatique pour démontrer que c'est à partir de la pathologie que nous connaissons le normal. « *La maladie nous révèle des fonctions normales au moment où elle nous en interdit l'exercice. (…) C'est l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal* ».

Dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie, de nombreux cliniciens ou philosophes, considèrent que le pathologique est un révélateur du normal. Parmi eux, Henry Maldiney souligne le fait qu'une pathologie comme la psychose peut permettre de révéler des éléments qu'un sujet « mentalement sain » ou névrosé voile, cache par sa capacité de représentation ou d'ajustement en référence aux normes socio-culturelles.

« *Mais la psychose ne se laisse pas faire. Sa dramatique témoigne ce qu'il y a d'irréductible dans l'homme. Ce que ne peuvent faire avec la même acuité ni le névrosé ni l'homme bien portant, parce qu'ils disposent, vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres, d'un espace de jeu qui leur permet justement « de jouer le jeu »… de l'accommodation neutralisante.* »

L'approche du pathologique est alors révélatrice de l'humain comme le souligne à son tour Fernand Deligny qui défend le fait que les autistes nous donnent à voir le « à même les choses » à partir du moment où ils n'ont aucune référence à laquelle se plier, mise à part celle d'*être,* simplement. « *Bien sûr l'autiste n'est pas le représentant en personne de l'humain mais demeure pour lui cette échancrure vers le tout naturel qui chez nous est ensablée.* » (…) « *Il y a des dispositifs d'existence qui se prêtent à ces moments et d'autres qui sont pauvres en moments. Janmari est un révélateur de ces moments alors que les autres sont retenus par cette espèce de contrat que le langage instaure* ». (…) « *A l'insu de notre intention consciente Janmari exprime bien, par moments, un émoi commun. Les virevoltes de sa ligne d'erre ne sont pas seulement le signe qu'il nous cherche, mais aussi qu'il marque, qu'il scande à sa manière des moments qui pour nous sont toujours perdus* »[143].

En effet, notre culture, notre éducation nous inculquent des normes socioculturelles. Ces normes définissent les conduites appropriées pour un individu et par rapport à des situations données. Nous pouvons citer Goffman qui a étudié les conduites sociales dans l'espace public.

« *On peut définir une règle de conduite comme étant un* ***guide pour l'action****, recommandé non parce qu'il serait agréable, facile ou efficace, mais parce qu'il est convenable ou juste. L'enfreindre conduit de façon caractéristique à se sentir mal à l'aise et entraîne des sanctions sociales négatives. (...) Les règles de conduite empiètent sur l'individu de deux façons générales : directement, en tant* ***qu'obligations, contraintes morales à se conduire de telle façon ; indirectement en tant qu'attentes de ce que les autres sont moralement tenus de faire à son égard****.* »[144]

[143] DELIGNY, Fernand. *Les enfants et le silence*. Paris : Galilée, 1980.
[144] GOFFMAN, Erwin. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Edition de Minuit, Volume 2, 1973.

En public, un individu sait qu'il existe des comportements adaptés à la situation sociale dans laquelle il se trouve et qu'il en existe d'autres, inadaptés, en marge du « bien pensant ».

Ces normes se portent à la fois sur les attitudes, les manières d'agir, mais aussi sur les sens que l'individu convoque. En effet, beaucoup de facteurs sensibles sont chargés d'interdits comme le toucher, l'odorat ou le goût par exemple. Même le regard, en public, doit respecter des règles de civilité perceptives (Goffman, 1974.). En effet, si nous nous référons aux travaux de Goffman, il semble inconvenable, lorsque nous croisons quelqu'un dans une rue, de lui adresser un regard insistant. Le regard ne doit pas être intrusif, mais respecter l'intimité de la personne : nous lui jetons un coup d'œil, faisons mine d'un certain détachement, détournons le regard. Autant d'attitudes perceptives respectant les règles de civilité. Même chose pour les comportements en public liés à l'odorat ou le toucher. Flairer son voisin dans l'autobus, le tâter sera perçu comme une réelle agression et un comportement irrespectueux.

De plus, tout sujet dont le Moi est structuré interprète les messages verbaux de son entourage en fonction du contexte dans lequel ils sont émis. Par exemple, le même message ne sera pas analysé de la même manière selon que la situation d'interlocution est teintée d'humour ou de colère, dans des rapports amicaux ou hiérarchiques. Par contre, comme le démontent Sperber et Wilson[145], les sujets présentant des troubles psychotiques[146] ne parviennent pas à prendre en compte de façon pertinente le contexte dans les situations d'interlocution. Nous pouvons citer l'exemple de l'autiste qu'interprète Dustin Hoffmann dans le film de « Raynman ». Il traverse la route au passage piéton quand soudain les avertisseurs lumineux interdisent la traversée aux piétons en affichant le message « don't walk ». Aussitôt, Raynman s'exécute en s'immobilisant en plein milieu de la route alors que grondent déjà les moteurs des véhicules prêts à démarrer. Une personne non autiste serait plutôt allée « contre » le message affiché en accélérant le pas pour ne pas se faire écraser, comportement qui semblerait bien mieux adapté à la situation.

[145] SPERBER D., WILSON D. *La pertinence : communication et cognition*. Paris : Editions de Minuit, 1989.
[146] Sachant que Sperber et Wilson ont principalement travaillé sur les schizophrénies et les psychoses.

Le même contraste s'observe entre personnes autistes et non autistes, en ce qui concerne la théorie de l'esprit[147]. Même le très jeune enfant, dont le Moi n'est pas encore totalement structuré, est capable d'avoir des pensées et des croyances relatives à l'autre et à ses états mentaux. Il est par exemple capable d'intégrer, grâce à certaines récurrences, le fait qu'une personne qui lui tend les bras en lui souriant est bienveillante à son égard. En retour, l'enfant oriente ses attitudes en fonction de son ressenti : il va sourire, vouloir séduire. A l'inverse, l'enfant présentant des troubles psychiques graves, de nature autistique, ne semble pas avoir accès à la capacité d'être en relation avec les états mentaux d'autrui et par conséquent n'a pas la possibilité d'interpréter ou de prédire les comportements d'autrui et, en retour, d'orienter les siens de façon adaptée.

En ce qui concerne les modalités sensibles, il semble que la société occidentale se caractérise par la primauté de la vue au détriment des autres sens. Nous pouvons appuyer notre discussion sur l'exemple du paysage.

En effet, Jean-François Augoyard dénonce le fait que le sens de la vue doit être complété par d'autres facteurs sensibles. « *Le paysage n'est-il qu'à voir ? (...) Dans notre culture, la seule énonciation du mot « paysage » entraîne l'exercice du voir.* » La dimension sonore tient un rôle important dans la perception d'un paysage. En effet, celui-ci ne donne pas qu'à voir, mais à l'inverse, se constitue de diverses sonorités qui colorent, participent activement à la formation de l'ambiance caractéristique du paysage.

Par la même, beaucoup d'auteurs ou chercheurs ont axé leurs travaux sur une sensorialité souvent unique, celle du regard. Parmi eux Goffman, qui concentre la plupart de ses réflexions sur le visuel et le tactile. Simmel, quant à lui, dans son essai sur la sociologie des sens, propose de s'intéresser aux sens de l'individu et à leur impact dans les rapports sociaux. « *(...) Chaque sens fournit d'après son caractère spécifique des renseignements caractéristiques pour la construction de l'existence collective, et qu'aux nuances de ses impressions correspondent des particularités, des relations sociales.* »[148]

[147] LESLIE, A.M. *Pretense and representation : the origines of « theorie of mind ». In* Psychological revue, 1987, N°4, p 412-426.
[148] SIMMEL, Samuel. *Sociologie et épistémologie : essai sur la sociologie des sens*. Paris : P.U.F, 1981.

Même s'il souligne l'importance de tous les sens comme moyens de connaissance de l'environnement et leur rôle sociologique, Simmel aborde essentiellement le regard, le sonore et l'olfactif, mais toujours de manières indépendantes l'un de l'autre. Nous remarquons que son discours ne balaye pas toutes les modalités sensorielles, ici le goût et le toucher ne sont pas abordés. Pourtant, le toucher ne joue t-il pas un rôle important dans les rapports sociaux ? Ne participe t-il pas à établir des liens ? Ne peut-il pas être considéré comme un moyen de communication ? Et qu'en est-il du goût ?

Nous pensons que les comportements des jeunes enfants sont encore peu influencés par des règles de civilités. Par ailleurs, les troubles comportementaux et sociaux des enfants présentant des pathologies psychiatriques sévères (psychoses et autisme), rendent compte de leur affranchissement vis-à-vis des retenues socioculturelles qui gèrent les comportements de tout individu dont le Moi est structuré. En étudiant une telle population, nous pouvons nous intéresser à la majeure partie, voire même à la totalité des facteurs sensibles ainsi qu'à leurs combinaisons.

Par conséquent, nous pensons que le détour par la pathologie est un révélateur des interrelations que le sujet entretient avec son environnement quel qu'il soit. Elle nous permet, en effet, d'observer les ambiances, de les caractériser et de mettre à jour certains facteurs ambiants et combinaisons de facteurs dans un contexte donné.

Aussi après avoir discuté notre hypothèse méthodologique, dans un premier temps, nous présenterons les différents éléments théoriques sur lesquels nous fondons notre démarche méthodologique, puis nous exposerons le contexte global de ces observations (les terrains, les lieux et les temps d'observation) et enfin nous détaillerons les différentes étapes de la méthode.

2- DESCRIPTIONS ETHNOGRAPHIQUES

Ces observations sont comparables à des observations ethnographiques. Elles consistent, comme l'explique Laplantine, à l'« *écriture du voir* ».

Etant donné le contexte sensible que constitue notre terrain, l'extrême réactivité des

enfants à tout changement, il est indispensable, au cours de ces observations, que notre présence soit très discrète et perturbe le moins possible leur quotidien. Ceci dans le but d'approcher au plus prés la « réalité » du terrain. C'est cette nécessité qui conditionne notre démarche méthodologique.

2.1- ENTRE OBSERVATION PARTICIPANTE ET OBSERVATION PASSIVE

Au sein d'une structure accueillant des enfants présentant des troubles psychiques, il semble qu'une observation participante soit la seule adaptée au contexte et susceptible de garantir la richesse de nos investigations. Nous sommes convaincu que la présence d'un observateur passif, toujours en retrait par rapport aux enfants, aux activités, aux jeux et aux discussions, susciterait de nombreuses questions de la part des enfants et ne serait pas réellement acceptée par le groupe. De plus, il est impensable qu'une personne reste en permanence extérieure au groupe sans qu'aucun enfant ne vienne la solliciter. A l'inverse l'observation participante nous offre un tout autre statut et favorise notre intégration au sein de la vie quotidienne des structures. A partir du moment où nous partageons des jeux, des discussions, des câlins, de nombreux moments avec les enfants, nous pensons que dans un premier temps ceci nous aide à faire leur connaissance et celle de l'équipe soignante, par conséquent à trouver notre place, à nous intégrer. Puis, dans un second temps nous pensons que ceci nous aide à accéder à beaucoup de situations auxquelles les enfants ne nous auraient jamais permis d'assister. En effet, le fait de participer à la vie sociale, à la vie quotidienne des lieux d'accueil a l'avantage indéniable de gommer en grande partie notre statut d'observateur si bien que les enfants nous permettent d'assister, même si nous ni participons pas, à leurs jeux, leurs regroupements à l'abris des regards des soignants etc.

Pourtant si nous refusons de nous placer dans une démarche d'observation passive, nous nous positionnons en marge de certaines études s'appuyant sur l'observation participante. Nous pouvons citer parmi tant d'autres l'expérience de Peneff qui introduit un service d'urgence non seulement physiquement, mais aussi par son statut puisqu'il tient le rôle d'un brancardier, avec toutes les responsabilités que cela incombe. Il précise bien qu'il fait les mêmes gestes que ses collègues et qu'il assume la même part

de tâches que ces derniers.

A l'inverse notre degré de participation n'est pas total, puisque que nous ne nous investissons pas de la même manière qu'un soignant (infirmier ou éducateur) : nous restons donc volontairement et explicitement « architecte ».

Contrairement aux soignants, nous ne proposons aucunes activités particulières aux enfants, ou alors que très rarement et lorsque c'est dans l'intérêt des enfants ou/et des soignants, généralement lorsqu'un soignant veut s'isoler avec un autre enfant. Ce choix est dicté par le fait que nous tenons à ce que l'enfant fasse, avec nous, ce qu'il a réellement envie de faire, qu'à chaque instant, il soit en accord avec ce qu'il vit.

De plus, en présence des soignants, nous n'intervenons jamais, sauf, bien sûr, lorsque la situation échappe au regard ou à l'oreille du soignant, et qu'il y a urgence (un enfant est en danger, etc.). A l'inverse, à partir du moment où nous sommes seuls avec les enfants (sans présence des soignants), nous intervenons principalement en fonction de nos valeurs humaines (lorsqu'un enfant est en danger, est violent avec l'un de ses camarades, etc.).

Enfin, nous répondons, dans la mesure du possible, à toutes les demandes des enfants qu'elles soient explicites ou implicites. Si un enfant nous apporte un livre, nous le lisons ensemble ; s'il veut jouer, nous jouons ; s'il a besoin de réconfort, nous tentons de lui en fournir etc. Par rapport aux soignants, nous essayons aussi, dans la mesure du possible, de nous rendre disponible pour leur donner un « coup de main » par rapport aux enfants ou par rapport à quoi que ce soit concernant la vie au sein de la structure (mettre la table avec un enfant, rester un moment dans le groupe avec les enfants pour qu'ils puissent parer de leur côté à une situation difficile etc.).

Dès notre arrivée dans la structure, l'équipe soignante nous présente aux enfants comme « *étudiants en architecture et désireux d'observer les conditions d'accueil de la structure afin de réaliser un projet* ». Le fait de se positionner en accord avec nos propres convictions, notre sensibilité et non en calquant nos actions sur la démarche des soignants, nous semble ici très important et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le fait d'assumer le rôle d'un soignant (infirmier ou éducateur) aurait déjà signifié en avoir la compétence théorique, ce qui n'est pas notre cas. Même si les valeurs humaines peuvent répondre à la majeure partie des situations, nous ne pouvons prétendre répondre

à toutes, d'autant plus que les interventions des soignants auprès des enfants doivent s'inscrire dans une logique de soin, une continuité, en rapport avec une problématique particulière, une histoire. Ensuite nous sommes convaincus que cette position a participé à notre bonne intégration au sein des équipes soignantes. En effet, étant donné notre statut de « stagiaire architecte » novice en matière de psychiatrie et désireuse d'observer les enfants au sein de leur milieu d'accueil, il nous semblait indispensable de ne pas nous imposer.

Ainsi, notre démarche se rapproche de l'observation participante tout en restant un peu en retrait par rapport au rôle des soignants, de la profession, véritablement en accord avec notre statut d'architecte stagiaire.

2.2 - ACTIVITE PERCEPTIVE

Les ambiances sont toujours situées, elles dépendent d'un contexte précis, d'une dynamique spatiale, temporelle et sociale. Chaque élément du contexte participe à la formation d'une ambiance particulière. Ainsi, dans une perspective d'approche des ambiances, nous nous attachons, de front, à la globalité des facteurs. Il n'existe pas de préséance des formes spatiales ou des pratiques sociales mais il s'agit bien de tous ces facteurs en même temps. Le regard est ici capital, au centre de l'activité ethnographique. Mais l'ouïe est aussi extrêmement importante. Raymond Firth[149] disait « *Un historien peut être sourd, un juriste aveugle, un philosophe peut à la limite être les deux, mais il faut que l'anthropologue entende ce que les gens disent et voit ce qu'ils font* ». Mais soulignons ici l'importance de toutes les modalités sensibles qui nous permettent d'accéder de façon la plus complète à une situation donnée. Dans l'activité perceptive, le corps est aussi très engagé. Comme Merleau-Ponty le souligne le regard engage le corps, puisqu'il s'effectue à travers celui-ci.

« *Puisque le même corps voit et touche, visible et tangible appartiennent au même monde. C'est une merveille trop peu remarquée que tout mouvement de mes yeux – bien plus, tout déplacement de mon corps – a sa place dans le même univers visible que par eux je détaille et j'explore, comme, inversement, toute vision a lieu quelque*

[149] Cf. LAPLANTINE, François. *La description ethnographique*. Paris : Nathan, 1996.(Université, 128 Sciences Sociales)

part dans l'espace tactile» [150].

En ce sens toute notre personne est mobilisée pour cette activité perceptive.

Nous savons ce vers quoi nous tendons, ce à quoi notre regard et toutes nos modalités sensibles vont être particulièrement attentives. Pourtant il est important d'accorder une attention flottante à l'observation, de ne pas orienter tout ce que nous observons pour se laisser surprendre. « *Le travail ethnographique (…) suppose un regard qui ne saurait être ni désinvolte ni crispé* »[151].

2.3- LA NOTION D'OBJECTIVITE

Pour cette activité perceptive, il est important d'essayer d'oublier nos *a priori*, nos références, tout élément qui tendrait à formater nos observations afin de leur garantir un minimum d'objectivité. Cependant, même s'il est important de toujours garder à l'esprit les éventuels biais susceptibles d'avoir une incidence, de porter préjudice à l'objectivité de notre travail, nous sommes bien conscients des difficultés qui y restent liées et ce pour diverses raisons.

En effet, la « distanciation objective » souvent citée dans les manuels d'ethnographie et qui permettrait de rester objectif par rapport à notre terrain, reste difficilement crédible. Lorsque nous sommes intégrés dans la vie quotidienne d'un milieu, quel qu'il soit, il semble difficile d'affirmer que nous en sommes « distanciés », que nous gardons systématiquement le recul nécessaire pour garantir la neutralité de notre travail.

« *L'échec qui résulte d'un essai de couler dans un moule non approprié une somme d'observations discrètes crée effectivement une distance entre l'observateur et l'observé qui peut faire croire à l'objectivité de l'analyse. (…) En fin de compte, vouloir une distanciation de cette nature, c'est vouloir établir des rapports unilatéraux. (…)* »[152]

A partir du moment où nous essayons de nous intégrer dans un milieu, un groupe à étudier, qu'il s'agisse d'observation participante ou passive, il semble difficile de dire

[150] MERLEAU-PONTY, Maurice. *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1979 (1964).
[151] LAPLANTINE, François. *La description ethnographique*. Paris : Nathan, 1996. (Université, 128 Sciences Sociales)
[152] CRESSWELL, Robert. *Eléments d'ethnologie*. Paris : Armand Colin, 1975. (Collection U)

en être « distancié ».

De plus, toutes les observations que nous récoltons ne peuvent être objectives au sens littéral du terme : malgré notre attention à maintenir une position de recul par rapport au terrain, notre sensibilité est directement impliquée dans l'activité perceptive. Il est évident que notre observation n'est jamais totalement naïve et pure, mais elle est guidée par ce que nous cherchons, notre problématique, notre formation, notre personnalité. Il semble important de ne pas croire à l'illusion positiviste qui tendrait à dire que les observations sont le reflet exact du réel, des bribes du réel non plus qu'à l'illusion subjectiviste qui tendrait à dire que toute observation est le fait du chercheur. « *Au sens où nous l'entendons, les données [toutes informations consignées par le chercheur] sont la transformation en traces objectivées de morceaux du réel tels qu'ils ont été sélectionnés et perçus par le chercheur.* »[153]

Enfin, nous pensons qu'il est important que l'observateur prenne conscience des répercussions que peut entraîner sa présence au niveau de la population étudiée. Par conséquent, s'il estime que sa présence a modifié le comportement d'une ou plusieurs personnes, à tel ou tel moment, il est important qu'il le prenne en considération dans son analyse, afin d'essayer d'être le plus objectif possible. Cependant, certaines fois, par exemple dans le cadre des vidéos, nous nous servirons de la position perturbante de la caméra comme d'un outil méthodologique d'investigation tout en prenant en compte ce contexte particulier (Althabe 1990).

3 - TROIS TERRAINS D'INVESTIGATIONS

3.1 - CHOIX DU TYPE DE STRUCTURES

Il existe deux sortes de prises en charge hospitalière pour les enfants présentant des troubles psychiques : une prise en charge de jour et une prise en charge à temps complet qui s'effectue dans un internat. Ce deuxième type de structure prend en charge les enfants toute la semaine, jusqu'au week-end, où ces derniers retrouvent leur famille.

Il est vrai que l'internat aurait eu l'avantage de nous permettre d'observer les enfants sur

[153] LAPLANTINE, François. *La description ethnographique*. Paris : Nathan, 1996. (Université, 128 Sciences Sociales)

des temps beaucoup plus long, avec la possibilité de prendre en compte le lever du jour, la tombée de la nuit et lors d'activités beaucoup plus diversifiées (prises en charge diurnes, moments de la vie quotidienne, activités du soir etc.) ce qui par conséquent nous aurait permis d'approfondir le rapport que l'enfant entretient avec son corps, avec la nourriture, la nuit, le rapport à la dimension temporelle etc. Cependant, dans le cadre de ce travail, la prise en charge à temps plein, nous semblait beaucoup moins valide que celle en hôpital de jour et ce, pour diverses raisons.

Soulignons ici que la théorie actuelle de prise en charge des enfants présentant des troubles psychiques tend à favoriser les prises en charge à temps partiel plutôt que celles à temps complet. En effet, l'hôpital de jour offre l'avantage évident de permettre un traitement intensif de l'enfant et du milieu familial, sans pour autant interrompre la relation parents-enfants.

Par ailleurs, les enfants accueillis dans un internat ont beaucoup moins de relation avec l'extérieur que dans un hôpital de jour. Généralement très régressés, leur rapport aux autres est beaucoup plus problématique. À l'inverse, un hôpital de jour a l'habitude de recevoir des stagiaires et les enfants sont davantage en présence de personnes extérieures à la structure, ce d'autant que, chaque soir, ils retrouvent leur famille (certains vont faire les courses avec leurs parents, d'autres ont une grande famille, d'autres encore vont à l'école etc.).

Ainsi, le choix de nos terrains s'est orienté vers des hôpitaux de jour.

3.2- NECESSITE D'UNE PLURALITE ET D'UNE DIVERSITE DE STRUCTURE

Afin de disposer de divers contexte d'observation, d'établir des comparaisons, de pouvoir croiser nos résultats et faire apparaître d'éventuelles récurrences, nous avons décidé de choisir plusieurs terrains d'observation.

Nous disposions déjà d'une structure susceptible de nous accueillir pour mener à bien ce travail : l'hôpital de jour d'Echirolles Sud à Grenoble, service au sein duquel nous avions réalisé les observations relatives à notre travail de DEA, d'avril à juin 2001.

Puis, en 1999, lors de la préparation de notre TPFE (Travail Personnel de Fin d'Etudes en architecture) nous avions réalisé des visites et des enquêtes auprès de plusieurs équipes soignante de la Fondation Vallée (celle de l'internat des petits, celle de l'internat des adolescents et celle de l'hôpital de jour des petits). Aussi nous avons décidé d'aller leur présenter ce nouveau projet. Après une rencontre avec le chef de service de la structure, puis avec l'équipe soignante, l'équipe a pris le temps de réfléchir et nous a donné une réponse positive quelques mois après.

Pendant ce temps d'attente, grâce à un annuaire national des hôpitaux de jour pour enfants et adolescents, nous recherchons un troisième hôpital de jour qui nous permettrait de compléter judicieusement notre échantillon et notre terrain d'investigation.

En effet, il nous a semblé important que les structures présentent des points de divergences mais aussi des points communs indispensables à la cohérence de ce travail. Chacune doit accueillir un nombre d'enfants assez conséquent (entre 24 et 30 enfants), de sexes différents, âgés de 4 à 12 ans et présentant des pathologies très diverses (troubles psychotiques ou autistiques), certains enfants étant très régressés, tandis que d'autres beaucoup moins malades. La prise en charge des enfants doit être pluridisciplinaire. Si l'observation, l'encadrement et les soins éducatifs sont confiés aux soignants référents, des soins plus spécifiques sont dispensés par des intervenants spécialisés en matière de psychologie, psychomotricité, orthophonie, soutien pédagogique.

Pourtant, des différences interviennent qui enrichissent ce travail comme par exemple l'organisation de la journée des enfants, la situation géographique des structures (localisation, environnement, climat) et leur architecture (date de construction, organisation, aménagement, caractéristiques physiques des espaces etc.).

Cependant, lors de nos recherches d'un troisième lieu, nous avons été confrontés à de telles difficultés pour faire accepter notre projet, que nous avons été contraint d'élargir au maximum nos critères tout en privilégiant celui d'avoir accès à un hôpital de jour relativement récent (construction neuve). Une première prise de contact est réalisée par téléphone pour discuter, soit avec la secrétaire, soit directement avec le chef de service, de notre parcours, de notre projet de thèse, des lieux de prises en charge et de la possibilité d'être acceptée en tant que stagiaire. Dans 90% des cas, cette première prise de contact n'aboutit à rien : nous adressons alors une demande écrite qui reste la plupart

du temps sans réponse. Après environ 12 mois de recherche, le chef de service de l'hôpital de jour « Mosaïque » de St Geneviève des bois nous présente à l'équipe soignante qui finit par nous donner une réponse positive.

4- PRÉSENTATION DES TERRAINS

4.1- HOPITAL DE JOUR D'ECHIROLLES SUD

a- Présentation du site

L'hôpital de jour est isolé du centre actif d'Echirolles (agglomération grenobloise) et se trouve dans l'enceinte de l'hôpital général, au rez-de-chaussée du bâtiment réservé à la psychiatrie adulte. Ce bâtiment datant des années 70 correspond parfaitement à la politique de prise en charge de l'époque qui favorisait l'installation des lieux de soins en périphérie des villes, le plus souvent, dans l'enceinte de l'hôpital général. Le site de l'hôpital Sud se situe dans un tissu aéré (tissu d'habitat individuel et collectif).

Au sein même du site de l'hôpital Sud, la structure se situe dans un tissu très aéré. Elle est totalement indépendante de l'hôpital général, voire même un peu isolée du fait de l'importante distance qui la sépare de ce dernier.

L'hôpital de jour se trouve dans un environnement végétalisé : la partie Sud-est de l'hôpital est bordée par un grand jardin privé auquel ont accès les enfants et les parties Nord-Ouest et Nord-Est par des étendues plantées d'arbre et de gazon, inaccessibles aux enfants.

b- Présentation de la structure

L'hôpital de jour d'Echirolles Sud est une U.S.N. (Unité de Soins Normalisée). En effet, comme nous l'avons vu précédemment, à la fin des années 60 – début des années 70, en réponse à l'ampleur des besoins hospitaliers, le Ministère de la Santé Publique organise l'industrialisation de prototype de modules de petites taille : les unités de soins normalisées dont les U. S. N. de psychiatrie pour malades mentaux adultes à l'exception des arriérés profonds et des déments, principalement destinées à compléter les

établissements hospitaliers existants. Ces unités de psychiatrie ont pour rôle de permettre la création de service complet de psychiatrie pour adultes dans les hôpitaux généraux. On en distingue trois types : les P 1, unités de soins de psychiatrie (25 lits) ; les P 2, le secteur hôpital de nuit (16 lits) et le secteur hôpital de jour (20 places) ; le P 3, le secteur accueil et le centre médico-technique, secteur centre social sachant qu'un service complet se compose de quatre Pl, un P 2, un P 3.

L'hôpital de jour pour enfants a ici été installé dans une unité P2 destinée à l'origine à des lits d'hospitalisation pour de la psychiatrie adulte. La trame régulière de la structure porteuse ainsi que les locaux de services situés au centre de l'unité en témoignent. Ainsi, les locaux ont donc été détournés de leur fonction première pour répondre aux besoins de l'hôpital pour enfants. La structure est aujourd'hui située en rez-de-chaussée du bâtiment de psychiatrie adulte de volume simple et unitaire (parallélépipède rectangle). Les ouvertures en façades sont disposées de façon très régulière, en fonction de la trame du bâtiment. Deux sortes d'ouverture sont à observer : des portes fenêtres, dans les espaces communs, coulissantes sur l'extérieur et permettant d'accéder au jardin ; des fenêtres, dans toutes les autres pièces de la structure, coulissantes et d'une hauteur d'allège de 110 cm environ. Chaque ouverture possède un volet roulant métallique.

Etant donné l'isolement de la structure par rapport au centre actif d'Echirolles, l'accès à la structure se fait en voiture. Un grand portail, toujours ouvert, ponctue l'entrée générale du site de l'hôpital Sud. Une fois cette « porte » franchie, une route goudronnée, contournant l'hôpital général, les parkings et des aménagements végétalisés nous conduisent à la structure et à son parking qui la jouxte. L'accès à l'hôpital de jour depuis ce parking est direct, aucun aménagement extérieur n'accompagne l'enfant. Un grand hall d'entrée où se trouve le secrétariat général, commun à la psychiatrie adulte et enfant, conduit à l'entrée de l'hôpital de jour.

PLAN DE LA STRUCUTRE

COUPE TRANSVERSALE AA

Perspective sur les espaces de circulations (photo prise devant l'espace commun)

Photo N°2 : espace jeux

Photos N°1 : espace fauteuils

c- Fonctionnement de la structure

Cette structure accueille 24 enfants, âgés de 4 à 12 ans, atteints de troubles psychiques graves (psychose, autisme), du Lundi au Vendredi, de 9h à 15h30, sauf le mardi de 13h30 à 15h30.

Les enfants viennent soit le matin de 9h à 13h30, soit l'après-midi de 11h30 à 15h30. Chacun a son emploi du temps personnel : certains viennent uniquement le matin, d'autres l'après-midi tandis que d'autres sont accueillis certains jours le matin et d'autres jours l'après-midi. Ainsi, cette organisation permet aux enfants les moins régressés d'être scolarisés ou pour les plus grands, d'être pris en charge par un Centre d'Aide par le Travail : ils assistent à quelques demies journées par semaine, de prise en charge à l'extérieur du centre. Tous les enfants prennent leur repas dans la structure accompagnés de leurs soignants.

À 9h, les enfants du matin, accompagnés par leur chauffeur de taxis arrivent à la structure. Chaque enfant est accueilli par son soignant référent. Tout le monde se dit bonjour, les soignants échangent quelques mots avec les chauffeurs de taxis et les enfants qui déposent leurs affaires dans leurs casiers personnels situés dans le hall d'entrée et la journée commence.

De 9h à 10h c'est un « temps commun » à tous les enfants et les soignants : chacun est libre de ses activités. L'espace commun (espace fauteuil et espace jeux) et les couloirs sont à la disposition des enfants. Les soignants, la plupart du temps, discutent assis dans l'espace fauteuils pendant que les enfants jouent, vont et viennent, vaquent à leurs occupations.

À 10h, c'est l'heure des activités thérapeutiques appelées « temps des pièces » par l'équipe : chaque enfant rejoint sa pièce accompagné de son soignant référent.

À 11h15, les activités sont terminées, les enfants rejoignent peu à peu l'espace commun où ils sont libres de leurs activités jusqu'au repas de midi.

En plus des « temps des pièces », chaque enfant possède son emploi du temps et bénéficie pendant les temps communs de séances de psychomotricité, d'orthophonie ou d'un enseignement spécialisé. Toutes ces activités se déroulent soit dans les locaux de l'hôpital de jour soit à proximité, dans des locaux de l'hôpital psychiatrique pour adulte.

À 11h30 les enfants de l'après-midi commencent à arriver et se joignent aux enfants du matin pour jouer.

À 11h45-12h, suivant l'heure de livraison des repas, les soignants demandent aux enfants d'aller se laver les mains avant de venir s'asseoir sur les fauteuils de l'espace commun pour attendre tous ensemble l'heure du repas. Dans le même temps, deux soignants vont installer les plateaux-repas dans les deux salles à manger de la structure. L'attente est souvent difficile pour les enfants. Vers 12h15-12h30, le repas est prêt à être servi, les enfants rejoignent leur salle à manger.

Vers 13h, le repas est terminé, tout le monde regagne l'espace commun et reprend ses activités.

Environ une demi heure après, la sonnette de l'entrée retentie, les taxis sont là, c'est le départ des enfants du matin tandis que ceux de l'après-midi jouent dans la structure jusqu'à 14h, heure à laquelle ils rejoignent leur pièce pour le temps des activités thérapeutiques.

A 15h, les enfants vont goûter dans leur salle à manger avant que les taxis n'arrivent pour les reconduire dans leur famille.

Chaque jour de la semaine se déroule de manière identique.

4.2- HOPITAL DE JOUR DE LA FONDATION VALLEE

a- Présentation du site

L'hôpital de jour se trouve dans l'enceinte de la Fondation Vallée, le Centre Hospitalier Interdépartemental Pour l'Enfant et l'Adolescent, en périphérie du centre actif de Gentilly.

Le site de la Fondation se situe dans un tissu urbain densément construit (principalement du logement : individuel et collectif), il est parfaitement intégré au tissus environnant. On peut d'ailleurs noter une forte activité piétonnière dans le quartier. Le site comprend un grand nombre de structure de prises en charge spécialisées dans l'accueil d'enfants et d'adolescents présentant des troubles psychiques plus ou moins graves : Centre Médico Psychologique, structures d'hospitalisation à temps complet pour petits, structures d'hospitalisation à temps complet pour grands, des classes etc. L'hôpital de jour que nous choisissons d'étudier est l'hôpital de jour pour petits, situé en périphérie de la partie haute du site, dans un tissus assez dense et un environnement peu végétalisé du fait de la densité de construction. Seuls quelques aménagements soulignent l'entrée de la Fondation, proche de l'hôpital. Les espaces verts dont dispose le site ne sont pas visibles depuis l'hôpital de jour.

b- Présentation de la structure

A l'origine, le C.H.I.P.E.A était une fondation privée. En effet, grâce à un rapport de Bourneville publié en 1895, « Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés », nous savons que Monsieur Vallée, commis instituteur de Bicêtre, acheta en 1847 une propriété à Gentilly pour y fonder sa propre institution privée. Propriété qu'il légua, à sa mort en 1885, au département de la Seine, « *à la condition qu'elle fût affectée non plus aux enfants de la classe riche mais aux enfants idiots et pauvres* ».

A cette même époque, l'asile de Bicêtre se trouve submergé d'enfants et d'adultes malades. Bourneville dénonce la grande promiscuité qui caractérise les conditions de prise en charge de cet asile. Par conséquent, il décide de réaménager la Fondation Vallée afin qu'elle puisse répondre à des critères de qualité en matière d'éducation et de

traitement des enfants aliénés. Misès qualifie cette expérience de « révolutionnaire » et la Fondation de « centre moderne », autant de qualificatif soulignant l'importance des choix de Bourneville qui ont énormément apporté aux conditions de prise en charge de ces enfants le plus souvent abandonnés. En effet, Bourneville a joué un grand rôle tant au niveau de la prise de conscience de l'importance de séparer les enfants aliénés des adultes, que de l'importance du cadre architectural des lieux d'accueil, tant sur les budgets accordés à ces enfants « *dégénérés* » que sur la qualité, la diversification des traitements. En 1908, après le départ de Bourneville, les psychiatres assurent péniblement, « *sans moyens et plus grave encore sans perspectives* », l'ordre et l'hygiène des enfants pris en charge par la Fondation.

C'est en 1965 que la Fondation acquière son autonomie et devient véritablement le Centre Psychiatrique Départemental de la préfecture de la Seine. Les médecins Desclaux et Soulairac prennent en main la rénovation de la Fondation. Pourtant, malgré de nombreuses améliorations tant au niveau des traitements, de l'encadrement scolaire que de la diminution des effectifs (de 250 enfants on passe à 230), l'univers asilaire persiste.

« *Au réfectoire, le mot « salle à manger» ne serait jamais venu à l'idée en voyant ces longues tables de marbre aux pieds de bois blanc solides, aux bancs du même modèle, les enfants mangeaient sans fourchette et sans couteau (jugés trop dangereux pour l'administration) ; seules quelques privilégiées y avaient droit. Le docteur Bourneville aurait été bien étonné lui, pour qui l'éducation commençait déjà là mais le docteur Desclaux n'avait jamais pu l'obtenir.* » (…) « *Les enfants ne disposaient pas non plus de local réservé pour ce que nous appelons aujourd'hui les activités. A la sortie des classes elles étaient enfermées dans une cour entourée de hautes grilles et quand il pleuvait, elles rentraient dans le bâtiment contigu à cette cour, le gymnase.* »[154]

En 1959, Roger Misés prend la tête de la Fondation et entame diverses rénovations et constructions visant à réaliser des structures d'accueil en accord avec la politique de prise en charge des enfants présentant des troubles psychiques (principalement des structures d'accueil à temps plein). L'effectif des enfants passe de 230 à 202 enfants dont 24 en hôpital de jour. Aujourd'hui, le professeur Graindorge en tant que chef de

[154] Extrait du mémoire de Madame Bauer, Cf. MISES, Roger. *Historique*. In Information psychiatrique, 1971, Volume 47, N°8, p 663-674

service de la Fondation encadre les diverses modifications institutionnelles et architecturales : nous retiendrons principalement la destruction de l'ancien Pavillon Bourneville (bâtiment du XIXème) impropre à la prise en charge d'enfants (ne pouvant être mis aux normes actuelles de sécurité incendie) et la reconstruction d'un nouveau Pavillon d'hospitalisation à temps complet pour adolescents, ainsi que la construction de classes techniques (2000), le développement d'un partenariat solide avec l'éducation nationale avec la présence de diverses classes d'enseignement technique et général, la constitution d'une unité pour autistes de 10 à 16 ans (utilisation d'outils inspirés des méthodes comportementalistes comme la méthode Teach, alliés à la « cure en institution » habituelle) ainsi que la favorisation du maintien du lien familial pour les enfants pris en charge à temps complet.

L'hôpital de jour se situe dans un bâtiment de volume simple et unitaire (parallélépipède rectangle, toit à deux pentes). Des percements rythment de façon régulière et en fonction de la trame du bâtiment les façades Est et Ouest du bâtiment, l'une s'ouvrant sur l'accès à la structure et l'autre sur la cour accessible aux enfants et délimitée par une clôture. L'hôpital de jour s'organise sur les deux premiers étages de ce bâtiment R+2, sachant que tous les espaces de vie se situent en rez-de-chaussée.

A l'origine, l'architecture de la Fondation (1840) n'a pas été conçue pour accueillir des enfants présentant des troubles autistiques, aussi, les locaux ont subi quelques modifications pour répondre aux besoins de l'hôpital pour enfants : un volume (parallélépipède rectangle) a été rapporté en arrière du bâtiment, côté cour extérieure à l'Ouest, afin de pouvoir agrandir les espaces de vie des enfants.

Depuis la rue, l'accès à l'hôpital de jour n'est pas direct. Seuls les véhicules de services et ceux du personnel soignant sont invités à pénétrer dans l'enceinte de la Fondation. Ainsi, les parents se garent dans la rue et accompagnent leur enfant à pied. Un grand portail métallique, toujours fermé, marque son entrée et lui confère l'image d'un site privé, où tous les accès sont contrôlés. Les parents sont donc invités à sonner à l'interphone afin que le gardien puisse leur ouvrir. Une fois dans le site, un chemin goudronné les conduit vers l'entrée de l'hôpital de jour. Ainsi, l'accès à la structure constitue véritablement un cheminement progressif depuis la rue.

COUPE AA', sur le groupe de vie

PLAN STRUCTURE

Photos 1 et 2 : Groupe de vie

Photo N°3 : Salle à manger

c- Fonctionnement de la structure

Le Centre de Jour accueille des enfants de 4 à 12 ans atteints de troubles psychiques graves (psychose, autisme) tous les jours de 8h45 à 17h environ.

C'est à partir de 8h45 que les enfants de la structure arrivent accompagnés de leurs parents, d'un ambulancier ou avec le car de la Fondation. La journée commence.

Les enfants sont divisés en trois groupes de huit, sous la responsabilité de deux soignants référents (infirmiers et éducateurs spécialisés). La composition du groupe est stable et ne change pas au cours de l'année. Lorsqu'un enfant souhaite passer un moment dans un autre groupe, il le demande aux soignants. Les matinées et les après-midi des enfants sont animés par différentes activités extérieures au groupe de vie : classes spécialisées pour les enfants susceptibles de suivre un programme allégé, jardins

d'enfants pour ceux dont les retards ne permettent pas une scolarisation même spécialisée, ateliers thérapeutiques individuels ou de groupe animés par les soignants (peintures, soins du corps, expression etc.). L'équipe soignante élabore pour chaque enfant un emploi du temps selon ses aptitudes, en tenant compte à la fois des souhaits de l'enfant et des orientations thérapeutiques susceptibles de lui être favorables. Les repas de midi et les goûters sont pris au sein du groupe référent, chacun possédant sa propre salle à manger et sa cuisine.

Vers 17h, la journée est terminée, les parents, les ambulanciers viennent chercher les enfants.

4.3- HOPITAL DE JOUR MOSAIQUE

a- Présentation du site

L'hôpital de jour est en périphérie du centre actif de Sainte Geneviève des Bois (Essonne) et se trouve dans un tissu moyennement dense d'habitats collectifs et individuels. Ce bâtiment récent s'inscrit dans la politique actuelle de prise en charge des enfants présentant des troubles psychiques en tant qu'hôpital de jour, assurant une prise en charge de l'enfant et sa famille tout en maintenant leurs liens.

La structure se trouve dans un environnement végétalisé : elle est bordée au Sud par une étendue de gazon à laquelle ont accès les enfants. Le jardin se poursuit à l'ouest avec la plantation chaque année d'un potager avec certains enfants pris en charge. Au Nord et à l'Est de la parcelle s'organisent des places de stationnement réservées à l'équipe soignante. Au-delà du périmètre des espaces extérieurs de l'hôpital, au sud une grande rangée de peupliers la sépare du quartier résidentiel qui l'entoure et à l'ouest une grande étendue de gazon la sépare d'une route communale. Un grand portail marque l'entrée du site. Ce portail est toujours fermé et contrôlé grâce à la présence d'un interphone. Les parents et les chauffeurs de taxis qui amènent les enfants bénéficient d'une aire de retournement confortable pour déposer les enfants juste devant l'entrée.

b- Présentation de la structure

Fin 1995, nous assistons à la création de deux secteurs de la psychiatrie enfants : une unité est attachée à l'hôpital de jour du Pradon et l'autre, celle du docteur Vignal se trouve sans espaces d'accueil. C'est alors qu'elle décide de solliciter l'équipe pour la création d'un nouvel hôpital de jour susceptible de répondre aux exigences du secteur.

A partir de 1996, chaque mois une réunion, principalement encadré par le Docteur Charbonneau actuellement chef de service de l'unité et deux de ses collègues, est organisée et ouverte à tout le service afin d'aborder le fonctionnement du futur hôpital de jour. En 1997, la direction de l'hôpital est favorable au projet, les crédits sont débloqués. Le cadre supérieur, le cadre, le médecin ainsi qu'une personne des services administratifs se lancent dans les visites de maison et de terrain à bâtir. Après de grandes difficultés (maisons trop délabrées et risques de difficulté pour mettre aux normes et obtenir la conformité, terrain inadéquat à la destination du bâtiment ou mal desservi par les transports en communs etc.), l'équipe se fixe fin 1997 sur le site des Maryvon. Le service et les enfants accueillis sont provisoirement installés dans d'autres locaux pendant que les réunions concernant le futur hôpital de jour continuent : réflexions autour de trois pôles (l'école, l'administration et la clinique), site délimité, parking etc. En 1999, les réunions s'accélèrent et les choses prennent formes : le pôle administration (accueil/secrétariat, bureaux de consultations, du chef de service) sera entre l'école (trois classes) et la clinique (les espaces de vie des enfants et les salles d'activités). Ainsi, l'école sera bien différenciée de la clinique. Les groupes de vie sont quant à eux souhaités comme des appartements, pour qu'ils constituent un repère pour l'enfant, s'ouvrant sur le jardin au Sud.

L'hôpital de jour ouvrira ses portes en 2001. Après un long travail de fond, le Docteur Charbonneau qui a fait parti des personnes présentes tout au long du projet fait état du principal regret de l'équipe : la trop petite superficie des groupes de vie des enfants.

PLAN DE LA STRUCTURE

Photo N°1 : Espaces de circulation

Photo N°0 : Espaces de circulation

Photo N°2 : Groupe de vie

Photo N°3 : Groupe de vie

Photo N° 4 : Groupe de vie

COUPE AA', sur le groupe de vie

c- Fonctionnement de la structure

La structure accueille les enfants tous les jours du lundi au vendredi de 9 h à 16 h 30, sauf le vendredi après-midi qui est réservé aux réunions d'équipe.

Les enfants arrivent accompagnés soient de leurs parents soit d'un chauffeur de taxi. Les soignants les plus proches de l'entrée au moment de l'arrivée des enfants se chargent de l'accueil. La structure dispose de deux groupes de vie mais les enfants investissent celui qu'ils veulent, sachant qu'un des groupes reste le plus souvent fermé à clef, pour faciliter la surveillance par les soignants. Au cours de la matinée et de l'après-midi, de même qu'à la Fondation Vallée, les enfants, en fonction d'un emploi du temps qui leur est propre, bénéficient d'activités intérieures aux locaux (classe, psychomotricité, pataugeoire etc.) et extérieures aux locaux (classe, poney, piscine etc.). Le reste du temps, les enfants sont libres de leurs activités.

Les repas de midi et les goûters sont pris au sein du réfectoire commun à tous les enfants de la structure. Vers 16h30, la journée est terminée, les parents et les chauffeurs de taxis viennent chercher les enfants.

4.4- L'EQUIPE SOIGNANTE

L'équipe soignante est la même quelle que soit la structure. Elle est pluridisciplinaire, ce qui permet une approche globale de l'enfant et de ses difficultés. Ainsi, la motricité, le langage, la psychologie et le comportement sont pris en compte pour l'observation et le traitement des enfants accueillis dans le service.

L'équipe soignante se compose :

- D'infirmiers et d'éducateurs spécialisés : les soignants référents des enfants. Ils organisent le cadre de vie, point fixe de référence pour les enfants. Ils forment l'équipe de base de l'hôpital de jour et sont chargés d'encadrer les enfants pendant la plus grande partie de leur séjour dans l'institution. Chacun d'eux s'occupe de deux ou trois enfants en particulier. Leur tâche thérapeutique est fondamentale, mais difficile à définir. Il ne s'agit pas de manier une technique spécifique, mais de vivre réellement avec l'enfant et de lui donner l'occasion d'expériences favorables et restructurantes, de servir d'appui à ses processus d'identification, d'où leur appellation de soignant référent.

- De psychomotricien(s), d'orthophoniste(s) et d'institutrice(s) spécialisée(s) qui interviennent ponctuellement selon les besoins de chaque enfant.

- D'un psychiatre et d'un psychologue qui ne vivent pas au quotidien avec les enfants, mais travaillent dans l'unité de consultation attachée à l'hôpital. Chacun possède son bureau et reçoit en observation les enfants et leur famille, avant la prise en charge par la structure. Après l'accueil de l'enfant, ils reçoivent régulièrement en consultation les parents pour faire le point sur l'évolution de leur enfant et selon les besoins, pour leur apporter un soutien psychologique.

Les différents membres de l'équipe soignante se réunissent régulièrement, pour discuter des différents aspects de la prise en charge de chaque enfant, de son évolution dans le centre et des perspectives à envisager.

5- UN CONTEXTE PARTICULIER

Le terrain d'investigation sur lequel portent nos observations ethnographiques induit un contexte particulier qui a des conséquences sur notre démarche. Avant d'exposer les différentes étapes de notre méthode, soulignons ici les particularités de ce terrain.

5.1- SECRET PROFESSIONNEL

Premièrement, un tel contexte d'observation pose le problème de la protection de la personne.

La loi Huriet, fondée sur des valeurs éthiques et scientifiques indissociables, garantit la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. Elle protège leur dignité, leur sécurité et leur dédommagement s'il advenait un incident ou un accident au cours de la recherche.

Dans un registre plus technique, la loi Huriet offre des garanties sur :

- l'utilité de la recherche,
- la rigueur scientifique du protocole d'investigation,
- la conformité aux règles de bonnes pratiques cliniques,
- les conditions de sécurité du site et de l'environnement où se déroule la recherche.

Aussi, même si ce projet ne semblait pas se placer dans un contexte de recherche biomédicale, à la demande d'un chef de service d'un terrain d'investigation, nous avons soumis notre projet de thèse au CCPPRB (Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale) afin qu'il puisse donner son avis sur les conditions de validité de ce travail et d'observation *in-situ*, en référence à la loi Huriet.

Après étude du dossier, le CCPPRB souligne que le cadre particulier de ce travail, bien que concernant des enfants malades très vulnérables, ne relevait pas de la loi Huriet et que, par conséquent, ce projet ainsi que les méthodes mises en œuvre pour y parvenir n'entravaient pas l'éthique et la déontologie du milieu qu'il concernait. Désormais et bien évidemment à partir du moment où les équipes soignantes des différents terrains

d'observation le cautionnaient, ce travail pouvait se réaliser.

Bien sûr, ce travail pose le problème du secret professionnel. En effet, aucune information sur l'identité des enfants, sur leur histoire, leur pathologie ne doit sortir des espaces de soins. Etant donné que les dimensions psychiatriques et psychologiques ne sont pas au centre de nos préoccupations, ce ne sont pas les informations concernant la pathologie des enfants (dont nous n'avons pas connaissance en dehors du diagnostic), mais bien toutes informations susceptibles de révéler l'identité des enfants (les vidéos), qui posent problèmes.

Ainsi, il sera indispensable d'élaborer un protocole de consentement à faire signer par chaque famille, attestant que chacune d'elle donne son accord pour la réalisation de vidéos de son enfant au sein des lieux de vie de la structure, procédure extrêmement longue et délicate.

5.2 – CADRE PARTICULIER DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES

Un hôpital de jour propose, le plus souvent, une grande diversité d'activités thérapeutiques comme la poterie, la pataugeoire, l'atelier contes etc. ainsi que des séances psychothérapiques. Etant donné que ces activités représentent des temps de prise en charge privilégiés pour les enfants et les mobilisent de manière très particulière, parfois même, les plongent dans de grand moment d'angoisse, il est très difficile d'accéder à ces temps de prise en charge. De plus, certaines activités étant directement liées à la problématique de l'enfant, à son histoire, notre position d'architecte est très difficile à faire accepter aux chefs de service.

Afin de ne pas en perturber le déroulement et les bénéfices qu'en retirent les enfants, il a été convenu avec les équipes soignantes que, sauf exception, les activités ou ateliers thérapeutiques ne nous seront pas accessibles.

5.3 – ABSENCE DE LANGAGE DES ENFANTS

Une grande partie des enfants pris en charge dans les hôpitaux de jour ne possède pas de langage verbal. Ainsi, il nous est donc impossible de considérer le recueil de la parole des enfants comme un outil d'approche de leur perception de leur environnement, des ambiances, l'observation des actions et de leurs diverses attitudes, qu'elles soient corporelles, sensorielles ou sonores etc. reste le seul moyen d'approcher la relation qu'ils entretiennent avec leur environnement.

6 – OBSERVATIONS

Nos observations se concentrent essentiellement sur les conduites spatiales, sociales et affectives des enfants dans un contexte global, par conséquent sur :

- les actions des enfants par rapport et sur l'espace construit, son mobilier et ses caractéristiques physiques,
- les actions des enfants en rapport et sur les autres personnes de la structure,
- leurs postures, leurs gestuelles, leurs mimiques faciales,
- leurs modalités sensibles, la manière dont elles sont mises en œuvre et combinées,
- leurs productions sonores,
- les éléments du contexte spatial et physique,
- tous les détails illustrant la relation que le sujet entretient avec son environnement.

Toutes ces observations seront porteuses de messages implicites et explicites.

6.1 - LIEUX ET TEMPS D'OBSERVATION

Les lieux et temps d'observations sont discutés en fonction de nos besoins et des possibilités que nous propose l'équipe soignante de chaque structure.

a- Hôpital de jour d'Echirolles Sud

Nous décidons de baser nos observations sur :

- Les temps communs des enfants à savoir leur arrivée dans la structure, temps libres avant et après les temps des pièces, le départ des enfants) et par conséquent tout ce qui est relatif à l'espace commun, au hall d'entrée et aux couloirs de la structure. Ainsi, nous profitons de la présence de nombreux enfants et de la possibilité d'observer des situations ou des conduites liées au groupe, à la dimension sociale et d'une certaine diversité d'espaces offerte aux enfants (proche des soignants, isolé de ces derniers, proche mais hors de leur champ de vision, éclairé par une lumière naturelle ou une lumière artificielle etc.). Ces observations se déroulent tous les jours de 9h à 10h, de 11h15 à 12h et de13h à 14h sauf le mercredi, où nos observations se déroulent toutes la journée de 9h à 10h, de 11h15 à 12h, de 13h à 14h et de 15h à 15h30. Ces tranches horaires sont suffisamment longues et nous permettent d'observer à la fois, premièrement, des moments particuliers ou moments de transitions, souvent difficile à vivre pour les enfants (9h : arrivée des enfants du matin ; 9h50-10h : approche des activités thérapeutiques ; 11h15 et 13h : retour des enfants dans l'espace commun et les couloirs après les activités thérapeutiques et le repas de midi ; 11h30 : arrivée des enfants de l'après-midi ; 11h45-12h : attente du repas ; 13h30 : départ des enfants du matin.). Deuxièmement, des moments « ordinaires » où l'enfant est libre de ses activités.

- Ponctuellement, à raison d'une fois par semaine, le mercredi, pour perturber le moins possible les prises en charge des enfants, nous observerons les activités se déroulant dans une des pièces de la structure, de 10h à 11h et de 14h à 15h.
- De même pour les repas, nous assisterons deux fois par semaine aux repas, dans la salle à manger, le mercredi et le vendredi de 12h30 à 13h environ. Ainsi, nous pourrons observer des situations où le goût et l'odorat, sens particulièrement difficiles à observer, seront plus facilement sollicités.

Les jours où nous n'assistons pas aux temps des pièces et aux repas, ces plages horaires constituent pour nous des temps de pauses.

b- Hôpital de jour de la Fondation Vallée

- L'arrivée et le départ des enfants dans le couloir d'entrée (il n'existe pas véritablement de hall d'entrée, de dégagement). Ainsi, nous pourrons observer ces deux moments souvent difficiles à vivre pour les enfants. Ces observations se déroulent tous les jours de 8h45 à 9h00 et de 17h à 17h15 environ, sauf le mercredi de 11h45 à 12H.

- Les temps qui se déroulent dans un des groupes de vie et l'espace qui leur incombe. Nous décidons de réaliser nos observations tous les jours de 9h à 17 h, sauf le mercredi de 11h45 à 17h. En effet, au cours de la journée, la plupart des enfants étant en activités, il ne reste sur le groupe parfois qu'un seul enfant. Aussi nous décidons d'augmenter nos temps d'observations

- Les temps des repas, dans la salle à manger. Ces observations se déroulent tous les jours de 12h30 à 13h.

- Ponctuellement, nous assistons à l'activité pataugeoire.

c- Hôpital de jour de Sainte Geneviève des Bois

Nous décidons de baser nos observations sur :

- L'arrivée et le départ des enfants, dans l'entrée. Ces observations se déroulent tous les jours sauf le lundi matin aux environs de 9h00 et de 16h30.

- Les temps qui se déroulent dans un des groupes de vie et l'espace qui leur incombe. Ces observations se déroulent, tous les jours de 9h à 12h et de 13h à 16 h30, sauf le lundi de 13h à 16h30 et le vendredi de 9h à 13h.

- Une fois par semaine, le mercredi nous assistons au repas des enfants.

Enfin les observations des différents sites s'effectueront en deux phases. Une première période d'un mois d'observation en automne-hiver et une deuxième d'un mois d'observations au printemps-été afin de recueillir un maximum d'information et d'observer les changements de comportements des enfants, les interrelations qu'ils

entretiennent avec l'ambiance au cours du temps. De plus notre travail de DEA a démontré qu'au bout d'un mois de recueil d'information, nous retrouvions des récurrences.

Tableau récapitulatif des lieux et temps d'observations d'ÉCHIROLLES SUD			
Espaces observés	Horaires	Jours	période
Espaces commun et de circulations	9h à 10h, de 11h15 à 12h et de13h à 14h	Tous les jours sauf le mercredi	De janvier à mi-février 2003 et Juin 2003
	de 9h à 10h, de 11h15 à 12h, de 13h à 14h et de 15h à 15h30	Mercredi	
Pièces thérapeutiques	De 14h à 15h	Mercredi	Juin 2003
Salle à manger	de 12 h15 à 13h environ	Le mercredi et le vendredi	Juin 2003
	de 12 h15 à 13h et de 15h30 à 16h	Mercredi	

Tableau récapitulatif des lieux et temps d'observations de la FONDATION VALLEE			
Espaces observés	Horaires	Jours	période
Groupe de vie	9h à 12h et de13h à 16h30	Tous les jours sauf le mercredi	De novembre à fin décembre 2002 et de mi-avril à fin mai 2002
	de 13h à 16h30	Mercredi	
Salle à manger	De 12h15 à 13h et de 16h30 à 17h00	Du lundi au vendredi	
Pataugeoire	de 9h30 à 10h30	Le mardi	Mai 2002

Tableau récapitulatif des lieux et temps d'observations de MOSAIQUE			
Espaces observés	Horaires	Jours	période
Entrée, espaces de circulations et groupe de vie	9h à 12h et de13h à 16h30	Mardi, mercredi et jeudi	Mi avril à fin avril et Juillet 2003 et novembre 2003
	de 13h à 16h30	Lundi	
	de 9h à 13h	Vendredi	
Salle à manger	de 12h15 à 13h	Mercredi	

6.2 - DESCRIPTIONS DES LIEUX D'OBSERVATION

A- Description des locaux intérieurs d'ECHIROLLES SUD

a- Enveloppe et organisation spatiale

L'unité se divise en plusieurs espaces : un hall d'entrée, des couloirs, un espace commun ("espace jeux" et "espace fauteuils"), une salle d'équipe, de nombreuses pièces thérapeutiques, deux salles à manger, divers bureaux, des locaux de services et des sanitaires. Nous nous limiterons, ici, à ceux qui sont mis à la disposition des enfants pendant les temps d'observation, pendant les temps communs (temps où les enfants sont libres de leurs activités) soit l'espace commun qui se divise en un espace jeux et un espace fauteuils ; le hall d'entrée et les couloirs de la structure. La salle d'équipe et les sanitaires ne seront pas détaillés car même si ces locaux restent accessibles à tous, les enfants ne sont pas invités à y stationner. Ces différents locaux s'organisent à partir d'une trame régulière. Son organisation rationnelle, très cartésienne répond avant tout à la dimension fonctionnelle.

Hall d'entrée :

Le hall d'entrée de la structure est une petite surface de 13.6 m² (volume de 36 m³), qui se prolonge par les couloirs de la structure. Il fait face aux bureaux des soignants, que l'on aperçoit par une vitre, depuis l'entrée.

Espace commun :

Depuis le hall d'entrée, un couloir nous conduit jusqu'à la salle d'équipe et l'espace commun. Ce dernier est un volume parallélépipède rectangle (10.64 m x 6.20 m x 3 m), bordé au Sud de baies vitrées, qui s'ouvrent largement sur le jardin de la structure.

Une cloison divise l'espace commun en deux parties. La première (espace fauteuils) s'ouvre sur un tronçon des couloirs de la structure tandis que la deuxième (espace jeux) plus à l'écart, est refermée par la cloison de séparation. Deux retombées de poutre se détachent du plafond de l'espace commun, du fait de la trame de la structure de 3.60 m.

Couloirs :

La présence de faux plafond limite la hauteur des couloirs à 2.65 m, et permet de cacher les retombées de poutres visibles dans l'espace commun. Ils sont relativement étroits (1.80 m de large) et leur longueur (28.90 m) accentue cette impression d'étroitesse.

S'organisant autour des locaux de services au centre (sanitaires, bureaux, locaux techniques), ils constituent un parcours rythmé par des portes desservant les différents locaux de la structure. La superficie totale des couloirs s'élève à 141.75 m².

L'organisation des locaux permet d'avoir différents espaces : très ouverts sur l'extérieur, de grandes superficies, plus contenants, loin les uns des autres, à l'abri des regards etc.

b- Mobilier intérieur

Couloirs :

Mise à part une cabane (située au fond des couloirs de la structure), les couloirs sont dénués de mobilier. L'aménagement le plus caractéristique des couloirs étant la rambarde, située à mi-hauteur, qui court tout au long des murs.

Seul l'espace commun et le hall d'entrée possèdent du mobilier.

Hall d'entrée :

Dans le hall d'entrée de la structure se trouvent les casiers des enfants : placards en bois de 2.10 m de hauteur disposés dans le renfoncement de l'entrée. Ce mobilier est fixe.

Espace commun :

L'espace commun possède divers aménagements.

Devant la première baie vitrée de cet espace s'organise l'espace fauteuils (33.60m²), qui comme son nom l'indique, possède un mobilier essentiellement composé de fauteuils de diverses formes. Ces fauteuils s'organisent en périphérie de l'espace dont le centre n'est occupé que par une table basse de forme ronde. Dans l'angle Nord-Est de l'espace se trouve trois petits fauteuils pour enfants et une petite table basse de forme carrée (17.40 m²).

Du côté de l'espace jeux, l'aménagement propose différents sous espaces.

- Un grand trampoline (104 cm x 162 cm) jouxte la baie vitrée centrale.
- Plus loin, devant la troisième baie vitrée s'organisent quelques chaises autour d'une table. Sur l'étagère, située contre le mur, entre le radiateur et la porte, du papier et des feutres sont à la disposition des enfants. Ce sous-espace est délimité physiquement par des paravents en bois, à mi-hauteur.
- L'espace contre le mur, au Nord, constitue un troisième espace où s'organise : dans l'angle Nord-Ouest un matelas, dans l'angle Nord une cabane et au milieu un toboggan.

Dans l'espace résiduel au centre de ces différents sous espaces se trouvent ça et là des tricycles, trottinettes, tonneaux de plastique, carton et bascule, donc du mobilier mobile par essence même.

PLAN – AMENAGEMENT MOBILIER

c- Matière, matériaux et couleurs

Revêtement des sols et des murs :

Le revêtement de sol est le même pour toute la structure : du type linoléum, très lisse, assez froid au toucher et brillant. Seule la couleur de ce revêtement est différente dans les couloirs (crème) et l'espace commun (gris-rose). Le revêtement dessine une trame de 50cm x 50cm.

Les revêtements de mur sont également identiques dans toute la structure, seules les couleurs varient d'un espace à l'autre. Il semblerait que ce revêtement soit constitué d'une tapisserie à résine repeinte par la suite. Ainsi, au toucher, ce revêtement est granuleux car la tapisserie résine constitue une petite trame en relief. Les couleurs varient entre coquille d'œuf et bleu lavande.

Le faux plafond est un plafond suspendu constitué de dalle en plâtre cartonnées, de dimension 60cm x 60cm, reposant sur une ossature apparente de profilés métalliques.

Renforcement des angles :

Chaque angle sortant de la structure est renforcé grâce à une réglette métallique : froide au toucher, mais pas suffisamment réfléchissante pour que l'environnement s'y reflète de manière très lisible et détaillée.

Portes :

Les portes de la structure sont en bois peint de différentes couleurs, sauf celles qui séparent la première partie de la structure de la deuxième, dont la partie centrale est en vitre.

Couloirs :

La main courante présente dans les couloirs est en bois, sa couleur foncée fait qu'elle se détache parfaitement sur la couleur coquille d'œuf des murs, attire l'attention du regard et souligne la perspective des couloirs.

Espace commun :

L'espace commun quant à lui offre une diversité très étendue de matières. Nous énumérons ici les principales :

- Matière réfléchissante : Grand miroir disposé sur le mur Est, lisse et froid au toucher,

possibilité de faire apparaître de la buée ou d'y laisser des traces.

- Matières plus ou moins souple : Fauteuils dont la matière et les couleurs sont diverses : fauteuils vert foncé ou brun, très large, en mousse recouverte d'un revêtement plastique, lisse et assez froid au toucher, très souple, mou quand on s'assoit dessus ; fauteuil vert, en mousse recouverte d'un revêtement plastique, texture à peine granuleuse, souple quand on s'assoit dessus ; fauteuil orange, en mousse recouverte de d'un revêtement plastique, texture granuleuse, raide quand on s'assoit dessus ; fauteuil vert/turquoise, en mousse recouvert d'un revêtement plastique, texture granuleuse, très raide quand on s'assoit dessus.

- Matériaux rebondissant : Le trampoline de couleur jaune offre une toile rebondissante aux enfants, granuleuse au toucher, et des montants métalliques, froids au toucher.

- Matière douce : Le matelas très raide quand on s'assoit dessus, très doux au toucher.

- Matière lisse : Table en Formica, lisse au toucher ; toboggan jaune, en plastique rigide, lisse au toucher ;

- Texture rugueuse : Cabane en bois, chaises en plastique dur.

d- Caractéristiques acoustiques des espaces

Espace commun :

L'espace commun se caractérise par un "TR 60" (Temps de Réverbération) de 0,68 s sur l'intervalle de 500Hz à 2kHz, fréquences correspondant à celles de la voix et étant considérées, ici, comme notre principal centre d'intérêt. La valeur mesurée indique que cet espace n'est pas très réverbérant, puisque bien inférieure au seuil de 1,3 s.

Cette caractéristique acoustique peut se justifier par le volume de l'espace, de taille moyenne (201.60m3) et la quantité importante de mobilier dont bénéficie cet espace, et particulièrement par la présence de matériaux absorbant comme le matelas en mousse très dense, les fauteuils en mousse recouverts d'un revêtement plastique et le faux plafond en plaques de plâtre cartonnées. Nous pouvons appuyer ce précédent résultat par l'EDT (Early Decay Time), plus proche du jugement subjectif des usagers, tenant mieux compte de l'incidence des premières réflexions. En effet, l'EDT de l'espace commun (toujours sur les fréquences de 500Hz à 2kHz) vaut 0,58 s et confirme que

l'acoustique de l'espace est « sèche ».

Au niveau de la clarté de cet espace, on relève une valeur voisine de 3,9 dB. Même si celle-ci concerne la clarté 80, plus appropriée pour la musique, elle nous donne tout de même une indication de l'appréciation subjective des usagers concernant la définition, la localisation de la source, la netteté des attaques des sons présents dans l'espace commun. Sa valeur positive signifie que la clarté de la salle est assez bonne étant donné que l'on préconise de 1 à 4 dB de clarté 80 pour une salle d'opéra.

Le STI (Speech Transmission Index) et le RASTI (RApid Speech Tranmission Index), critères participant à la caractérisation de l'intelligibilité de la parole sont ici évalués à 0,66. En référence à l'échelle d'appréciation de l'intelligibilité du STI et du RASTI, cette valeur correspond à une bonne intelligibilité (valeurs situées entre 0,6 et 0,75).

Ces mesures sont caractéristiques d'une salle de volume réduit sans défaut acoustique particulier. Les mesures sont uniformes quelque soit la position du microphone. Il ne semble pas y avoir de phénomènes de résonance particuliers (valeurs du TR ou de l'EDT en fonction des bandes d'octaves réguliers). Ainsi, nous pouvons noter que toutes les valeurs précédemment observées traduisent une bonne intelligibilité, ce qui signifie que les usagers ont la possibilité de distinguer aisément les différents sons présents dans l'espace commun.

En présence des enfants, quelques difficultés d'intelligibilité sont pourtant ponctuellement à relever. En effet, elles ne sont ni liées aux caractéristiques acoustiques de l'espace commun, ni au bruit de fond qui reste peu élevé (Leq à vide : 36,3 dB(A)). Elles sont liées aux émergences sonores ponctuelles ou à une forte agitation passagère des enfants. Dans ces moments, les soignants se plaignent de niveaux sonores trop importants et d'une difficulté à s'entendre. Le volume sonore des activités des enfants masque la parole des soignants (niveau maximum des émergences des enfants voisin de 94 dB (A))

L'acoustique du lieu n'a pas de défauts particuliers (ce n'est pas une caisse de résonance comme certains espaces très réverbérants). Cependant, en période de fortes activités, le volume n'est pas assez grand pour "absorber" les sons produits par les enfants. Ces productions sonores remplissent l'espace et il est difficile d'avoir une conversation "normale" au milieu. De plus, les soignants sont en

alerte, au moindre cri de forte intensité, ils se préoccupent de savoir si tout va bien, c'est, pour eux, un moyen de contrôle sur les enfants, ce qui les rend très sensibles aux émergences sonores.

Couloirs :

Différentes mesures ont permis de caractériser l'acoustique des couloirs. Rappelons que ces mesures ont essentiellement été réalisées dans les portions de couloirs les plus investies par les enfants (celles non visibles des soignants). Malgré leur forme spatiale (volume étroit et long), nous avons relevé un TR de 0,75 s et un EDT de 0,68 s, ce qui signifie que cet espace n'est pas très réverbérant, caractéristique favorable à l'intelligibilité de l'espace. D'autres mesures abondent dans ce même sens, comme la clarté qui s'élève à +3,76 dB, le STI et le RASTI valent 0,72, valeurs presque excellentes par rapport à l'échelle des critères d'intelligibilité.

e- Caractéristiques lumineuses[155]

Espace commun :

Comme nous l'avons précisé dans la description spatiale des lieux, l'espace commun est bordé par de larges baies vitrées à l'Est et par conséquent largement ouvert sur l'extérieur, largement éclairé par la lumière naturelle. Au printemps-été, les jours de grand beau temps, le soleil pénètre dans les locaux et induit de forts contrastes : des surfaces ensoleillées, très lumineuses, et parfois même éblouissantes se dessinent proches des ouvertures, tandis que d'autres, à l'ombre, plus sombres, contrastent nettement avec les premières. Observations que confirment les luminances répertoriées par beau temps et mauvais temps, situées en annexes de ce document. Nous pouvons citer la surface du trampoline, éclairé directement par la lumière naturelle. Cette surface dont la luminance est égale à 8500cd/m² est éblouissante, comme toutes celles, situées au sol et contiguës aux baies, dont la luminance s'échelonne entre 6000 et 9000 cd/m².

L'éclairement du groupe est homogène.

Couloirs :

Alors que, comme nous l'avons vu, l'espace commun de la structure bénéficie d'une lumière naturelle, l'autre partie de la structure bénéficie majoritairement de lumière

[155] Les luminances et les éclairements relevés sont répertoriés en annexes de ce document.

artificielle, et seul le couloir du fond profite de ces deux types de lumières.

Les luminaires[156] possèdent des ballasts ou convertisseurs de fréquences électroniques Hautes Fréquences, qui apportent beaucoup de confort, de rentabilité et de sécurité. En effet, les ballasts électroniques évitent l'effet de papillotement présent dans l'ancienne génération de ballast (les ballasts électromagnétiques), ce qui augmente le confort visuel et diminue la fatigue. Ils assurent une grande stabilité du flux lumineux des lampes et s'allument pratiquement instantanément.

Les lampes[157] appartiennent à la gamme chromatique de haut rendement (efficacité lumineuse >90 lm/W). L'Indice de Rendu des Couleurs, IRC>85, est très bon, ce qui signifie que les lampes ont une grande aptitude à ne pas déformer l'aspect coloré habituel des surfaces ou objets qu'elles éclairent.

Nous pouvons constater que les conditions d'éclairage de cet espace sont très bonnes autant au niveau des caractéristiques des lampes avec l'IRC et leur rendement qu'avec le choix des luminaires.

B- Description des locaux intérieurs de la FONDATION VALLEE

a- Enveloppe et organisation spatiale

La structure se divise en plusieurs espaces, mais nous nous limiterons, ici, à ceux qui sont mis à la disposition des enfants pendant les temps d'observation : l'entrée et les couloirs qui distribuent les différents groupe de vie de la structure ; le groupe de vie sur lequel nous avons réalisé nos observations.

L'entrée et les couloirs :

Pour ainsi dire il n'y a pas réellement de hall d'entrée, d'espace permettant d'accueillir les enfants et les personnes qui les accompagnent (parents, ambulanciers, chauffeurs de taxis).

[156] Luminaires des espaces de circulation : Modèle « Punch », 1 x 36 w, G13-230V-50 Hz.
[157] Lampes fluorescentes de la marque PHILIPS. Modèle « New generation » : TLD 36 W / 830, Ø 26 mm.

L'entrée que l'on peut évaluer à 3,8 m² donne directement sur les espaces de circulations.

L'entrée fait face aux escaliers qui mènent à l'étage de la structure, étage réservé aux bureaux de consultation et aux jardins d'enfants, autant d'espaces et de temps de prise en charge que nous n'observons pas. Une circulation, dont la largeur varie de 1,20 m à 2 m, permet de desservir les différents espaces de vie de la structure. Il se compose de deux parties : une première, dans le prolongement de l'entrée et une seconde perpendiculaire à la première, non visible depuis l'entrée.

Groupe de vie :

Depuis l'entrée, les enfants empruntent le couloir et traversent l'office pour accéder à la cour qui conduit au groupe de vie. Ce dernier est de forme rectangulaire (3,80 m x 9,12 m x 2,50 m), bordé à l'Ouest de hautes fenêtres qui donnent sur la cour mais ne s'ouvrent pas et au Nord d'une autre fenêtre dont l'ouverture est condamnée.

Un point d'eau et des toilettes se trouvent au fond du groupe.

Salle à manger :

La salle à manger est de forme rectangulaire (3,80 m x 7,12 m x 2,50 m de hauteur). De hautes fenêtres s'ouvrent au Nord-Est. Un évier se trouve au fond à gauche, le long du mur.

b- Mobilier intérieur

L'entrée :

Dans l'entrée, à gauche se trouve une petite table sur laquelle les chauffeurs de taxis et ambulanciers viennent signer le cahier lorsqu'ils déposent ou viennent chercher les enfants. A droite, un fauteuil se trouve dans un petit renfoncement.

Les couloirs sont dénués de mobilier et sont décorés de peintures d'enfants.

Groupe de vie :

Le groupe de vie se divise principalement en deux espaces.

Un premier espace, largement ouvert sur l'extérieur comporte :

- A gauche de l'entrée du groupe, les portes manteaux des enfants et des rangements bas.

- Face à l'entrée mais un peu en recul, une table ronde et des chaises.

- A droite de l'entrée, deux chaises et le bureau des soignants du groupe.

Un rangement haut perpendiculaire au mur de gauche et le canapé le long du mur de droite marquent la séparation des deux espaces du groupe.

Un deuxième espace comprend :

- un tapis à gauche contre le meuble haut,

- une cabane en bois, à droite entre les toilettes et le canapé dans laquelle se trouve une petite table de bois, une petite chaise, une poupée et ses accessoires (berceau, vêtements etc.).

- une petite table de forme rectangulaire au centre et deux chaises.

- Une étagère, toute hauteur, au fond à droite.

- Un point d'eau au fond à gauche.

c- Matière, matériaux et couleurs

Entrée et couloirs

Un soubassement de bois relativement foncé de 1,20 m de hauteur souligne l'entrée et les circulations. Dans l'entrée les murs sont peints en jaune clair et sont décorés de peintures d'enfants encadrées. Les couloirs quant à eux sont peints en écru et les portes de différentes couleurs (bleu, saumon, vert). Les sols de l'entrée et des circulations sont en carreaux beiges marbrés.

Groupe de vie :

Le revêtement de sol est en petits carreaux, très lisses avec des joints d'une faible épaisseur, assez froid au toucher. Le revêtement dessine une trame de 10 cm x 10 cm. Les carreaux sont mouchetés gris foncé et gris clair sauf le fond du groupe qui est moucheté ocre jaune et écru.

Les murs sont peints en blanc et granuleux au toucher car l'enduit semble assez grossier. Les faux plafonds sont suspendus, constitués de dalles en plâtre cartonnées, de dimension 60 cm x 60 cm, reposant sur une ossature apparente de profilés métalliques. Ils sont de même nature dans toute la structure, la seule chose qui varie est le fait que certains sont en meilleur état, plus lumineux que d'autres car plus récents.

Le groupe de vie offre une diversité très étendue de matières. Nous énumérons ici les principales :

- Matières plus ou moins souple : canapé recouvert d'une housse de tissus rouge et d'une couverture bleu marine et écru avec des dessins d'animaux sauvages ; coussins de différentes formes et de différentes couleurs au toucher très doux (soleil jaune, cœur rouge et étoile bleue) ; un croissant de lune en mousse recouvert d'un revêtement plastique jaune dont la texture est lisse, très souple quand on s'assoit dessus.
- Matière douce : Coussins, peluches.
- Matière lisse : Meubles et chaises en bois reconstitué relativement clairs ; tables recouvertes de toiles cirées jaune et rose ;
- Texture rugueuse : Cabane en bois ; coffre en osier.

Le groupe est décoré et très coloré : photos d'enfants du groupe, photos de paysages, images d'animaux, dessins d'enfants du groupe, décorations de feuillages et de papillons en papiers, cabane peinte d'un décor végétal, porte du fond peinte d'un décor zébré, meubles peints en bleu et en jaune.

d- Caractéristiques acoustiques

Groupe de vie :

Le groupe de vie se caractérise par un TR 60 (Temps de Réverbération) de 0,43 s sur l'intervalle de 500Hz à 2kHz. La valeur mesurée indique que cet espace n'est pas réverbérant, puisque bien inférieure au seuil de 1,3 s.

Cette caractéristique acoustique peut se justifier par le petit volume de l'espace (77.30 m3) et la présence d'une grande quantité de mobilier (cabane, chaises, tables, meubles, jouets etc.) et de matériaux particulièrement absorbants comme les tapis, le canapé, les coussins, la forme géométrique (banane) en mousse recouverte d'un revêtement plastique et le faux plafond en plaques de plâtre cartonnées. Nous pouvons appuyer ce précédent résultat par l'EDT (Early Decay Time) toujours sur les fréquences de 500Hz à 2kHz qui est égal à 0,46 s et confirme que l'acoustique de l'espace est « sèche ».

Le STI (Speech Transmission Index) et le RASTI (RApid Speech Transmission Index), critères participant à la caractérisation de l'intelligibilité de la parole sont ici évalués à 0,72. En référence à l'échelle d'appréciation de l'intelligibilité du STI et du RASTI, cette valeur correspond à une bonne intelligibilité (valeurs situées entre 0,71 et 0,73).

Ces mesures sont caractéristiques d'une salle de volume réduit sans défaut acoustique particulier. Les mesures sont uniformes quelque soit la position du microphone. Il ne semble pas y avoir de phénomènes de résonance particuliers (valeurs du TR ou de l'EDT en fonction des bandes d'octaves réguliers). Ainsi, nous pouvons noter que toutes les valeurs précédemment observées traduisent une bonne intelligibilité, ce qui signifie que les usagers ont la possibilité de distinguer aisément les différents sons présents dans le groupe de vie.

Nous avons réalisé des mesures dans les différents sous-espaces du groupe de vie de manière à voir si leurs caractéristiques acoustiques pouvaient être révélatrices des conduites usuelles des enfants, mais ces mesures confortent celles de l'acoustique

générale du local, à savoir un faible Temps de Réverbération et une bonne intelligibilité. Cependant, il semblerait que dans les sous espaces la tendance serait à perdre légèrement de l'intelligibilité (valeurs comprises entre 0,63 et 0,71), même si celle-ci reste bonne. L'intérieur de la cabane est le sous-espace avec la meilleure intelligibilité soit une valeur équivalente à 0,71.

Pourtant, de même qu'à Echirolles, en présence des enfants, quelques difficultés d'intelligibilité sont ponctuellement à relever. Elles ne sont pas liées aux caractéristiques acoustiques de l'espace, ni au bruit de fond qui reste peu élevé (Leq à vide : 34 dB(A)) mais aux émergences sonores ponctuelles de forte intensité (niveaux sonores maximum relevés de 93 dB (A)) qui jouent le rôle de masque sonore. Dans ces moments, les soignants se plaignent de niveaux sonores trop importants et d'une difficulté à s'entendre.

L'acoustique du lieu n'a pas de défauts particuliers. Cependant, en période de fortes activités, le volume n'est pas assez grand pour "absorber" les productions sonores des enfants qui remplissent l'espace et qui explique le fait qu'il est difficile d'y avoir une conversation dont l'intensité des paroles serait moyenne. De plus, les soignants sont en alerte, au moindre cri de forte intensité, ils se préoccupent de savoir si tout va bien, c'est, pour eux, un moyen de contrôle sur les enfants, ce qui les rend très sensibles aux émergences sonores.

Cuisine :

La cuisine, dans laquelle les enfants prennent leur repas et leur goûter, se caractérise par un TR 60 (Temps de Réverbération) de 1,17 s sur l'intervalle de 500Hz à 2kHz. Aussi, l'espace est presque réverbérant, puisque le TR 60 est inférieur mais proche du seuil de 1,3s.

Cette caractéristique acoustique ne peut pas se justifier par le petit volume de l'espace (56 m3) mais surtout par la faible quantité de mobilier (tables, chaises, placards) et de matériaux absorbants (faux plafond en plaques de plâtres cartonnées). L'EDT (Early Decay Time) quant à lui, toujours sur les fréquences de 500Hz à 2kHz, est égal à 2,43 s, ce qui signifie que les premières millisecondes de réflexion du signal renvoie à une "image" plus réverbérante du local que la valeur moyenne du TR 60. Cette mesure semble plus proche de la réalité acoustique du local et des descriptions des usagers.

Le STI (Speech Transmission Index) et le RASTI (RApid Speech Transmission Index), critères participant à la caractérisation de l'intelligibilité de la parole sont ici évalués à 0,46. En référence à l'échelle d'appréciation de l'intelligibilité du STI et du RASTI, cette valeur correspond à une très mauvaise intelligibilité.

La mesure que nous avons réalisée de part et d'autre de la table va dans le sens de nos premiers résultats. Le TR 60 est de 0,94 s, mais l'EDT de 1,24 s est supérieur à 1,13s. L'intelligibilité, quant à elle, semble ici encore moins bonne qu'auparavant, les valeurs du STI et du RASTI se situant entre 0,42 et 0,43. Ainsi, la cuisine a tendance à être réverbérante, surtout dans les premiers instants du signal, par conséquent si les enfants parlent en même temps, nous pouvons penser que cette situation est doublement inconfortable : non seulement par la cacophonie générale mais aussi par l'effet réverbérant que ces diverses émergences sont susceptibles de créer. De plus, la mauvaise intelligibilité du local signifie que les usagers peuvent avoir des difficultés à distinguer les différents sons.

L'acoustique du lieu n'est pas très bonne et semble pouvoir créer des situations d'inconfort sonore pour les usagers.

e- Caractéristiques lumineuses[158]

Groupe de vie :

Le groupe de vie est bordé à l'Ouest par de larges ouvertures qui donnent sur la cour et au Nord par une fenêtre. Nous ne relevons aucun contraste notoire, même pendant la période printemps-été. Au niveau des éclairements, nous pouvons noter que la partie du groupe située proche de l'entrée, qui s'ouvre sur la cour bénéficie d'un éclairement supérieur à la partie située en fond de groupe, derrière les meubles de séparation et qui profite principalement de l'ouverture située au Nord.

[158] Les luminances et les éclairements relevés sont répertoriés en annexes de ce document. Le modèle des luminaires du groupe de vie semble trop ancien pour pouvoir en connaître les caractéristiques.

C- Description des locaux intérieurs de MOSAIQUE

a- Enveloppe et organisation spatiale

La structure se divise en plusieurs espaces, mais nous nous limiterons, ici, à ceux qui sont mis à la disposition des enfants pendant les temps d'observation : l'entrée, les espaces de circulation et un des groupes de vie (sachant que l'autre groupe est le plus souvent fermé à clefs).

L'entrée et les espaces de circulation :

L'entrée est spacieuse (20 m²), très éclairée. Elle se trouve au centre de la structure entre l'administration et les espaces de vie des enfants et a pour particularité de ne présenter aucun angle droit saillant. Ainsi, les quatre angles saillants qui marquent l'entrée sont courbes. L'entrée se prolonge à l'ouest par des espaces de circulations très confortables : la plus petite largeur relevée est de 2 m tandis qu'un élargissement de 3,40 m souligne l'entrée des groupes. Les circulations sont animées d'une grande courbe qui accompagne l'enfant depuis les groupes de vie jusqu'au réfectoire.

Groupe de vie :

Le groupe de vie se décompose principalement en trois sous-espaces. Tout d'abord l'entrée, qui se constitue d'un couloir de 3.20 m x 1.20 m. Puis deux autres espaces que les soignants ont la possibilité de fermer grâce à l'existence d'une cloison coulissante et d'une porte (l'équipe ne l'utilise pas ou de façon exceptionnelle).

Cependant une retombée de poutre au plafond, la porte ainsi que la portion de mur centrale soulignent l'existence de ces deux espaces de volumes parallélépipédiques rectangles (2.85 m x 3.20 m x 2.50 m et 2.70 m x 5 m x 2.50 m, soit une surface au sol de 9.12 m^2 et de 13.50 m^2). Ces deux espaces s'ouvrent au Sud grâce à de larges baies sur le jardin de la structure. Deux blocs sanitaires et un point d'eau se trouvent au fond du groupe.

b- Mobilier intérieur

L'entrée et les espaces de circulations :

Un banc fait face à l'entrée des groupes de vie marquée par les portes manteaux des enfants. Le baby foot et les jeux de mousse sont deux types de mobilier mobiles qui se trouvent soient dans un des groupes de vie soit dans l'entrée. Diverses images et photos décorent les espaces de circulations et l'entrée.

Groupe de vie :

Dans l'entrée du groupe se trouvent les casiers des enfants qui ne sont pas utilisés tous les jours puisque les vestes et les sac sont déposés sur les portes manteaux à l'entrée des groupes mais où sont rangés le plus souvent des affaires de rechange.

Dans les deux autres sous-espaces du groupe : Le premier, à l'Est, comporte un meuble haut et un meuble bas situés le long du mur, une table ronde avec des petites chaises, un point d'eau central au fond.

L'aménagement du deuxième, face à l'entrée, varie, soit il est dénué de tout mobilier, soit des formes géométriques et des matelas en mousses recouverts d'un revêtement plastique sont disposés à même le sol. Une image est accrochée au mur. Il arrive parfois que la petite table et les chaises présentes dans le sous-espace précédent soient déplacées dans celui-ci.

c- Matière, matériaux et couleurs

Entrée et couloirs

Le revêtement de sols est identique dans l'entrée et les espaces de circulation et se compose de carreaux 30 cm x 30 cm rosé et beige marbré, mat, au toucher lisse et frais (sauf en hiver étant donné que la structure dispose d'un chauffage par le sol). Les plinthes sont assorties aux carreaux. Les murs sont recouverts de peinture projetée et mouchetée dans les tons bleus sur fond blanc dont le toucher est granuleux. Les portes

et les cadres sont tous peints en jaune, les bancs de bois sont peints en vert.

Groupe de vie :

Le revêtement de sol est du PVC bleu rehaussé d'un moucheté bleu plus foncé, lisse au touché et relativement brillant au soleil. Les plinthes sont en PVC bleu, de la même tonalité que celui du sol. Le revêtement de mur est similaire à celui de l'entrée et des espaces de circulations. Les portes, les placards intégrés et les cadres sont peints en jaune.

Le groupe de vie offre diverses matières et couleurs. Nous énumérons ici les principales:

- Matières souples : matelas et formes géométriques en mousse recouvertes d'un revêtement plastique de couleur beige, bleu ou rouge ; coussins de différentes formes et de différentes couleurs.
- Matière douce : Coussins, peluches.
- Matière lisse : Les meubles rapportés possèdent des montants en bois massif peint en vert et des portes en particule de bois reconstitué imitation bois clair, lisse au toucher. La table est en formica, beige et les chaises possèdent des montants métalliques jaunes au toucher lisse et froid.
- Texture rugueuse : murs et assise des chaises en plastique gris.

d- Caractéristiques acoustiques

Notre campagne de mesure ayant échoué, nous sommes dans l'impossibilité de détailler cet élément.

e- Caractéristiques lumineuses[159]

Groupe de vie :

Le groupe de vie est bordé au Sud par de larges baies vitrées et par conséquent largement ouvert sur l'extérieur, largement éclairé par la lumière naturelle. Au

[159] Les luminances et les éclairements artificiels relevés sont répertoriés en annexes de ce document.

printemps-été, les jours de grand beau temps, le soleil pénètre dans les locaux et induit de forts contrastes : des surfaces ensoleillées, très lumineuses, et parfois même éblouissantes se dessinent proches des ouvertures, tandis que d'autres, à l'ombre, plus sombres, contrastent nettement avec les premières. Observations que confirment les luminances répertoriées par beau temps et mauvais temps, situées en annexes de ce document. Nous pouvons citer les surfaces au sol proches des baies, éclairées directement par le soleil. Ces surfaces dont la luminance s'échelonne entre 5040 et 9092 cd/m^2 sont éblouissantes. L'éclairement du groupe est homogène.

Couloirs :

Les espaces de circulations profitent eux aussi de lumière naturelle grâce aux différentes baies qui s'ouvrent sur le jardin de la structure mais aussi au puit de lumière situé au niveau de l'entrée des groupes de vie. Au printemps-été, les surfaces au sol contiguës aux baies exposées plein Sud, sont éblouissantes (luminances supérieures à 5000 cd/m^2).

Les luminaires[160] des espaces de circulation et du groupe de vie de Mosaïque possèdent des ballasts ou convertisseurs de fréquences électroniques Hautes Fréquences, qui apportent beaucoup de confort, de rentabilité et de sécurité[161]. Ils assurent une grande stabilité du flux lumineux des lampes et s'allument pratiquement instantanément.

Les lampes appartiennent à la gamme chromatique de haut rendement (efficacité lumineuse >90 lm/W). L'Indice de Rendu des Couleurs, IRC>85, est très bon, ce qui signifie que les lampes ont une grande aptitude à ne pas déformer l'aspect coloré habituel des surfaces ou objets qu'elles éclairent.

Nous pouvons constater que les conditions d'éclairage de cet espace sont très bonnes autant au niveau des caractéristiques des lampes qu'avec le choix des luminaires.

[160] Modèle « Dedra VB KIT » de la marque OSRAM, 4 x 18 w, G13-230V-50Hz.
Lampes fluorescentes de la marque THORN, Modèle « Super T8 », 18 W/604, Ø26 mm.

[161] Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, les ballasts électroniques évitent l'effet de papillotement présent dans l'ancienne génération de ballast (les ballasts électromagnétiques), ce qui augmente le confort visuel et diminue la fatigue.

7 - PHASE DE PRÉ-ENQUÊTE

7.1 - PERIODE D'INTEGRATION

Un stage au sein d'une structure spécialisée impose une période « d'intégration », afin de faire connaissance avec les enfants, les soignants et le fonctionnement de la structure. En effet, au commencement de notre stage, nous avions rencontré une seule fois les équipes soignantes au complet : lors de la présentation de notre projet. Dans un premier temps, nos seuls interlocuteurs étaient les chefs de service de la structure. Ainsi, cette phase nous permet d'établir un contact essentiel pour le bon déroulement de nos observations futures.

De plus, la présence d'une personne étrangère à la structure perturbe très souvent le comportement des enfants. Ainsi, nous décidons de passer trois semaines sur le terrain, sans pour autant commencer notre recueil d'observations, pour nous familiariser avec ce contexte particulier. À terme, nous sommes alors sûrs d'être connus des enfants et par conséquent que notre présence au sein de leur milieu d'accueil ne les perturbera pas.

Le commencement de nos observations est alors justifié.

7.2 - REAJUSTEMENT DES METHODES

Cette phase est aussi essentielle pour nous permettre d'ajuster nos méthodes de relevés d'informations que nous développons ci-après, d'orienter, de ressaisir les objectifs de ce travail. Elle nous permet aussi d'effectuer un relevé des espaces constituant notre terrain d'observation. Ce travail représente essentiellement un relevé métré des locaux, un relevé du mobilier, des matières et matériaux mis en œuvre.

7.3 - RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Cette recherche bibliographique s'est tout d'abord attachée à quelques ouvrages relatif à la pathologie des enfants : la psychose et l'autisme afin de nous sensibiliser à cette population. Puis, nos lectures se sont diversifiées autour, principalement de la microsociologie des interactions, des espaces sensibles, de la perception sensorielle, de

l'analyse existentielle et des ambiances. Toutes ces lectures se sont étendues tout au long de notre travail, et ont contribué à alimenter notre questionnement.

8 - PHASE D'OBSERVATIONS

8.1- RELEVES ETHNOGRAPHIQUES

Les relevés d'observations s'effectuent premièrement en fonction du lieu d'observation soit par l'intermédiaire d'un dictaphone (équipé d'un micro-cravate), soit par l'intermédiaire de prise de notes sommaires et deuxièmement, par la retranscription quasi immédiate des observations sous forme de récits.

En effet, l'utilisation d'un dictaphone nous permet de relever rapidement beaucoup de détails, mais nous impose une certaine prise de distance physique par rapport aux enfants, afin de pouvoir énoncer clairement nos observations sans pour autant perturber leurs activités.

Cette prise de distance peut s'effectuer à différents moments :

- Soit après l'observation d'une situation. Dans ce cas, selon la dispersion des enfants dans l'espace, soit nous nous éloignons physiquement de toute personne soit nous nous isolons dans un espace tranquille, où se trouvent ni soignants ni enfants, tout en sachant que pendant cette transcription d'informations nous ne serons plus en situation d'observation.
- Soit pendant l'observation. Dans ce cas, il est indispensable que la configuration et la superficie du terrain le permettent.

Ainsi, dans des espaces de superficies réduites l'utilisation du dictaphone semble plus délicate voire compromise, les relevés d'informations s'effectuent alors grâce à la prise de note tout à fait adéquate dans ce type de configuration mais difficiles lorsque nous nous trouvons debout.

Quel que soit le mode de recueil d'informations, nous réécrivons le plus rapidement possible sous forme de récit, toutes les informations relevées ou enregistrées sur cassette. Ainsi, la proximité des temps d'observation et de retranscription permet, par mémoire, de compléter les informations souvent succinctes (particulièrement sur les

prises de notes), de les détailler.

Une fois la phase d'observation terminée, nous préparons la phase d'analyse.

Tableau récapitulatif des MODES DE RELEVES D'INFORMATION en fonction de la configuration des espaces					
E C H I R O L L E S		**M O S A I Q U E**		**FONDATION VALLEE**	
Lieu observé	Mode de relevé	Lieu observé	Mode de relevé	Lieu observé	Mode de relevé
Espace commun	Prise de notes et utilisation du dictaphone en fonction de la position des enfants	Groupe de vie	Prise de note	Groupe de vie	Exclusivement prise de note
Espaces de circulation	Dictaphone	Espaces de circulation	Dictaphone ou prise de note lorsque nous sommes assis sur le banc devant l'entrée du groupe	Espaces de circulation lors de l'arrivée et du départ des enfants	Prises de notes en différé

8.2 - DISCUSSIONS AVEC LES SOIGNANTS

Nous discutons régulièrement dans les espaces de vie des enfants avec les professionnels des milieux spécialisés. En effet, nous pensons que questionner les soignants sur les conduites des enfants dans le contexte de la structure, nous permet de confronter nos observations à leur vécu et leur ressenti avertis, de noter les similitudes, les différences, de pointer des phénomènes, qui, à nos yeux, restaient inconnus, mais aussi d'objectiver nos résultats, de vérifier que notre part d'interprétation ne va pas à

l'encontre de la pathologie de l'enfant. De plus, il semble que les discussions soient plus adaptées à notre contexte que des entretiens organisés. Premièrement, les membres de l'équipe souvent en sous effectifs disposent de peu de temps libre et il semble délicat de les solliciter en plus de leur travail personnel de prise de note, d'organisation de sortie, de réunions etc. Les discussions ont un statut beaucoup moins formel que les entretiens et présentent l'avantage de pouvoir s'adapter aux besoins des enfants. En effet, nous pouvons discuter cinq minutes ou un quart d'heure si la situation dans le groupe s'y prête. Et deuxièmement, le fait d'interroger les soignants au sein du groupe permet de le faire « à chaud », directement en rapport avec une situation particulière.

Suivant le mode de relevé d'information (utilisation d'un dictaphone), nous enregistrons ces discussions.

8.3 - ENREGISTREMENTS SONORES

Nous réalisons des enregistrements sonores à l'aide d'un mini disc équipé d'une télécommande, avec un micro cravate accroché sur chaque épaule, afin de faciliter la rapidité de mise en route des enregistrements et d'optimiser la discrétion du matériel nécessaire. Même si nous sommes conscient que le mini disc a tendance à équilibrer les enregistrements (à gommer les niveaux des émergences et à relever les niveaux des sons les plus faibles), nous décidons d'utiliser ce matériel pour réaliser les enregistrements. En effet, ces derniers sont effectués pour illustrer les résultats obtenus et non pour analyser l'acoustique de situations sonores.

Ces enregistrements sont effectués vers la fin de nos périodes d'observations, afin de mieux savoir quelles sont les situations sonores que nous souhaitons relever.

8.4 - RELEVÉS MÉTROLOGIQUES

A - Relevés métrologiques concernant la lumière

a- Luminance

Les luminances[162] sont relevées à l'aide d'un luminancemètre dans les différents espaces observés bénéficiant de lumière naturelle par temps ensoleillé, lorsque le soleil pénètre à l'intérieur des locaux et par mauvais temps dans les différents espaces observés bénéficiant de lumière artificielle. Elles s'expriment en Cd/m².

Même si nous sommes bien conscients que nos valeurs de luminance ne sont pas contractuelles car ce type de mesure est extrêmement difficile à réaliser, elles nous permettent de relever les contrastes existants et nous permettent d'avantage que les éclairements d'accéder à la perception des usagers. Les relevés de luminances sont en annexe de ce document.

b- Eclairement

Les éclairements[163] sont relevés grâce à un petit appareil muni d'une cellule photoélectrique (transformation de l'énergie du rayonnement en énergie électrique) et nous renseigne sur le flux lumineux reçu par une surface. Ils s'expriment en lux.

c- Caractéristiques des luminaires

Nous relevons les caractéristiques des luminaires afin d'estimer leur qualité et voir si certaines sont susceptibles d'influencer le comportement des enfants (effet stroboscopique, Indice de Rendu des Couleurs etc.).

La qualité d'éclairement, les contrastes ainsi que les caractéristiques de l'éclairage artificiel sont détaillés dans la description des lieux d'observation de la présente partie.

B - Relevés métrologiques concernant l'acoustique :

a- Niveaux sonores

Suivant les normes de mesurage, les sonomètres doivent être disposés sur des trépieds, au milieu des espaces, loin de toutes parois ou obstacles susceptibles de provoqués des

[162] Les relevés de luminances sont répertoriés dans les annexes de ce document.
[163] Les relevés d'éclairement sont répertoriés dans les annexes de ce document.

réverbérations et par conséquent de modifier les mesures. Mais étant donné le contexte dans lequel nous nous trouvons, il nous est impossible de disposer les appareils de mesures à la vue des enfants, au risque de perturber leurs comportements et d'avoir en notre possession des relevés de niveaux sonores ne traduisant pas la réalité. Ainsi, nous disposons les sonomètres de façon à ce qu'ils soient le moins visibles possibles.

Nous relevons les niveaux sonores à différents moments de la journée en fonction de l'intérêt que cela représente et, selon la configuration spatiales de la structure, à différents endroits de façon simultanée de façon à les comparer, à voir quels sont les moments ou les espaces les plus sonores et les moins sonores.

Plan de relevé des niveaux sonores d'ÉCHIROLLES SUD

N°1: Sonomètre ACLAN 40/90, disposé sur le comptoir du bureau des soignants, à mis hauteur. La flèche noire signifie que le micro du sonomètre est orienté vers le **hall d'entrée**.
N°2: Sonomètre ACLAN 40/90, disposé sur un radiateur de **l'espace jeux**.
N°3 : Sonomètre 0.1 dB 40/90, fixé au plafond, sur un luminaire à l'intersection des **couloirs du fond**. Le micro du sonomètre est dirigé vers le bas.
Les niveaux sonores sont relevés pendant 15 jours d'observation environ et à différents moments de la journée. Les Leq (pondérés A) ont aussi été relevés à vide, de façon à estimer le niveau sonore du bruit de fond et voir si la structure était bien isolée.

Plan de relevé des niveaux sonores de la FONDATION VALLEE

N°1 : Sonomètre 0.1 dB 40/90, disposé sur le sommet du meuble haut du **groupe de vie**.

N°2 : Sonomètre 0.1 dB 40/90, disposé sur la table dans l'angle de la **salle à manger**.

Les niveaux sonores sont relevés pendant 15 jours d'observation environ et à différents moments de la journée.

Les Leq (pondérés A) ont aussi été relevés à vide, de façon à estimer le niveau sonore du bruit de fond et voir si la structure était bien isolée.

Plan de relevé des niveaux sonores de MOSAIQUE

N°1: Sonomètre ACLAN 40/90, disposé sur le sommet du meuble haut, dans le **groupe de vie**.

N°2: Sonomètre ACLAN 40/90, disposé sur une borne incendie dans les espaces de circulations **face à l'entrée du**

groupe observé. Le micro du sonomètre est dirigé vers le bas.
Les niveaux sonores sont relevés pendant 15 jours d'observation environ et à différents moments de la jounée.
Les Leq (pondérés A) ont aussi été relevés à vide, de façon à estimer le niveau sonore du bruit de fond et voir si la structure était bien isolée.

b- Critères de salles

Avec l'aide d'un soignant, nous réalisons la campagne de mesures des critères de salles. Celui-ci s'effectue grâce à des enregistrements sur DAT d'explosions de ballons, gonflés au maximum, afin d'exciter le plus possible l'espace. Le micro ne doit pas être orienté dans le champ direct de la source sonore mais dans le champ réverbéré. Ces critères de salles ont été réalisés à différents endroits significatifs par rapport à nos observations préalables, afin d'essayer de caractériser l'acoustique des salles des différents lieux d'observation et pouvoir mettre ces résultats en parallèle avec les conduites des enfants.

Sur tous les plans de relevé de critères des salles, la source sonore (explosion de ballon) correspond à un cercle tandis que le micro et son orientation sont représentés par une flèche.

Relevé des critères de salles d'ÉCHIROLLES

Relevé des critères de salles de la FONDATION VALLEE
dans le groupe de vie et dans la salle à manger

Etant donné que notre relevé de critère des salles de Mosaïque a échoué, nous ne communiquons pas le plan de relevé.

8.5- VIDEOS

Ce paragraphe ne concerne que la Fondation Vallée, étant donné que c'est la seule structure à avoir accepté la réalisation de vidéos.

a- Les vidéos comme support d'analyse

Nous réalisons des vidéos afin de disposer d'un support nous permettant des analyses plus fines. En effet, la vidéo permet d'une part d'avoir une position de recul par rapport aux situations visionnées, par conséquent une vue d'ensemble intéressante et d'autre part de permettre une approche plus fine des conduites de chaque enfant, de leur comportement, leurs mimiques ainsi que leur synchronisation temporelle.

b- Signature, par les familles, du consentement

Le chef de service de l'hôpital de jour ainsi que l'équipe soignante ayant accepté la réalisation de vidéos, nous étions alors tenu d'obtenir l'approbation des parents. Ainsi, nous avons profité de la réunion de fin d'année 2002 du service à laquelle les parents sont invités pour premièrement présenter de vive voix notre projet et pouvoir répondre directement aux éventuelles questions et deuxièmement pour distribuer à chaque famille un rappel simplifié du projet ainsi que le consentement à signer. Il nous faudra attendre environ 6 mois pour recueillir un peu moins de la moitié des consentements dont environ 40 % étaient favorables à notre projet. Les vidéos étant alors possible.

c- Réalisation des vidéos

A l'origine nous souhaitions réaliser nos vidéos dans le groupe de vie où nous avions réalisé nos relevés ethnographiques mais le comportement d'un enfant a fait que nous avons préféré changer de lieux afin de ne pas perturber le groupe.

Aussi, les soignantes responsables du jardin d'enfants nous ont proposé de réaliser nos vidéos pendant leurs temps de prise en charge et avec les groupes d'enfants dont les parents acceptaient les vidéos. Ces films se déroulent pendant une heure à raison de deux fois par semaine pendant trois mois. Même si cela concerne d'autres espaces de prises en charge que le groupe de vie que nous connaissons bien, cela nous permet de valider nos observations en relevant à nouveau des récurrences dans les conduites des enfants. Ces récurrences sont intégrées dans le corpus de nos observations et ne font pas l'objet d'un chapitre à part entière.

9 - TRAITEMENT DES RÉCITS D'OBSERVATIONS

Préparation de l'Analyse

9.1 - TABLEAUX

Afin de décortiquer toutes les observations recueillies, nous retranscrivons les différentes situations sous forme de tableaux détaillés réalisés sous Excel[164], sur lesquels figurent toutes les informations importantes pour notre future analyse :

- **Les références de la situation** : le nom de la structure dans laquelle a été observée la situation, le mois et le numéro de situation.

- **Le contexte général** : Jour, heure, météo, les éléments du contexte général (enfant ou soignant absents, présence du plombier dans les locaux etc.)

- **La situation dans l'espace**

- L'environnement sonore et lumineux

- **La relation aux autres** et la position par rapport aux autres (proche de, en contact, en contrebas, en hauteur etc.)

- **Le prénom** des enfants toujours pour nous permettre de se remémorer plus facilement la situation relevée.

- **L'action observée**

- **Les attitudes** : postures, mouvements, gestes, mimiques faciales, visuel, productions sonores, tactile, ressaisissement des sens mis en éveil.

- **L'échappatoire de la situation,** lorsqu'il est décelable, afin de pointer ce qui fait que nous passons d'une situation à une autre.

[164] Quelques exemples de tableaux sont répertoriés en annexes.

Cependant, **la première étape** de la préparation à l'analyse est la relecture de nos récits d'observations, afin de lister les différentes actions des enfants dans le but de définir les conduites types des enfants et de prédéfinir un vocabulaire type. En effet, dans l'optique de réaliser des filtres à partir des tableaux d'observations, comme nous le détaillerons ci-après, nous devons toujours veiller à exprimer les mêmes choses, de la même manière de façon à pouvoir faire émerger des récurrences. Prenons l'exemple des conduites liées à l'isolement. En effet, pour exprimer l'isolement, nous devons toujours écrire dans la colonne correspondante à l'action observée non seulement le vocabulaire type à savoir « s'isoler » mais aussi la formulation plus détaillée permettant de préciser le mode d'isolement, comme par exemple « s'enfermer dans des fredonnements ». Ce principe de vocabulaire de référence est valable à plusieurs échelles, aussi bien au niveau des types de conduites comme l'isolement que des modes d'actions illustrant ces derniers « s'enfermer dans des fredonnements », « s'isoler en mangeant un gâteau etc. ». Cette recherche de vocabulaire type doit s'effectuer pour les autres colonnes de nos tableaux mais semble moins complexe.

Pour certaines le vocabulaire type parait évident, comme par exemple la météo, la situation dans l'espace (couloirs, groupe de vie, sur le fauteuil à droite de l'entrée etc.), l'environnement sonore (agitation, calme, irruption sonore etc.), l'environnement lumineux, la relation aux autres (proche, en contact etc.) et la position par rapport aux autres (en hauteur par rapport à, en contrebas etc.). La seule rigueur est ici de le lister pour le garder en tête.

En ce qui concerne les modalités sensibles, une colonne ressaisissant leur mise en éveil facilite l'approche.

Les autres colonnes (les mimiques, les postures, les gestes et les mouvements) sont davantage présentes pour illustrer les conduites des enfants, les éventuelles récurrences seront ressaisies lors de l'analyse des conduites.

Les récurrences du contexte général et de l'échappatoire des situations seront analysées au fur et à mesure de leur apparition. Cependant, il faut savoir que Excel nous propose lors de la réalisation d'un filtre de visualiser le vocabulaire utilisé dans toute la colonne sélectionnée et nous permet ainsi de choisir si besoin est dans cette liste.

Enfin, les références de la situation permettent après la réalisation de filtres de toujours resituer la conduite dans son contexte général et ne pas perdre les interrelations à

quelques niveaux que ce soit.

La deuxième étape est alors de répertorier chaque situation dans un tableau comme détaillé précédemment, chaque situation étant elle-même décortiquée suivant les actions des différentes personnes qu'elle concerne sachant qu'une ligne correspond toujours à une action. La complexité de certaines situations est telle qu'il est parfois difficile à les faire rentrer dans un tableau très structuré, si bien que les colonnes relatives aux éléments du contexte général et à l'échappatoire nous aide à exprimer la totalité du contexte.

Après avoir retranscrit sous forme de tableaux environ deux semaines d'observation, nous relevons beaucoup de récurrence dans les situations. Ainsi, désormais nous transcrivons, sous forme de tableau, uniquement celles qui sont nouvelles, sans oublier de lister la récurrence des conduites déjà répertoriées. Ainsi, il nous est facile de connaître qu'elles sont les situations les plus fréquemment observées, celles qui ont le plus d'importance ou celles qui apparaissent de façon plus exceptionnelle.

9.2 - FILTRES

Excel propose, à partir d'un tableau quel qu'il soit, de réaliser des filtres automatiques et personnalisés, c'est-à-dire de sélectionner une seule ou plusieurs colonnes dans lesquelles nous allons rechercher toutes les lignes contenant le ou les mêmes mots ou groupes de mots sachant que nous disposons d'un maxima de deux mots ou groupes de mots. Par exemple, dans nos tableaux, nous pouvons sélectionner la colonne relative aux « actions » des enfants et demander à l'ordinateur d'afficher uniquement les lignes comportant les mots « s'isoler » (d'où l'importance du choix du vocabulaire). De cette manière, nous pouvons classer et analyser nos observations suivant différentes entrées en étant toujours bien assurés d'avoir regroupé les différentes situations concernées.

Une fois cette transcription terminée, nous réalisons différents filtres qui nous semblent intéressants pour notre analyse :

- **Des filtres concernant les conduites des enfants** : prendre ses repères, s'isoler, manifester etc. afin d'établir un premier classement, à partir duquel nous réalisons **des**

filtres concernant les modes d'action des enfants. Par exemple pour la conduite « prendre ses repères » : manger, enlever ses chaussures, déposer ses affaires etc., afin de pouvoir les regrouper et par la suite les analyser.

- **Des filtres concernant les espaces que les enfants investissent** pour essayer de voir quels types de conduite se déroulent dans chaque espace et, par exemple, essayer de voir si la fonction que les enfants attribuent aux espaces est en accord avec la fonction première de chacun d'eux.

- **Des filtres concernant les situations qui se déroulent dans un environnement très sonore**, afin d'analyser l'incidence de ce facteur sur le comportement de l'enfant.

- **Des filtres concernant les situations qui se déroulent par temps de pluie**.

Au fur et à mesure de l'analyse de ces différents classements et en fonction des besoins, nous procédons à l'élaboration de « filtres » supplémentaires susceptibles de nous permettre de préciser nos résultats.

La plupart du temps, la réalisation de filtres aboutit à l'éclatement de la situation et par conséquent du contexte d'ensemble pour ne retenir que des modes d'action associés à un enfant ou plusieurs d'entre eux dans le cas où ils auraient le même comportement, d'où l'importance de référencier chaque action dans un contexte d'ensemble auquel nous nous reporterons lors de l'analyse de notre corpus.

9.3 – PRISE EN COMPTE DE LA NOTION D'EFFET

Le laboratoire Cresson propose un outil interdisciplinaire qui s'applique à tous les contextes spatiaux (espaces publics, privés, hospitalier etc.) et qui réunit à la fois le domaine des sciences humaines, de la physique appliquée, de l'architecture, de l'aménagement de l'espace et de la perception : la notion d'effet. Par exemple, l'effet sonore[165] permet de traiter à la fois les interactions entre les sources acoustiques, le milieu aménagé, la perception sonore et l'action sonore.

[165] AUGOYARD Jean-François, TORGUE Henry. *Répertoire des effets sonores. A l'écoute de l'environnement*. Marseille : Parenthèse, 1995, pp 174.
Dont la traduction anglaise contient des ajouts et mises à jour importantes par rapport à l'édition de 1995. Augoyard, Jean-François, Torgue, Henry (eds). *Sonic Experience. A Guide to Everyday Sounds*.

« (…) *un outil propre à l'environnement sonore concret qui permet de relier avec cohérence les domaines de la perception et de l'action, de l'observation et de la conception, de l'analyse et de la création.* »[166]

Désormais, divers travaux du Cresson s'attachent à la notion d'effet, afin de l'appliquer à d'autres domaines comme celui de l'odorat, de la lumière et du visuel[167]. Lors de l'analyse de notre corpus, nous utiliserons la notion d'effet sonore et d'effet lumineux qui nous permettront d'approcher les ambiances de façon transversale en quantifiant et en qualifiant l'environnement sonore et lumineux.

Après avoir exposé notre parti pris méthodologique ainsi que les différentes étapes qui le composent, nous présentons deux types de résultats.

Nous dressons, dans un premier temps, un répertoire des conduites spatiales, sociales et affectives des enfants au sein de leur structure hospitalière, puis, dans un deuxième temps, un répertoire de facteurs ambiants et configurations de facteurs combinés.

(Translated by Andra McCartney & David Paquette), Montreal, McGill Queen's University Press. Préface de R.Murray Schafer. 2006.

[166] AUGOYARD Jean-François, TORGUE Henry. *Répertoire des effets sonores. A l'écoute de l'environnement*. Marseille : Parenthèse, 1995, pp 174.

[167] En particulier : CHELKOFF Grégoire, THIBAUD Jean-Paul. *Les mises en vue de l'espace public*. Cresson, juin 1992 et MOUILLAUD Claire. *Ambiances urbaines nocturnes et perception de l'éclairage commercial*. DEA : Ambiances architecturales et urbaines, 2004.

VI- CONDUITES SPATIALES, SOCIALES ET AFFECTIVES EN CONTEXTE

Afin d'analyser « l'être-au-monde » des enfants, nous avons défini des thèmes relatant leurs conduites dans leur milieu d'accueil. De par son « être-là », l'enfant se positionne par rapport à l'espace, au temps, aux autres individus présents et en fonction de ses affects, son ressenti. Ainsi, toute conduite est aussi bien spatiale, temporelle, sociale qu'affective, et dépend de l'interrelation de ces instances.

Cependant afin de mieux comprendre les interrelations entre les ambiances et les conduites usuelles, nous développerons ici chacune d'elle de façon indépendante.

Ainsi, nous avons retenu quatre thèmes principaux caractéristiques du sujet dans un contexte donné :

- prendre ses repères : ce qui caractérise principalement le sujet par rapport à l'espace et au temps,

- s'isoler : ce qui caractérise principalement le sujet en situation d'isolement,

- **être en relation avec quelqu'un** : ce qui caractérise principalement le sujet par rapport à la dimension sociale,

- **vivre ses sentiments** : ce qui caractérise principalement le sujet par rapport à son affectivité.

Chacun d'eux est caractérisé et illustré par des conduites (en lettres majuscules) soulignant davantage les rapports à la dimension spatiale et temporelle, à la dimension sociale et à la dimension affective. Ce répertoire n'est pas exhaustif mais

développe les conduites les plus pertinentes par rapport aux ambiances, à l'espace, à la relation aux autres et aux sens mis en éveil. Certaines d'entre elles sont classées dans plusieurs thèmes, du fait de leur pertinence à la fois au niveau spatial et social du contexte.

Lorsque cela est nécessaire et afin d'illustrer la diversité des modes d'actions relatifs aux conduites nous listerons ces derniers. A l'inverse, seul l'intitulé figure, lorsque les conduites ne regroupent pas différents modes d'action.

Chaque conduite sera détaillée en fonction des facteurs ambiants qui sont prépondérants. A la fin de chaque thème, un tableau permettra un récapitulatif succinct des différents facteurs abordés dans chacune des conduites présentées.

1- PRENDRE SES REPERES

La prise de repère illustre principalement le sujet par rapport à l'espace construit et au temps. Etant donné la récurrence des conduites répertoriées et les moments précis où celles-ci se réalisent (à l'arrivée des enfants dans la structure, après une crise d'angoisse, au retour d'une activité, du repas et enfin lors du passage d'une activité à l'autre) nous pouvons parler de rituels de prise de repère. En effet, pour beaucoup d'enfants, les premières minutes passées dans la structure, s'effectuent de manière identique. Beaucoup s'appliquent à reproduire les mêmes gestes, les mêmes actes, les mêmes parcours afin de reproduire une situation, des sensations connues et donc rassurantes, et cela afin de prendre leurs repères. Cependant ces rituels sont très différents.

1.1. RECHERCHER LA PRESENCE D'UN SOIGNANT

Comme nous l'avons vu dans la présentation de nos terrains, le fonctionnement des enfants présente des similitudes et des différences. Rappelons en effet, qu'à Echirolles, chaque enfant a un soignant référent qui vient l'accueillir à son arrivée, alors que dans les autres structures, l'hôpital de jour de la Fondation Vallée et Mosaïque, se sont les adultes proches de l'entrée au moment de l'arrivée des enfants qui les accueillent. Dans chaque structure, nous soulignons l'existence de cette même conduite, ce même besoin

de la présence du soignant de l'enfant mais selon des différences entre l'hôpital d'Echirolles et celui de la Fondation Vallée et de Mosaïque. Aussi dans notre développement nous aborderons chacun des deux cas de figure.

A - FACTEURS SOCIAUX

Dans cette conduite, la dimension sociale est prépondérante. Dans ce moment souvent difficile à vivre qu'est l'arrivée, le soignant, quelque soit le fonctionnement de la structure, constitue un repère important pour les enfants : la plupart d'entre eux recherchent en effet leur proximité, parfois même leur contact physique.

B - FACTEURS TEMPORELS

Ces situations se présentent principalement pendant les premières minutes à l'arrivée de l'enfant dans les locaux et plus exactement dans les 10 à 15 premières minutes à Mosaïque et à la Fondation Vallée et les 5 premières minutes à Echirolles environ. En effet, dans cette dernière structure, les enfants retrouvent leur soignant sitôt qu'ils arrivent dans la structure. Dans les deux autres structures, les retrouvailles peuvent être un peu plus longues, le temps que les soignants rejoignent leur groupe ou les espaces de vie, le temps de passer un coup de téléphone, de discuter avec le cadre infirmier ou de boire un café.

Cette conduite est parfois récurrente au cours de la journée, suivant le fonctionnement de la structure et suivant l'enfant, après le retour d'une activité qui se déroule à l'extérieur des locaux.

C - FACTEURS SENSIBLES

La vue. Le fait que les enfants recherchent la présence de leur soignant ne veut pas pour autant dire qu'ils en recherchent le regard. Le plus souvent cette modalité sensible est refusée pendant les quelques premières minutes après l'arrivée des enfants dans la structure. La plupart du temps, plus l'enfant est régressé ou plus il a de mal à vivre l'arrivée et plus il refuse le regard de son soignant et celui de son camarade. Cependant à Echirolles, la vue tient une place extrêmement importante.

Dans un premier temps, lorsque les enfants pénètrent dans la structure, le regard est le plus souvent à l'affût d'un visage familier, celui du soignant, qui apparaît ici comme un soutien immuable et incontournable pour mieux vivre ce moment. Nous pensons ici que la forte concentration de personnes dans le hall contribue à renforcer cette quête. Dès que ce premier repère sécurisant est établi, le sens de la vue tient alors différents rôles. Pour certains enfants, le regard est alors très vite évité, refusé jusqu'à ce que le sujet ait réellement pris ses repères par rapport au cadre bâti et aux autres individus présents dans la structure. Pour d'autres, la vue est utilisée comme un moyen de communication avec leur soignant, pour répondre à leurs questions (lorsque l'enfant ne possède pas de langage) ou pour leur exprimer des sentiments. Ainsi, les jeux de regards (échanges, évitements, coups d'œil rapides) nous renseignent parfaitement sur les relations sociales qui se tissent lors de ce moment de retrouvailles.

L'ouïe est par moment acceptée, mais reste le plus souvent refusée. La plupart du temps, ce refus n'est pas formalisé de manière évidente, seuls quelques enfants se bouchent les oreilles (parfois une oreille, parfois les deux, avec les mains, un bras replié sur la tête, avec un objet, le cou rentré dans les épaules et la tête penchée sur le côté). La plupart d'entre eux, à priori, ne semblent pas refuser leur environnement sonore. Pourtant le plus souvent, les questions des soignants restent sans réponses ; les enfants ne sont pas réceptifs et se comportent exactement comme si ils n'entendaient pas. De même que pour le sens de la vue, les enfants les moins régressés reviennent à l'écoute de leur environnement sonore après avoir pris leurs repères dans l'espace et par rapport aux autres enfants.

Le sens du toucher tient une place importante dans ce moment difficile. Il est sollicité par rapport à soi-même, aux objets, aux autres, ceci de façon indépendante ou simultanée. Certains enfants gardent des objets familiers dans leurs mains, d'autres serrent un papier, gardent leur veste, d'autres encore concentrent leur toucher sur leur propre corps (mains dans les cheveux, doigt sur l'oreille). Le contact avec le soignant diffère d'une structure à l'autre. A Echirolles, ce contact est établi dans les premiers instants. Vu la difficulté à gérer la séparation, il semble que cette grande proximité physique aide à établir un lien, un échange, à annuler de façon formelle la distance qui séparait du soignant et, sauf exception, l'enfant ne le recherche plus pendant un moment. Dans les autres structures, ce contact est parfois recherché lorsque les soignants rejoignent le groupe de vie.

L'odorat est sollicité très évidemment par peu d'enfants. Certains gardent contre leur nez un objet personnel pendant environ les 10 premières minutes. Nous pouvons citer l'exemple d'un enfant qui dans les premiers instants dans la structure, vient s'installer sur mes genoux et semble à plusieurs reprises sentir mon cou. Une soignante assise à mes côtés m'affirme qu'il me sent pour voir si j'ai toujours la même odeur[168].

Attitudes. Souvent les enfants arrivent souriant, même s'ils sont parfois un peu inquiets quant aux retrouvailles et à la journée à venir. Mais il arrive que certains d'entre eux soient très angoissés : leur visage est tendu, figé, les sourcils froncés, le regard inquiet. Le soignant sait tout de suite si l'enfant est perturbé ou si tout va pour le mieux. Leurs attitudes corporelles sont en accord avec leurs états d'âmes : soit le corps est tendu, les mouvements impulsifs, la marche désorganisée, soit au contraire le corps est détendu, apaisé.

D - FACTEURS SPATIAUX

A Echirolles, l'enfant se trouve dans le hall d'entrée, à la Fondation Vallée et à Mosaïque, l'enfant se trouve soit dans la salle d'équipe ou les couloirs qui lui sont proches, soit dans le groupe de vie.

1. 2. DEPOSER SES AFFAIRES

A - FACTEURS SOCIAUX

Le fait de déposer ses affaires est une étape important dans le quotidien des enfants. Le fonctionnement des structures conditionne dans une certaine mesure la manière dont cette conduite s'effectue. A Echirolles, les enfants déposent leurs affaires (veste, sac, objets personnels) dans leur casier. Ils sont accompagnés de leur soignant qui, pour les plus régressés, dépose lui même les affaires. Ce moment souvent difficile à passer est donc toujours vécu en présence de leur référent. A la Fondation Vallée et à Mosaïque,

[168] Nous pouvons souligner que les conduites de « flairage » sont très répandues chez les sujets autistes.

les enfants disposent de portes manteaux. Si au bout d'un moment, les enfants n'ont pas encore quitté leur veste, les soignants en font la demande à l'enfant.

Nous rappelons ici que, quelle que soit la structure, les parents ne sont jamais présents lorsque l'enfant dépose ses affaires.

B - FACTEURS TEMPORELS

A Echirolles, les enfants déposent leurs affaires dés leur arrivée dans les locaux. Cette étape fait partie du fonctionnement interne à la structure et constitue une importante prise de repère. Dans les autres services : certains enfants le font sitôt qu'ils arrivent comme si cela symbolisait leur arrivée dans leur lieu d'accueil tandis que d'autres attendent un moment avant de déposer leurs affaires.

Cette conduite se retrouve au cours de la journée lorsque l'enfant revient d'une activité qui se déroule à l'extérieur des lieux de vie.

C - FACTEURS SPATIAUX

Cette conduite est toujours localisée puisque les casiers ou les portes manteaux se trouvent à un endroit précis de la structure : dans le hall d'entrée à Echirolles, dans l'entrée du groupe de vie à la Fondation Vallée et dans les couloirs, devant les groupes à Mosaïque.

D - FACTEURS SENSIBLES

La vision intentionnelle est parfois acceptée parfois refusée. Premièrement, elle peut être utilisée par l'enfant comme moyen de communication avec son soignant pour demander de l'aide par exemple, pour déboutonner la veste, et comme moyen de garder un lien (visuel) avec son environnement pendant qu'il se déshabille. Deuxièmement, la vue peut au contraire être réduite au minimum. Les plus petits, par exemple, fixent leur regard au sol ou s'efforcent de réduire leur champ de vision à leur échelle (jamais de coup d'œil en hauteur afin d'éviter tous regards de soignants). Pour les plus grands, le regard est absent ou concentré droit devant soi.

La dimension sonore est tantôt favorisée, tantôt refusée. Mais le plus souvent les premières minutes passées dans la structure sont très difficiles à vivre pour les enfants les plus régressés, ce qui les amène à faire abstraction de leur environnement sonore soit de manière formelle (main sur les oreilles) soit de manière informelle (aucune réponse n'est apportée aux questions des soignants). A la Fondation Vallée et à Mosaïque certains enfants vont déposer leur veste lorsqu'un soignant le leur demande, mais beaucoup ne semblent pas prêter attention à leurs paroles et, dans ces cas là, l'enfant dépose sa veste uniquement si l'adulte l'aide ou amorce le déshabillage. Sinon, l'enfant dépose ses affaires lorsque bon lui semble.

Le toucher est très sollicité. L'enfant se sépare de ses affaires personnelles et le plus souvent concentre ses gestes sur son propre corps, sur un objet familier de la structure, sur la rambarde de bois des couloirs comme si le toucher devait automatiquement trouver un nouveau centre d'intérêt, comme s'il était difficile de ne pas avoir de sensation tactile pour vivre ce moment. Il nous semble ici que le toucher peut représenter un soutien pour l'enfant, pour l'aider à vivre le fait de se séparer de ses propres affaires.

L'odorat semble rarement convoqué. Quelques fois, nous pouvons observer des enfants qui sentent leurs mains ou le poignet de leur tee-shirt à manches longues.

Attitudes. Les attitudes de l'enfant sont similaires à celles exposées précédemment. Soit l'enfant arrive perturbé et ses attitudes en sont la preuve (corps et visage tendu, visage préoccupé) soit, à l'inverse, l'enfant est détendu et souriant.

1. 3. GARDER UN MOMENT UN OBJET PERSONNEL

A - FACTEURS SOCIAUX

Cette conduite rejoint la précédente, au sens où le fonctionnement des différentes structures y participe. Nous pouvons souligner le fait qu'à Echirolles seuls deux enfants, très régressés, ressentent le besoin de garder un objet personnel : pour l'un, un « doudou » et pour l'autre, une ficelle ou un bout de laine, par conséquent soit un objet

transitionnel soit un objet autistique[169]. Tandis que dans les deux autres structures, à Mosaïque et la Fondation Vallée, les enfants qui gardent un moment leur veste ou, parfois même, refusent de déposer leur veste sont majoritaires.

B - FACTEURS TEMPORELS

Nous avons vu précédemment que certains enfants déposent leurs affaires dés leur arrivée ; pourtant d'autres gardent un moment un objet personnel (veste, objet transitionnel, livre personnel) avant de le déposer un moment après, généralement après avoir pris leurs repères, soit après 10 minutes ou un quart d'heure.

Cette conduite se retrouve au cours de la journée, lorsque l'enfant revient d'une activité qui se déroule à l'extérieur des lieux de vie.

C - FACTEURS SENSIBLES

La vue est parfois favorisée parfois refusée. Premièrement, elle peut être activée par l'enfant pour contrôler, vérifier que rien n'a changé, conduite développée ci-après. Deuxièmement, comme précédemment, la vue peut, au contraire, être refusée jusqu'à ce que les enfants aient pris leurs repères. Les plus petits, par exemple, fixent leur regard au sol ou s'efforcent de réduire leur champ de vision à leur échelle (jamais de coup d'œil en hauteur afin d'éviter tous regards de soignants). Pour les plus grands le regard est absent ou concentré droit devant soi.

Comme pour la conduite précédente, la dimension sonore est tantôt acceptée, tantôt refusée. La plupart du temps, dans les premières minutes après son arrivée, l'enfant gomme une partie de son environnement sonore et ne retient de celui-ci que ce qui lui semble intéressant.

Certains sont très bavards d'autres au contraire sont mutiques.

Le toucher. Premièrement, si l'enfant garde sa veste, et semble avoir beaucoup de difficulté à vivre son arrivée dans la structure, alors le toucher est très sollicité, concentré soit sur l'enveloppe spatiale, le mobilier, soit sur sa veste ou sur son propre corps. Deuxièmement si l'enfant garde sa veste mais ne semble pas être perturbé, le toucher est quelques fois convoqué sur l'environnement spatial (les jouets, le mobilier

[169] Cf. MELTZER, D. *Le monde de l'autisme*. Paris : Payot, 1984. (Collection Sciences Humaines).

etc.). Troisièmement, si l'enfant garde avec lui un objet qui lui est personnel alors le toucher est très sollicité et concentré sur l'objet.

L'odorat est convoqué mais rarement de façon très explicite. Nous pouvons relever un seul exemple, celui d'une petite fille qui garde son objet transitionnel collé à son nez jusqu'à ce qu'elle accepte de le donner à sa soignante.

Attitudes. Les attitudes de l'enfant sont similaires à celles exposées précédemment. Soit l'enfant arrive perturbé et ses attitudes en sont la preuve (corps et visage tendu, visage préoccupé) soit à l'inverse l'enfant est détendu et souriant. Cependant, l'affect de l'enfant a, la plupart du temps, une incidence sur le fait qu'il garde sa veste ou qu'il accepte de la poser ainsi que sur la durée de cette conduite.

1.4 - SE DIRIGER DIRECTEMENT DANS LES « LIEUX DE VIE »

A - FACTEURS SPATIAUX

Dés leur arrivée dans la structure, les enfants se dirigent directement dans leur groupe de vie à la Fondation Vallée et à Mosaïque et dans l'espace commun à Echirolles, espaces qui représentent pour l'enfant un repère important.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue est généralement refusée au cours des déplacements ; soit l'enfant regarde droit devant lui, soit à ses pieds de manière à éviter tout regard et à se concentrer sur le cheminement, le but à atteindre.

La dimension sonore : Certains enfants sont extrêmement bavards, qu'ils possèdent un langage verbal ou pas, tandis que d'autres restent mutiques. Cependant dans les deux cas, l'enfant gomme généralement une partie de son environnement sonore. Sur le parcours qui le mène de l'entrée au groupe, lorsque l'enfant rencontre un soignant qui lui dit bonjour, l'enfant ne répond pas toujours ou seulement une fois qu'il l'a dépassé ;

et lorsqu'il répond c'est parfois parce que la personne a réitéré ses paroles et s'est adressée nominativement à l'enfant.

Le toucher est le plus souvent mobilisé par l'enfant qui, soit se concentre sur son propre corps (veste, sac, cordon de sweet-shirt etc.) soit sur l'enveloppe spatiale (l'enfant fait glisser sa main sur le mur, se déplace en étant appuyé contre le mur, fait courir sa main sur la rambarde de bois).

Le kinesthésique est généralement convoqué lorsque l'enfant a du mal à vivre son arrivée dans la structure.

Attitudes. Le corps et les déplacements sont plus ou moins toniques, dynamiques : cela dépend généralement de la manière dont l'enfant vit son arrivée à la structure. Plus c'est difficile et plus le corps semble sans aucune tonicité musculaire, les déplacements sont lents, parfois désordonnés. Il en va de même pour les mimiques : soit les traits sont crispés, le visage est figé, l'enfant semble inquiet, soit, le visage de l'enfant semble détendu, parfois même souriant. Cependant, nous pouvons quelques fois observer des enfants qui ont du mal à vivre leur arrivée dans les locaux, le corps désarticulé, extrêmement tendu, avec des déplacements toujours désordonnés. Ils sont souvent totalement hilares, de manière disproportionnée par rapport à la situation.

C - FACTEURS TEMPORELS

Généralement, cette conduite s'observe dans les quelques premières minutes après l'arrivée des enfants dans les locaux.

1. 5 - VERIFIER QUE RIEN N'A CHANGÉ / RANGER

A - FACTEURS SPATIAUX

Une fois que les enfants ont rejoint leurs lieux de vie, ils vérifient que rien n'a changé en faisant un tour d'inspection. Parfois lorsque le mobilier ou des objets ne sont pas exactement à leur place habituelle, les enfants font un peu de rangement.

B - FACTEURS SOCIAUX

Cette activité ne semble pas être liée au fait d'être proche ou isolé des soignants et enfants car elle a pu être observée dans divers contextes sociaux.

C - FACTEURS SENSIBLES

La vue semble importante, mais surtout pour se concentrer sur l'activité en cours et éviter le regard des personnes environnantes. La seule préoccupation de l'enfant semble être son désir de prendre ses repères. Ainsi, pendant tout le temps où il inspecte ses lieux de vie et fait du rangement, il fait visuellement abstraction de son environnement social.

Le sonore. Généralement, l'enfant ne répond pas aux questions de son entourage. Soit l'enfant reste silencieux pendant tout le temps de son inspection soit il s'enferme dans un soliloque (réprimandes qui lui sont adressées « *je te préviens M., ça va être une claque tout à l'heure, c'est la dernière fois que je te le dis* », mots quelconques « *le dentiste, docteur, y a quelqu'un ?* » etc.) ou des fredonnements incessants. Par cette enveloppe sonore, l'enfant s'efforce de faire abstraction de l'environnement sonore général.

Le toucher est implicitement convoqué, étant donné le déplacement du mobilier : l'enfant pousse les fauteuils, même de quelques centimètres, remet d'aplomb un petit fauteuil de plastique renversé, remet les petites voitures dans leurs boîtes etc.

Attitudes. Lorsque l'enfant fait le tour du groupe, soit il se déplace rapidement, jette quelques coups d'œil, déplace un fauteuil puis passe à autre chose, soit fait consciencieusement le tour : il balaye lentement le groupe du regard. Puis, s'il procède à un quelconque rangement, les mouvements et les gestes s'enchaînent alors rapidement, le regard est concentré sur l'activité, le visage est figé, la bouche souvent entr'ouverte. Autant d'attitudes traduisant parfaitement l'état psychique de l'enfant angoissé qui s'applique à se reconstruire des repères stables et sécurisants.

« Dès son arrivée dans la structure, M. s'est arrêtée brutalement à l'entrée de « l'espace fauteuils ». Son corps s'est figé, ses yeux écarquillés à la simple vue d'une

petite chaise en plastique qui avait dû être renversée et posée sur la table basse par la dame de service. Après quelques secondes, immobile, M. se déplace rapidement vers la source de son inquiétude, ses mouvements s'enchaînent très vite, ses gestes sont impulsifs, saccadés. Elle s'empare de la chaise, s'empresse de la replacer et s'assure qu'aucun des fauteuils n'a été déplacé pendant son absence. Elle est d'une rigueur sans limite : l'emplacement de chaque fauteuil est réajusté, ne serait-ce que de quelques centimètres. »

Extrait d'un récit d'observation

D - FACTEURS TEMPORELS

Faire le tour des lieux de vie pour vérifier que rien n'a changé et ranger au besoin fait partie des rituels d'arrivée des enfants dans la structure. Ces rangements se déroulent soit le matin, dés que les enfants arrivent dans la structure soit après le repas de midi ou une activité extérieure au groupe donc toujours au moment du passage d'un espace à un autre, d'une activité à une autre, à des moments d'agitation où l'enfant a besoin de prendre ses repères.

1.6 - SE POSTER

En référence à la définition du terme « se poster »[170], soulignons la notion de récurrence et de position stratégique qui en émane.

Cette conduite se rencontre dans les différentes structures. L'emplacement dans l'espace, le comportement en relation aux événements et les mimiques nous permettent de nommer plus précisément cet emplacement sous le terme de « poste ».

A. FACTEURS SPATIAUX

L'enfant se poste généralement à des endroits stratégiques qui lui permettent de surveiller son environnement tout en bénéficiant, le plus souvent, d'une configuration

[170] « Se poster » : « Se placer quelque part pour une action déterminée ». *Le petit Larousse*. Paris : Larousse, 1996.

spatiale contenante : au carrefour de deux couloirs, dans l'angle d'une alcôve, dans l'angle d'une pièce, assis contre le mur dans la partie concave du couloir courbe, contre la porte d'entrée.

B - FACTEURS SENSIBLES

Le toucher semble ici central. Nous observons que l'enfant recherche toujours un contact : en s'adossant au mur, en appuyant sa tête sur la rambarde de bois, en s'y accrochant, en caressant le fauteuil, comme si ce contact offrait un soutien à l'enfant, un réconfort.

Ce type de situation souligne aussi l'importance de la vue, comme moyen de contrôle sur l'environnement, pour vérifier que tout est « normal » et pouvoir anticiper face à un éventuel danger, pouvoir agir en conséquence, s'en protéger, comme le souligne Goffman[171]. Cette possibilité de contrôle est une condition du sentiment de sécurité, condition qui s'illustre par les configurations spatiales que les enfants investissent et où ils n'ont pas d'angle de vision mort mais, au contraire, ont la possibilité d'observer leur environnement.

Nous avons vu que lorsqu'un enfant se poste soit il observe son environnement soit il s'isole. Nous pouvons souligner le fait que la vue constitue un moyen de contrôle dans ces deux types de situations. La seule chose qui diffère est la manière dont ce moyen est mis en œuvre. Dans le premier cas, l'enfant observe et regarde attentivement autour de lui alors que dans le second, l'enfant ne semble pas prêter attention à son environnement, il semble totalement isolé, coupé de son environnement : son regard est dans le vide, fixé, absorbé par quelque chose. Cependant de nombreuses situations illustrent bien le fait que l'enfant accorde une perpétuelle attention flottante à son environnement mais ici nous en retiendrons une.

Un enfant est adossé à la paroi courbe de la circulation, au niveau de la partie concave, son visage est atone, il semble perdu dans ses pensées, le regard droit devant lui, dans le vide, ses yeux sont écarquillés. Son corps semble mou, sans grande tonicité, seuls son dos et sa tête sont appuyés contre le mur. Pendant ce temps, des enfants jouent dans les jeux de mousse au niveau de l'entrée, quelques soignants sont assis sur le banc face à l'entrée du groupe. La structure est calme. Un moment après, la personne chargée du

[171] GOFFMAN, Erwin. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minuit, 1973.

ménage arrive avec son chariot depuis les bureaux de consultations. Alors que l'enfant n'a jamais vérifié visuellement la source de cette irruption sonore, son corps est soudain plus tonique : il se ressaisit, se redresse contre le mur et écarte ses jambes du passage, comme s'il voulait faire de la place à ce chariot encombrant. L'enfant ne semble pas effrayé par le chariot, aussi nous pensons qu'il se colle davantage à la paroi (cette fois-ci son bassin est lui aussi en contact avec la courbe du mur) pour répondre aux informations que lui donne son environnement sonore et non dans une recherche de soutien psychologique, comme dans le cas d'une situation angoissante.

La dimension sonore. De la même manière que la vue, comme le démontre l'exemple précédent, l'ouïe constitue une source de renseignements importante sur l'environnement. Lorsque l'enfant s'isole, il peut grâce à son ouïe anticiper bien plus qu'avec la vue.

L'intensité des productions sonores émanant de l'environnement de l'enfant a une importance dans ce type de situations. En effet, les niveaux sonores vont participer au même titre que les facteurs sociaux (activités, population, densité, forme d'occupation) à inciter un enfant à quitter son poste ou, au contraire, à ce qu'il le garde. Cependant, pour que l'environnement sonore inquiète profondément un enfant, il est nécessaire que la source sonore soit proche de celui-ci. En effet, un enfant posté dans les couloirs qui perçoit les irruptions sonores de ses camarades qui jouent dans l'espace de jeux, n'en est pas inquiété, alors que si des irruptions sonores de fortes intensités proviennent d'enfants qui courent dans les couloirs, la situation inquiète alors l'enfant qui va renforcer sa vigilance.

Attitudes. Soit l'enfant est attentif au moindre événement et son corps comme les traits de son visage semblent tendus, l'enfant est tout entier à l'écoute de ce qui se passe dans son environnement ; soit l'enfant semble ailleurs. Son corps semble atone, ses yeux sont perdus dans le vide, son visage n'a pas d'expression particulière.

C - FACTEURS TEMPORELS

Chaque jour, des enfants s'installent systématiquement au même endroit, à des postes qui constituent de véritables repères spatiaux, immuables. Cette notion de repère est soulignée par le fait que ces modes d'actions se réalisent principalement lors de l'arrivée des enfants dans la structure, à leur retour d'activité, après le repas, à chaque

fois que l'enfant retrouve ses lieux de vie, exactement comme si le fait de passer un moment toujours au même endroit (même situation dans l'espace, même champ de vision, mêmes sensations) leur permettaient de prendre leur repère, de mieux vivre le passage d'une activité à une autre, d'un lieu à l'autre.

1.7 - PRENDRE TOUJOURS LE MEME JOUET

A - FACTEURS SPATIAUX

Certains enfants lorsqu'ils arrivent dans la structure s'empare toujours des mêmes jouets : une petite voiture, une peluche, de petits éléments de dînette en plastique.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue. Soit l'enfant refuse son environnement visuel et concentre son regard sur le jouet dont il s'empare, objet qui représente souvent pour lui une source de stimulation sensorielle. Soit l'enfant accepte son environnement visuel et regarde autour de lui.

Le sonore. De même que la vue, l'environnement sonore est soit accepté soit refusé.

Le toucher est très sollicité, soit concentré sur le jouet habituel de l'enfant soit sur son environnement spatial.

Le goût est parfois sollicité par les enfants les plus régressés qui mettent à la bouche les jouets dont ils s'emparent.

L'odorat semble convoqué par les plus régressés qui pose leur nez sur leur jouet de manière plus ou moins prolongée.

Certains enfants s'enferment dans des sensations kinesthésiques sitôt qu'ils ont retrouvé leur jouet habituel (par exemple, l'enfant sautille en agitant la peluche frénétiquement devant ses yeux, se balance d'avant en arrière en faisant rouler la petite voiture sur la paume de sa main ou tapote sur les chips en plastiques en trottinant dans les couloirs).

Attitudes. Lorsque l'enfant ne trouve pas son jouet habituel, sa quête devient pressante, le corps est tendu, les gestes et les déplacements rapides, le visage semble inquiet. A l'inverse, si l'enfant réussi à mettre rapidement la main dessus, tout dépend de la

manière dont ce dernier vit son arrivée dans les locaux au moment où il s'empare de son jouet habituel.

1.8 - TOUJOURS FAIRE LA MEME ACTIVITE

A - FACTEURS SPATIAUX et SOCIAUX

Une fois que les enfants ont rejoint leurs lieux de vie, certains s'installent et font toujours la même activité : manger un gâteau, faire des traces sur la vitre, feuilleter un catalogue, faire sauter des petits objets devant ses yeux etc. Autant d'activités, qui ont pu être relevées dans les différents espaces de vie des structures (sauf le fait de manger qui est observable uniquement à Echirolles dans « l'espace fauteuils ») et par conséquent proches ou éloignées d'autres personnes.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue. Tout dépend de l'activité, mais généralement, le regard est concentré sur celle-ci. Cependant lorsque l'enfant mange un gâteau, le regard est soit mobile, attentif à l'environnement, soit au contraire absent, refusant tout échange.

Le toucher. Pendant les différentes activités des enfants, le sens du toucher tient, pour beaucoup d'enfants, une grande importance. Suivant l'activité, certains concentrent le toucher à ce qu'ils font, d'autres caressent leurs cheveux, serrent un papier dans leur main, tirent leurs chaussettes, posent leur main sur le fauteuil, sont en contact avec leur soignant. Certains de ces gestes semblent réellement être une manifestation de bien être comme par exemple les caresses dans les cheveux, d'autres, semblent davantage illustrer la recherche d'un soutien (le papier fermement serré dans la main), tandis que d'autres encore, semblent illustrer une angoisse (tirer sa chaussette, les gestes sont impulsifs).

La dimension sonore. Certains enfants refusent leur environnement sonore et fredonnent en continu en faisant varier l'intensité en fonction de celle de l'environnement sonore, se bouchent les oreilles etc.

Le goût est principalement convoqué lorsque l'enfant mange un gâteau.

L'odorat peut être sollicité lorsque l'enfant fait des traces sur la vitre, lorsque son visage est en contact avec le vitrage. Aucun geste ou comportement ne permet d'affirmer que le fait de manger un gâteau éveille l'odorat des enfants.

Attitudes. Les attitudes sont très variables selon les activités des enfants. Soit l'enfant est ouvert à son environnement soit il le refuse.

« Comme tous les matins L. a pris un gâteau dans la corbeille. Il s'empresse, sur les conseils des soignants, de s'asseoir sur un fauteuil. Il enlève avec application le papier d'emballage et court le poser, au centre, sur la table basse. Ses mouvements sont saccadés, précipités, son visage est gai, souriant et ses yeux écarquillés... L. est impatient de regagner sa place. Il peut enfin mordre à pleine dents dans son gâteau : la mastication est exagérée voire caricaturée. L. ne prend pas le temps de manger tranquillement, il se lève fait des va et vient entre l'espace fauteuils et le couloir, devant l'espace commun. Ses gestes sont concentrés autour de sa bouche : sa main qui tient le gâteau reste toujours à proximité de la bouche, tandis que l'autre main s'agite aux environs de celle-ci, exactement comme s'il fallait vite en finir avec cette gourmandise. »

Extrait d'un récit d'observation

C - FACTEURS TEMPORELS

Ces activités se mettent en place dans les 15 premières minutes environ et sont susceptibles de se réitérer lorsque l'enfant revient d'une activité ou du repas. Cependant, lorsque l'enfant mange un gâteau, ce rituel ne se reproduit à aucun autre moment de la journée étant donné qu'il n'a plus lieu d'être, vu la proximité avec le repas ou le goûter.

1.9 - ENLEVER SES CHAUSSURES, SES CHAUSSETTES

A - FACTEURS SPATIAUX et SOCIAUX

A Echirolles, le fait d'enlever ses chaussures ou ses chaussettes s'observe le plus souvent dans les couloirs, isolé des soignants. Mais nous pensons que cet emplacement est dicté par le fait que les soignants ne veulent pas que les enfants se déchaussent afin d'éviter les glissades et de protéger leurs pieds. A Mosaïque cette conduite s'observe dans les différents espaces de la structure, tandis qu'à la Fondation, nous pensons que cette conduite n'a que rarement était observée dans le groupe de vie étant donné la proximité de la cour, le fait que celle-ci est un passage obligé pour accéder à n'importe quels espaces de la structure (la salle à manger, les classes, les salles d'activités) et le fait que les enfants passent beaucoup de temps à jouer dans la cour.

B - FACTEURS SENSIBLES

Le toucher, le contact des pieds sur le sol paraît très important, comme si l'enfant voulait être en contact direct avec la matière. Nous pouvons souligner le fait que seuls les plus régressés se déchaussent. D'ailleurs, lorsque l'enfant ne parvient pas à enlever ses chaussures, nous constatons qu'il tente d'enlever celles d'un de ses camarades, ces enfants ayant, en général, des difficultés à faire la différence entre leur propre corps et celui des personnes qui l'entourent. Ce geste souligne bien l'importance que l'enfant accorde au fait d'être pieds nus sur le sol (qu'il fasse froid ou chaud).

La vue se concentre uniquement sur l'intérêt du moment, à savoir les pieds de l'enfant, aucun regard n'est adressé à autrui ou posé sur quelque chose. La vue n'est pas utilisé ici comme moyen de communication ou de contrôle de l'environnement.

L'ouïe. Aucun geste ne semble entraver l'ouïe, elle semble donc acceptée par l'enfant. Nous pouvons ici supposer que ce sens sert de moyen de contrôle sur la situation, sur la normalité de l'environnement, étant donné que la vue, qui remplit souvent ce rôle est concentrée, ici, sur une activité, un point donné.

Attitudes. Lorsqu'il enlève ses chaussures, l'enfant ne semble plus prêter attention à son environnement, son regard est fixé sur cette activité, ses gestes sont dynamiques, impatients, ses mimiques sont gaies et impatientes.

"*Ce matin, L. est arrivé avec des sandales à boucles aux pieds, à la place de ses chaussures à lacets habituelles. Ne s'étant pas familiarisé avec ce mode de fermeture qu'est la boucle et ne pouvant pas les enlever avec facilité, L. s'empressa, avec beaucoup d'application, d'enlever les chaussures à lacets à l'un de ses camarades.* "

Extrait de récits d'observation

C- FACTEURS TEMPORELS

Cette conduite s'observe dans les premières minutes passées dans la structure, dans les 10 à 15 premières minutes. Certains se déchaussent presque sitôt qu'ils ont franchi la porte tandis que d'autres semblent mettre en place d'autre rituel avant celui-ci.

1.10 - PRISES DE REPERES TEMPORELS

Peu d'observations nous ont permis d'appréhender le rapport que les enfants entretiennent avec l'écoulement du temps, leurs prises de repères par rapport à ce dernier.

Pourtant nous avons pu observer quotidiennement et à n'importe quels moments de la journée les enfants :

- soit rechercher des repères temporels : « *Quelle heure il est ?* », « *qu'est-ce que je fais aujourd'hui ?* », « *je vais à l'école aujourd'hui ?* », « *Après je fais quoi ?* » ;

- soit manifester leur désir de changement à l'approche d'une activité quelle qu'elle soit : par exemple lorsqu'il est l'heure d'une activité ou des « temps des pièces[172] » l'enfant s'agite, s'impatiente, vient chercher son soignant, manifeste le fait qu'il est l'heure d'y aller. Cette conduite est d'autant plus frappante lorsque le départ pour cette activité se fait attendre et qu'aucun adulte n'a rappelé à l'enfant qu'il était bientôt l'heure de partir. La grande majorité des enfants ne savent pas lire l'heure, aussi nous

[172] Appellation donnée par les soignants aux activités thérapeutiques proposées aux enfants à Echirolles.

voyons bien ici que certains enfants ont malgré leurs difficultés de prise de repère temporels une certaine notion du temps, certainement de l'ordre du ressenti.

La course du soleil représente t-elle un moyen de prise de repère ?

A - FACTEURS SOCIAUX

Cette conduite ne semble pas être liée au fait d'être proche ou isolé des soignants et enfants car elle a pu être observée dans ces différents cas possibles.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue ici a différents rôles. Le regard est quelque fois directement adressé aux soignants et est utilisé comme moyen de communication pour lui faire comprendre qu'il est l'heure d'aller dans la pièce. Mais à l'inverse le regard peut être évité.

Le sonore est en général accepté. L'enfant est à l'écoute de son soignant et attend avec impatience le signal du départ.

Le toucher peut être utilisé aussi comme moyen d'attirer l'attention, de communiquer avec son soignant : l'enfant le prend par la main et le tire en direction de la pièce, lui tape sur l'épaule comme pour le rappeler à l'ordre.

Le kinesthésique est ici souvent sollicité par les enfants qui s'agitent pour manifester leur désir : certains se tapotent sur le torse en fredonnant, d'autres tapent des pieds sur le sol.

La motricité est souvent caractéristique de cette conduite. L'enfant va et vient, s'agite, ne cesse de se déplacer pour attirer l'attention de son soignant et manifester son désir de changement.

Attitudes. Les attitudes sont des plus éloquentes. Souvent l'enfant qui ne possède pas de langage gesticule, s'agite pour attirer l'attention de son soignant. Très souvent il se sert de la dimension sonore pour manifester sa présence et son impatience : il redouble de productions sonores, augmente leur intensité, tape ses pieds sur le sol, autant d'attitudes auxquelles le soignant répond : "*mais dis le moi avec des mots que tu as envie d'y aller au lieu de faire l'imbécile*".

Ces anecdotes nous laissent à penser que le temps est appréhendé soit intuitivement et/ou par expérience.

Cependant, précisons ici que si la majeure partie des enfants recherche des repères temporels à différents moments de la journée, tous ne vivent pas facilement les changements d'activités et de lieux. Bien au contraire, de façon quotidienne nous pouvons affirmer que les « entre deux d'activités », les « transitions », les passages d'une activité à une autre, d'un lieu à un autre sont souvent mal vécus par les enfants.

SYNTHESE DES FACTEURS RELATIFS AUX CONDUITES DE PRISES DE REPERES

FACTEURS SPATIAUX

L'enveloppe spatiale, l'espace aménagé constituent d'importants repères spatiaux pour les enfants.

FACTEURS SOCIAUX

Généralement, l'enfant prend ses repères proche des adultes et plus particulièrement, selon le fonctionnement de chaque structure, proche de son soignant référent.

FACTEURS SENSIBLES

La vue. Le regard de l'autre est tantôt accepté, tantôt refusé. Le regard est principalement adressé à l'environnement spatial de l'enfant.

L'ouïe est acceptée par certains, et représente leur ouverture à leur environnement, aux autres. Pour d'autres, le sonore est refusé de manière formelle (mains sur les oreilles, certains arrivent déjà à la structure avec une oreille bouchée). D'autres le refusent de manière informelle : ils ne donnent aucune réponse aux questions qui leurs sont adressées.

Le toucher est mis en éveil par beaucoup d'enfants. Il s'adresse à l'enveloppe spatiale, au mobilier, au soignant.

Le goût est convoqué par beaucoup d'enfants, lorsqu'ils mangent un gâteau, dés leur arrivée dans la structure.

L'odorat est sollicité par certains enfants principalement par rapport aux objets personnels et parfois aux adultes.

ATTITUDES

L'enfant est soit angoissé : corps tendu, mouvements et gestes impulsifs, visage figé, sourcils froncés, visage préoccupé ; soit détendu : visage souriant, corps détendu.

F A C T E U R S T E M P O R E L S

Les 5 à 10 premières minutes passées dans la structure se déroulent souvent de la même manière, la plupart des enfants ayant mis en œuvre des rituels d'arrivée dans la structure afin de les aider à prendre leurs repères.

Au cours du temps, l'enfant réitère cette prise de repères, le plus souvent lors du passage d'une activité à une autre.

Le temps est un des facteurs prépondérant de cette conduite. En effet, toutes ces situations de prises de repères s'observent à des moments récurrents de la journée

2 - S' I S O L E R

Cette conduite caractérise principalement le sujet isolé de son environnement[173].

2.1- S'ISOLER EN MOUVEMENT

Ce genre de conduite a pu être observé dans nos différents terrains d'investigations.

Quelques variétés.

- S'isoler en sautillant près du trampoline, à côté d'un enfant, proche des soignants.
- S'isoler en faisant des allers et retours rapides, à côté d'un enfant.
- S'isoler en marchant lentement et en augmentant ses productions sonores, proche des enfants et soignants.
- S'isoler en marchant lentement dans le groupe de vie, proche des soignants et des enfants.

[173] Ce type de conduite concerne particulièrement les enfants les plus régressés, souffrant de troubles autistiques. Par conséquent, elles mobilisent beaucoup de comportements stéréotypiques caractéristiques de l'autisme.

- S'isoler en marchant de façon très régulière en faisant des allers et retours entre l'intérieur et l'extérieur de la structure, tantôt proche d'enfants et de soignants, tantôt isolé visuellement et de façon sonore des enfants et soignants.
- S'isoler en marchant dans le jardin, en tenant une poignée d'herbe à la main proche d'un soignant.
- S'isoler en marchant lentement et en tournant autour d'un pan de mur, proche de soignants et d'enfants.
- S'isoler en sautillant de façon très dynamique dans le hall d'entrée, isolé visuellement et de façon sonore des enfants et soignants.
- S'isoler en sautant un peu lourdement mais régulièrement par-dessus les jeux de mousse, proche d'enfants et loin mais visible de soignants.
- S'isoler en marchant rapidement et en lançant un objet devant soi, puis le ramasser lorsqu'on arrive à sa hauteur et ainsi de suite, proche des soignants et des enfants.
- S'isoler en marchant de façon très régulière et en faisant des allers et retours entre le groupe et les espaces de circulation de la structure, tantôt proche d'enfants et de soignants, tantôt isolé visuellement et de façon sonore des enfants et soignants.
- S'isoler en faisant le tour du jardin, très lentement, proche d'un enfant et d'un soignant.
- S'isoler en sautant sur place, proche d'enfants et de soignants.
- S'isoler en faisant des pas chassés dans le groupe, proche d'un enfant et de soignants.

A - FACTEURS SPATIAUX

Cette conduite est repérable dans n'importe quel espace de la structure. L'enfant s'isole en mouvement soit sur place ou en faisant de très petits déplacements soit empruntant un véritable parcours. Dans ce dernier cas, généralement, chaque enfant possède son parcours qu'il emprunte presque systématiquement. A la Fondation Vallée par exemple, un des enfants, s'isole en faisant des pas chassés depuis la cabane jusque devant les baies qui s'ouvrent sur la cour et ainsi de suite. Les deux premiers pas de l'enfant ne

sont pas rapides, ils semblent parfois comme suspendus, au ralenti puis s'accélèrent avant d'à nouveau ralentir sur les deux derniers qui lui permettent de faire demi tour et de réitérer son parcours. Il semble que cet espace soit le seul du groupe à pouvoir lui offrir un parcours dégagé de tout obstacle suffisamment long pour qu'il puisse enchaîner un certain nombre de pas, prendre un peu de vitesse et lui permettre d'intensifier ses signes d'isolement (productions sonores et claquement de main) avant de devoir faire demi-tour.

A Mosaïque, nous pouvons citer l'exemple d'un enfant qui passe beaucoup de temps à s'isoler en marchant et qui a l'habitude d'emprunter cinq parcours différents. Premièrement, il semble qu'il affectionne particulièrement de faire des allers et retours entre les espaces de circulation et l'intérieur du groupe de vie, deuxièmement dans les espaces de circulations, troisièmement dans le groupe de vie, quatrièmement lorsque les baies du groupe sont ouvertes sur le jardin et quand les conditions météorologiques le permettent, entre le groupe et le jardin et enfin cinquièmement, il lui arrive parfois de circuler à la fois dans les couloirs, le groupe et le jardin. Cependant ces différents parcours ont tous des récurrences. En effet lorsque l'enfant est dans les couloirs, il marche généralement dans le tiers extérieur du couloir, proche de la courbe (figure N°2) et lorsqu'il se trouve dans le groupe, il marche généralement au centre, en tournant autour du mur B (figure N°3).

Figure N°2 :
Dans les espaces de circulation, au niveau de la grande courbe, le cheminement de l'enfant passe systématiquement dans la zone pochée sur le plan. Il est plus ou moins proche du mur, mais souvent en contact avec celui-ci (par la main, le bras ou tout le côté de son corps).
Durant nos temps d'observations, nous ne l'avons jamais vu passer à l'intérieur de la courbe. Nous pensons que les ondulations de la courbe extérieure ainsi que la configuration davantage contenante qu'elle offre à l'enfant participe à cela.

Figure N°3 :
Son cheminement varie légèrement d'une fois à l'autre, il peut aller jusque dans l'entrée du groupe avant de faire demi-tour et continuer son parcours mais tourne toujours autour de la portion de mur B avec plus ou moins d'amplitude.

0 1 2 3 4 m

Nous pouvons souligner le fait que lorsque des enfants ou des adultes sont installés autour de la table et empiètent sur son parcours, l'enfant ne change pas d'itinéraire mais se glisse entre le mur et la personne parfois même force le passage. Lorsque l'enfant fait des va et vient entre le groupe et l'extérieur son parcours peut se modifier, il lui arrive de passer contre le mur, de contourner la table et de faire le tour en passant vers l'entrée du groupe (figure N°4).

Figure N°4 :
Nous voyons bien ici que le cheminement de l'enfant peut varier, mais s'organise toujours autour de la portion de mur B. Cependant, lorsque l'enfant a un parcours, il ne dévie jamais, même si des obstacles rendent difficile le passage .

0 1 2 3 4 m

Là encore très souvent, certains passages sont étroits mais l'enfant ne modifie jamais son parcours, même lorsque les soignants lui disent que ce n'est pas possible de passer, il force le passage. Contrairement de à ce que fait l'enfant de la Fondation, celui-ci marche plus ou moins lentement avec une grande régularité. Les seuls ralentissements sont observés lors d'un passage difficile comme évoqué précédemment. A Mosaïque, l'enfant opère de façon exceptionnelle des demis tours à 180°, généralement tous ses retournements sont courbes, sans aucun ralentissement ni accélération. A Mosaïque, au cours de nos observations nous avons pu remarquer que les parcours des enfants qui s'isolaient en mouvement se superposaient à deux endroits. Le premier « chevêtre » en référence au travail de Deligny[174] est une portion de couloirs au niveau du creux de la

[174] DELIGNY, Fernand. *Les enfants et le silence*. Paris : Galilée, 1980.

courbe concave et à la naissance de la courbe (figure N°5). Cet espace semble être l'endroit où la courbe est la plus perceptible et contenante.

Figure N°5 : Nous représentons ici ce « chevêtre » (point commun aux différents parcours d'enfants qui s'isolent en mouvement) a une grande échelle pour souligner son incongruité.

Le deuxième « chevêtre » se situe dans le groupe de vie, autour du mur central (figure N°6). En effet, nous avons pu observer principalement deux enfants faire régulièrement le tour de ce « chevêtre ». Nous pouvons citer l'exemple d'une fois où les deux enfants s'y trouvaient en même temps. Sans jamais ralentir leur parcours, les enfants ne se sont jamais croisés de prés, sans jamais se regarder clairement les enfants semblaient se surveiller afin d'adapter leur parcours : de retarder ou d'avancer leur passage.

Figure N°6 :
Lorsque des enfants s'isolent en mouvement dans le groupe de vie, quel que soit le moment, qu'ils s'y trouvent simultanéement ou pas, leurs parcours se supperposent généralement autour de la portion de mur B.

0 1 2 3 4 m

Cependant nous avons pu observer des enfants s'isoler en mouvement sans pour autant parcourir l'espace. A Echirolles, nous pouvons citer l'exemple d'un enfant faisant des allers et retours d'environ 1,5 m d'amplitude, puis petit à petit, leur ampleur s'amenuise jusqu'à ce que l'enfant finisse quasiment par tourner en rond et par s'enfermer dans une danse cyclique répétitive. Ses mouvements sont lents, parfois l'enfant interrompt son déplacement, s'immobilise pendant quelques secondes avant d'avoir achevé le mouvement en cours : il reste le pied décollé du sol... puis poursuit son déplacement.

Des stéréotypies ponctuent ce parcours : les bras sont le long du corps puis se lèvent sur les côtés, les mains s'agitent puis s'assagissent à nouveau. Cette danse s'élabore toujours sur le même rythme, avec la même lenteur. Quelques fois, l'enfant interrompt son cheminement, il s'immobilise et émet des sons courts, aigus et de faible intensité.

B - FACTEURS SOCIAUX

Cette conduite a pu être observée proche ou éloignée, visible ou cachée d'autres enfants et soignants.

C - FACTEURS SENSIBLES

Ici le kinesthésique semble tenir une place primordiale, l'enfant est constamment en mouvement, tous ses sens semblent être en éveil de façon à stimuler son corps.

En effet le toucher est régulièrement présent soit concentré sur le corps de l'enfant, particulièrement ses mains : il les croise, les serre, les tape soit l'une contre l'autre soit sur l'enveloppe spatiale, sur les parois verticales.

Le sonore. L'enfant s'enveloppe de diverses productions sonores parfois susceptibles d'exciter son oreille interne (il fredonne en sautillant sur place, en mettant ses mains sur ses oreilles, s'enferme dans un soliloque en tapant dans ses mains etc.). A priori, l'environnement sonore ne semble pas refusé, pourtant, lorsque les soignants s'adressent à l'enfant, celui-ci ne répond pas, ne les regarde pas, exactement comme s'il n'entendait pas. Les soignants obtiendront parfois une réponse après avoir insisté, réitéré plusieurs fois leur question.

Le regard est, la plupart du temps, absent, rivé au sol. Parfois, il se porte sur une personne (enfant ou soignant) sans pour autant que l'enfant la prenne en considération : le regard reste vide. Les déplacements de regards sont très lents.

Attitudes. L'enfant se déplace de façon très différente : en marchant lentement, en sautillant, en faisant des pas chassés, en alternant sauts et pas, sur place ou en empruntant un véritable parcours dans les espaces de vie de la structure. Les mimiques de l'enfant traduisent parfaitement l'isolement : le visage est figé, absent.

2.2- S'ISOLER DANS LE MOUVEMENT D'UN OBJET.

Quelques variétés.

- S'isoler en faisant rouler une petite voiture sur sa main et en regardant le mouvement des roues.
- S'isoler en jetant en l'air devant soi deux briquettes en plastiques, les ramasser et recommencer.

- S'isoler en laissant tomber devant soi des chips en plastique.
- S'isoler en faisant tomber une pluie de petits papiers devant ses yeux.
- S'isoler en agitant frénétiquement la peluche devant ses yeux.
- S'isoler en balançant la poupée devant son visage.
- S'isoler en faisant glisser une briquette en plastique sur la paume de sa main, devant ses yeux.
- S'isoler en agitant une poignée d'herbe devant ses yeux.
- S'isoler en lançant en l'air devant ses yeux plusieurs petits objets de plastique en même temps.

A - FACTEURS SPATIAUX/MOBILIERS/JOUETS

Les enfants utilisent des jouets pour s'isoler et ce quelle que soit leur matière et leur couleur. La plupart du temps, s'il s'agit de peluches, de jouets souples, l'enfant les agite frénétiquement devant ses yeux tandis que s'il s'agit de jouets rigides l'enfant les fait rouler, glisser, tomber puis les ramasse et ainsi de suite devant ses yeux. Cependant nous pouvons observer ce type de conduite dans les différents espaces de vie des structures, ainsi l'enfant ne semble pas rechercher des revêtements de sol particuliers susceptibles d'intensifier les bruits d'impacts des jouets.

B - FACTEURS SOCIAUX

Ce type de conduite est repérable quelque soit la situation sociale, proche, en contact ou éloigné des soignants et des enfants.

C - FACTEURS SENSIBLES

Le regard est absorbé par le mouvement de l'objet. La plupart du temps il ne suit pas l'objet mais reste fixe devant lui pour pouvoir percevoir la chute, le mouvement de l'objet. L'enfant est en quête de sensations visuelles.

Le sonore. L'enfant n'est pas réceptif à son environnement sonore. Parfois il est silencieux et d'autres fois complètement hilare ou s'enferme dans des productions sonores incessantes. Lorsque l'enfant laisse tomber un jouet rigide sur le sol, le ramasse pour à nouveau le laisser tomber, nous pensons que le bruit d'impact peut constituer pour l'enfant une stimulation sensorielle, une enveloppe qui ajoute à son isolement.

Le kinesthésique est souvent sollicité, lorsque l'enfant regarde chuter l'objet qu'il lance, quelque fois il sautille, se balance, agite ses mains de façon très dynamique.

Le toucher ne semble pas ici avoir de grande importance, le toucher de l'objet semble être secondaire.

Attitudes. Le plus souvent le visage de l'enfant est figé, les yeux sont écarquillés. Tantôt les gestes sont lents, le corps immobile, l'enfant observe attentivement les mouvements de l'objet, tantôt les gestes sont impulsifs, extrêmement rapides, le corps se balance, s'agite et l'enfant semble complètement absorbé par les mouvements de l'objet, il semble ne faire plus qu'un avec ce dernier.

2.3- S'ISOLER DANS UNE ENVELOPPE SONORE

Quelques variétés.

- S'isoler dans un soliloque.
- S'isoler en fredonnant sans discontinu.
- S'isoler en s'enfermant dans l'effet de bourdon que produisent les programmes de bulles et de jets du jacuzzi.
- S'isoler dans des claquements de mains ininterrompus.
- S'isoler en faisant un son sans discontinu.
- S'isoler dans le bruit d'impact d'objets tombant sur le sol.
- S'isoler en écoutant de la musique.
- S'isoler en écoutant une histoire.

A - FACTEURS SPATIAUX et SOCIAUX

Cette conduite s'observe dans différents lieux de la structure, proche ou éloignée des soignants et des enfants.

B - FACTEURS SENSIBLES

Le regard, les échanges visuels avec d'autres personnes, sont constamment évités. Il est fixé sur un objet ou un quelconque arrière plan, dans le vague.

Le sonore. Soit l'enfant s'isole dans une enveloppe sonore qui lui est extérieure et se sert de son environnement sonore (musique, effet de bourdon du jacuzzi, rythme d'un objet sur le sol etc.). Dans ce cas, il n'est pas réceptif aux paroles que lui adresse son entourage. Soit l'enfant s'isole dans une enveloppe sonore qui lui est personnelle. Ses productions sonores sont diverses : elles se constituent de phrases parfaitement construites, d'onomatopées, de divers sons ou de fredonnements.[175] Dans ce cas, l'enfant n'est pas réceptif à son environnement sonore, certaines fois même il l'envisage dans le seul but d'alimenter le soliloque dans lequel il s'enferme : il reprend par écholalie tous les mots ou toutes les phrases qui lui sont adressées, mais ne les considère pas davantage. L'enfant se bouche souvent les oreilles pour intensifier ses productions sonores et se concentrer davantage sur sa musique personnelle en masquant son environnement.

Le toucher est très souvent convoqué et concentré soit sur l'environnement spatial de l'enfant (fauteuil, mur etc.) soit sur le corps de l'enfant (main sur son oreille, sur ses vêtements).

Le kinesthésique est sollicité par des gestes stéréotypés très dynamiques, par des balancements ou même parfois lorsque l'enfant est sur une trottinette par des mouvements « avant arrière » dynamiques.

Attitudes. Les mimiques de l'enfant sont figées, tendues, la bouche est très souvent entr'ouverte, d'autres fois l'enfant se mord la lèvre inférieure et bave, d'autres fois encore il semble hilare.

[175] Se référer aux pistes 1, 2, 3, 4 et 5 du CD audio qui accompagne ce document.

2.4 - S'ISOLER DANS UN ESPACE CONTENANT

Quelques variétés.

- S'isoler à plat ventre dans la cabane.
- S'isoler dans le carton
- S'isoler assis sur un petit tabouret dans la cabane.
- S'isoler assis par terre dans le coin opposé à l'entrée de la cabane.
- S'isoler dans le groupe et fermer sa porte sitôt que celle-ci reste ouverte.
- S'isoler assis par terre face à l'entrée de la cabane.
- S'isoler accroupi dans l'angle d'une pièce.
- S'isoler à plat ventre sous une table.
- S'isoler allongé sur le dos sous le baby foot.
- S'isoler assis dans un angle de l'alcôve face à l'entrée.
- S'isoler debout dans l'angle d'une pièce.
- S'isoler allongé sur le côté sous le baby foot.
- S'isoler dans l'angle entre la cabane et le mur.
- S'isoler assis sur le rebord extérieur d'une fenêtre, la tête sous le rideau métallique à moitié fermé.

A - FACTEURS SPATIAUX

De la même manière que dans la conduite « se poster », l'enfant met à profit les configurations spatiales contenantes de l'espace pour s'isoler : les angles des pièces, les alcôves, la cabane, les recoins entre le mobilier et les parois verticales etc.

B - FACTEURS SOCIAUX

Cette conduite s'est vérifiée en présence de soignants et d'enfants mais aussi lorsque l'enfant est totalement seul.

C - FACTEURS SENSIBLES

Le regard est le plus souvent évité. Parfois les enfants balayent leur environnement du regard mais sans jamais l'arrêter sur quelque chose ou quelqu'un en particulier. Les quelques fois où il croise celui d'une autre personne, le regard est vide. Cependant, il est à nouveau attentif à son environnement sitôt qu'un évènement sonore ou dynamique émerge du contexte.

Le sonore. L'enfant ne prête pas attention à son environnement sonore, le plus souvent il ne répond pas ou plutôt gomme ce qui ne l'intéresse pas. Dans certain cas, l'enfant dit quelques mots incompréhensibles de temps à autres, ou quelques phrases qui n'ont aucun lien avec le contexte donné, d'autres fois les enfants s'enveloppent de leur musique personnelle tandis que d'autres encore restent mutiques.

Le toucher est souvent convoqué dans ce type de conduite, soit lorsque la configuration spatiale n'est pas enveloppante comme l'est celle de la cabane soit parce que l'enfant a besoin de gommer la majeure partie de son environnement : le dos ou le ventre sont en contact avec les parois. Ce contact souligne l'idée de contenance et traduit le degré d'isolement de l'enfant. En effet, lorsque celui-ci est dos à la paroi, qu'elle soit verticale ou horizontale, l'enfant préserve un degré d'ouverture par rapport à ce qui l'entoure. A l'inverse, lorsque l'enfant est à plat ventre, nous remarquons, premièrement que l'enfant gomme tout son environnement (les mains sont concentrées sur le corps, la tête souvent cachée dans un bras replié, les yeux fermés), deuxièmement que l'enfant se trouve dans les configurations spatiales les plus contenantes (sous le baby foot, sous la table, dans la cabane) et troisièmement que l'enfant semble particulièrement inquiet, angoissé.

Attitudes. Les attitudes des enfants sont variables selon les situations et illustrent bien leur degré d'ouverture à leur environnement. Premièrement, le visage peut être serein mais absent, le corps sans grande tonicité musculaire, deuxièmement, le visage peut aussi être inquiet, crispé, le corps généralement plus tendu et troisièmement l'enfant peut être totalement replié sur lui-même, dans ce cas le visage est le plus souvent non visible.

2.5 - S'ISOLER EN REGARDANT UNE SOURCE LUMINEUSE

- S'isoler en regardant un raie de soleil.
- S'isoler en regardant le néon de l'éclairage.
- S'isoler en regardant les guirlandes lumineuses et clignotantes.

A - FACTEURS PHYSIQUES

L'enfant se sert de la lumière pour s'isoler qu'il s'agisse d'une source de lumière naturelle ou d'une source de lumière artificielle. Cependant, l'enfant accroche davantage son regard aux tubes des éclairages artificiels qu'à des rayons du soleil.

B - FACTEURS SENSIBLES

Le regard est concentré sur la source lumineuse, à aucun moment l'enfant ne s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. Son regard semble accroché à la lumière, suspendu, totalement absorbé.

Le sonore. L'enfant est le plus souvent silencieux mais peut aussi être enveloppé dans des fredonnements incessants. Nous pensons qu'encore une fois, l'enfant est toujours vigilant à son environnement sonore qui, dans ce cas, est le seul moyen de surveiller ce qui se passe autour de lui, cependant, les situations que nous avons pu observer ne nous permettent pas de vérifier nos propos.

Le toucher et le kinesthésique sont parfois convoqués, toujours dans une recherche d'hyperstimulation sensorielle.

Attitudes. Toutes les attitudes de l'enfant soulignent le fait qu'il est totalement absorbé par la source lumineuse : le visage est figé, les yeux écarquillés ou au contraire mi-clos, le corps est tantôt immobile, les sensations étant uniquement visuelles, tantôt en mouvement dans une recherche de sensations kinesthésiques.

2.6 - S'ISOLER EN SE REGARDANT DANS...

- S'isoler en se regardant dans le miroir
- S'isoler en se regardant dans une réglette de métal.
- S'isoler en se regardant dans la vitre de la porte.
- S'isoler en se regardant dans le vitrage de la baie.

A - FACTEURS SPATIAUX

Lorsqu'une faible distance sépare l'enfant d'une surface réfléchissante, cela donne lieu à une situation d'isolement. Ces conduites se retrouvent dans les différents espaces de vie de nos trois terrains d'observations présentant des matériaux réfléchissants (miroirs, vitrages, réglettes métalliques).

B - FACTEURS SOCIAUX

Nous avons pu observer l'enfant à l'abri du regard des soignants et isolé des autres enfants comme proches de ces derniers.

C - FACTEURS SENSIBLES

Ces actions mettent en éveil tous les sens : la vue, le toucher, l'odorat, le goût et l'ouïe.

La vue participe à l'isolement de l'enfant.

Lorsqu'une très faible distance sépare l'enfant d'un matériau réfléchissant, comme le miroir, le métal ou les vitres (suivant les conditions d'éclairement), celui-ci aperçoit sa seule image dans la surface. L'environnement même proche n'étant pas réfléchi, l'enfant s'en isole. Le potentiel d'action de ces matériaux et le temps que passe l'enfant à cette activité, nous permet de conclure que le plus souvent, outre le fait de s'observer, il s'y regarde pour s'isoler.

Le toucher peut aussi être un moyen d'isolement, lorsque l'enfant s'enferme dans le fait de toucher, caresser, tapoter ces surfaces réfléchissantes froides au toucher. Cette modalité sensible est convoquée avec le nez, la joue, la main.

Même chose pour l'odorat et le goût dans lequel s'enferment beaucoup d'enfants.

A priori la dimension sonore ne semble pas être refusée, puisque aucun enfant ne se bouche les oreilles, pourtant ils ne répondent à aucunes questions qui leur sont posées.

Attitudes. Tout concourt à traduire cette idée d'isolement : le visage est figé, la bouche souvent ouverte, les yeux louchent ou sont fixés sur un point précis et l'enfant s'applique à ne jamais agrandir son champ de vision, les gestes sont lents, répétitifs.

2.7 - S'ISOLER EN FAISANT DES TRACES SUR UN VITRAGE

- S'isoler en faisant des traces sur le miroir.
- S'isoler en faisant des traces sur la baie.
- S'isoler en faisant des traces sur le vitrage de la porte.

A - FACTEURS SPATIAUX ET SOCIAUX

Cette situation a été observée dans les différents espaces de la structure qui possèdent des vitrages, à proximité ou éloigné des soignants et enfants.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue est concentrée sur l'activité de l'enfant.

L'ouïe est le plus souvent refusée comme nous l'avons souligné dans les situations développées précédemment.

Le toucher est sollicité par l'activité même de l'enfant.

Le goût est parfois convoqué lorsque l'enfant fait des traces avec sa langue.

L'odorat est susceptible d'être convoqué étant donné que l'enfant colle son visage au vitrage afin d'y faire de la buée.

Attitudes. Il semble difficile de décrire les mimiques des enfants étant donné que la plupart du temps ces derniers nous tournent le dos, cependant lorsque l'enfant est face à un miroir, nous pouvons noter que son visage est figé, parfois crispé, sa bouche toujours entrouverte. Tout le visage semble absorbé par l'activité de l'enfant qui est généralement soit assis par terre, soit à genou soit debout face au vitrage.

2.8 - S'ISOLER RECROQUEVILLÉ

- S'isoler recroquevillé dans un angle.
- S'isoler recroquevillé sur un fauteuil.
- S'isoler recroquevillé sur le matelas.
- S'isoler recroquevillé par terre.

A - FACTEURS SOCIAUX

Cette situation a été observée dans les différents espaces de la structure, à proximité ou éloigné des soignants et enfants.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue et l'ouïe sont le plus souvent refusées comme nous l'avons souligné dans les situations développées précédemment.

Le toucher est toujours sollicité, mais concentré principalement sur le propre corps de l'enfant, pour faire abstraction de l'environnement.

Le kinesthésique est aussi très souvent présent : l'enfant fredonne en se tapotant le torse, se balance. Les sensations kinesthésiques lui permettent en effet de concentrer toutes ses attentions sur son propre corps.

Attitudes. Le visage est figé, éteint, parfois caché par un bras replié sur le visage. Les gestes sont lents. La posture que prend l'enfant nous renseigne sur sa fermeture à l'environnement : il est plus ou moins recroquevillé mais affirme dans tout les cas son repli sur soi.

2.9 - S'ISOLER EN MANGEANT UN GÂTEAU

Quelques variétés.

- S'isoler en mangeant un gâteau assis sur un fauteuil.
- S'isoler en mangeant un gâteau avachi sur son fauteuil habituel.
- S'isoler en mangeant un gâteau à genoux devant le miroir.
- S'isoler en mangeant un gâteau sur les genoux de son soignant.

Cette conduite a été observée, sauf exception, uniquement à Echirolles, étant donné qu'à l'arrivée des enfants les soignants leurs proposent une collation.

A - FACTEURS SOCIAUX ET SPATIAUX

L'enfant s'isole en mangeant son gâteau assis dans l'espace fauteuils comme le demandent les soignants, par conséquent proche de ces derniers et de leurs camarades.

B - FACTEURS SENSIBLES

L'ouïe. L'enfant refuse son environnement sonore. Il se bouche les oreilles et fredonne continuellement en faisant varier l'intensité en fonction du niveau de l'environnement[176]. Tout ceci permet à l'enfant de masquer les sons qui lui sont extérieurs pour se trouver

[176] Se référer aux pistes 1, 2 et 3 du CD audio qui accompagne le document.

uniquement en présence de son propre paysage sonore et faire abstraction de son environnement sonore.

Le goût est ici utilisé pour s'isoler. En effet, l'enfant s'enferme, se coupe de son environnement en mangeant son gâteau, autre paradoxe de ce sens qui est de permettre aux enfants de prendre leurs repères dans la structure mais aussi de donner la possibilité de s'isoler.

Ici, le regard n'est plus utilisé comme moyen de communication avec l'environnement mais au contraire évité pour faire abstraction de ce dernier.

Le toucher a une grande importance : l'enfant se caresse les cheveux, tous ses gestes sont concentrés sur son propre corps.

Ainsi, tous les sens de l'enfant sont mis en œuvre pour faire abstraction de son environnement, tous concourent à concentrer l'enfant sur sa propre personne, son propre corps.

Attitudes. Soit les gestes sont rapides, dynamiques voire même impulsifs, souvent concentrés au alentours de la bouche, le corps est tendu. Soit l'enfant est détendu : le plus souvent, il est assis, le corps est détendu, un peu avachi, les gestes sont lents.

Et respectivement, les expressions du visage soulignent cette situation d'isolement : le visage est figé, fermé.

« J. vient d'arriver dans la structure. Il est assis sur son fauteuil habituel, à côté de son soignant et mange un gâteau. Son regard est perdu dans le vide, il semble totalement faire abstraction de ses camarades qui vont et viennent devant lui. Son visage et figé mais semble apaisé. Tantôt il passe sa main dans ses cheveux, doucement, tantôt il bouche son oreille. Tous ses gestes sont très lents, le temps semble suspendu.... La main qui tient le gâteau s'éloigne rarement de sa bouche, si ce n'est pour la porter à son oreille et tenter de la boucher. Dès que son soignant lui adresse quelques mots, J. augmente légèrement l'intensité de ses fredonnements incessants et ne prête aucune attention à celui-ci. »

Extrait d'un récit d'observation.

SYNTHESE DES FACTEURS RELATIFS AUX CONDUITES D'ISOLEMENT

La situation d'isolement est très importante chez l'enfant présentant des troubles psychotiques ou autistiques. En effet, elle représente la mise en place d'une protection contre son environnement et toutes les agressions qui en proviennent. On peut noter l'importante fréquence à laquelle a été observé cette situation sur le terrain.

FACTEURS SPATIAUX ET SOCIAUX

Les enfants s'isolent dans des lieux très différents de la structure et aussi paradoxal que cela puisse être, en présence, même très proche, des soignant et autres enfants. Ni leur situation sociale, ni leur situation dans l'espace ne sont déterminantes pour cet isolement, à laquelle, toute activité peut conduire.

En effet, on observe que les lieux proches des soignants sont aussi investis que les lieux isolés de la structure comme les espaces de circulations, la cabane, le jardin etc.

Par conséquent, il apparaît qu'un enfant s'isole dans diverses configurations sensibles :

- dans les espaces où l'enfant est isolé physiquement, visuellement, et phoniquement par rapport aux soignants et parfois aussi aux autres enfants ;
- dans les espaces où l'enfant est isolé physiquement et visuellement des soignants et parfois aussi des autres enfants, mais où il est susceptible d'entendre l'activité sonore des soignants et de ses camarades ;
- dans les espaces proches des soignants mais non visibles par ces derniers ;
- dans les espaces proches des soignants et visibles par ces derniers.

Ainsi, on remarque que la situation d'isolement ne s'observe pas uniquement dans des configurations totalement séparées (physiquement, visuellement et de façon sonore) des autres enfants et soignants mais, aussi paradoxal que cela puisse être, aussi dans des configurations sensibles, où la proximité de « l'autre » à une grande importance.

En effet, certains enfants s'isolent au milieu des autres qui, concentrés sur leurs jeux, continuent à s'affairer autour d'eux ; d'autres s'installent parmi les soignants pour s'évader dans leurs pensées ; d'autres encore se mettent à l'opposé du lieu où se trouvent les soignants, isolés physiquement, visuellement et phoniquement de tout individu ; quelques-uns s'isolent en étant en contact physique avec une autre personne ; tandis que d'autres, veillent au maintien d'une distance minimale avec les autres. Dans le cas où cette distance minimale ne serait pas respectée, l'enfant s'éloigne pour poursuivre sa situation d'isolement. (voir "vivre ses sentiments").

Ainsi, un enfant s'isole dans un environnement calme comme dans un environnement très sonore, agité ; dans un environnement très lumineux ou relativement sombre ; dans un environnement isolé de tout individu, un lieu retiré de la structure, ou au contraire parmi les autres etc., en quelques sortes, aussi bien dans des situations qui semblent propices à l'isolement que dans celles à priori défavorables.

FACTEURS SENSIBLES

Le regard de l'autre est toujours refusé.

La dimension sonore est aussi la plupart du temps refusée par l'enfant en situation d'isolement. Cependant, tous les enfants semblent utiliser la dimension sonore comme source d'information sur leur environnement, pour vérifier que tout est normal et anticiper en cas de besoin.

Le toucher. L'enfant concentre ses gestes sur son propre corps (il met le doigt dans l'oreille, tapote son torse, caresse ses cheveux) ou sur les matériaux qui l'entourent (mains cramponnées sur le guidon du tricycle, mains sur le revêtement plastique du fauteuil, mains sur la rambarde de bois, pieds sur le mur etc.).

Le goût participe aussi à l'isolement de certains enfants.

L'odorat concourt quelques rares fois à l'isolement de l'enfant.

Le kinesthésique semble, lui aussi, sollicité dans certaines situations d'isolement. L'enfant s'isole en mouvement, les muscles plus ou moins tendus, crispés (allers et retours incessants, pas chassés, sautillements etc.), accentue ses stéréotypies (gestes répétitifs et impulsifs : mains qui s'agitent, balancements, tapotement du torse etc.)

et parfois même excite son oreille interne en émettant des sons en mouvement.

Il apparaît qu'il existe une multitude de situations d'isolement mettant en éveil des sens très différents, parfois de manière individuelle et d'autres fois de manière simultanée. L'enfant peut convoquer indépendamment ou simultanément tous ses sens pour s'isoler.

A T T I T U D E S

Les mimiques, les postures, la gestuelle et les productions sonores sont autant d'éléments traduisant ces situations d'isolement. Le visage est figé, éteint ou au contraire hilare, le regard est absent ou concentré sur un élément précis, le corps est plus ou moins ramassé sur lui même, plus ou moins tendu, les gestes et mouvements sont lents ou au contraire impulsifs, rapides, parfois même inachevés et les productions sonores se résument à des soliloques, des fredonnements que l'enfant répète inlassablement.

3 - ETRE EN RELATION AVEC L'AUTRE

Ce type de conduite caractérise le sujet par rapport aux autres, à ses relations sociales. Ainsi nous abordons ici le fait de « s'approcher de quelqu'un », « être en contact avec quelqu'un » et « se regrouper ».

3.1- S'APPROCHER DE QUELQU'UN

Quelques variétés.

- S'approcher de son soignant en trottinant et en lui faisant signe.
- S'approcher de quelqu'un en trottinant.
- S'approcher de quelqu'un sur une trottinette ou un tricycle.
- S'approcher du carton où se trouve une camarade et l'ouvrir.
- S'approcher de son soignant en courant.
- S'approcher d'un camarade en courant.
- S'approcher d'un camarade de façon hésitante.
- S'approcher lentement de son soignant.
- Passer à côté de quelqu'un sur une trottinette ou un tricycle.
- S'approcher de quelqu'un par chemin détourné en faisant des allers et retour entre le couloir et l'espace fauteuil puis s'asseoir sur un fauteuil puis un autre avant de rejoindre son camarade.

A - FACTEURS SOCIAUX

Selon que l'enfant s'approche d'un de ses camarades qui l'inquiète ou dont il n'a pas peur, ou qu'il s'approche d'un adulte, les modalités sensibles convoquées et leur mise en œuvre diffèrent comme nous le verrons ci-après. La vitesse de déplacement de l'enfant diffère également suivant le contexte social de la situation. En effet, si l'enfant semble être très effrayé et s'il recherche le réconfort d'un soignant, le déplacement de

l'enfant vers l'adulte est rapide. A l'inverse, si l'enfant est juste inquiété par son camarade, son déplacement vers l'adulte est relativement lent mais direct. Il en va de même lorsque l'enfant s'approche d'un de ses camarades pour jouer. Il peut aussi bien s'approcher de lui rapidement que lentement, directement ou par chemin détourné. Par contre, lorsque l'enfant semble hésitant, a du mal à s'approcher d'une personne parce que la proximité est difficile à vivre ou parce qu'il est intimidé, l'enfant s'approche par chemin détourné.

B - FACTEURS SENSIBLES

Le regard a ici une grande importance, mais sa mise en oeuvre varie selon la distance qui sépare l'enfant de la personne dont il s'approche. Premièrement, si l'enfant s'approche d'un autre enfant. Lorsqu'une certaine distance les sépare, l'enfant ne quitte pas des yeux son camarade, comme pour surveiller sa réaction en réponse à son approche. A l'inverse, s'il est proche de son camarade, soit il évite son regard, soit il ne le quitte toujours pas des yeux mais protège son regard (à travers une de ses mains en éventail placée devant son visage, derrière son bras replié sur son visage). L'enfant semble se protéger de cette trop grande proximité et protège son regard qu'il sent menacé. Deuxièmement lorsque l'enfant s'approche d'un adulte, tout dépend de l'enfant et de la raison pour laquelle il s'en approche. Premièrement, si l'enfant est gêné (parce qu'il vient de faire quelque chose qui est défendu, parce qu'il souhaite venir embrasser son soignant etc.) alors il réagit comme précédemment. Deuxièmement, si l'enfant s'approche de son soignant sans raison particulière alors soit son regard sera utilisé de la même manière que précédemment soit il sera constamment évité. Troisièmement, si l'enfant s'approche pour rechercher le réconfort d'un adulte alors l'enfant ne prend pas la peine de le regarder pour surveiller ses réactions.

Dans le cas où l'enfant s'approche d'une personne par chemin détourné, il semble que le regard soit parfois utilisé comme moyen de communication avec l'environnement mais principalement aussi pour repérer la trajectoire qu'il doit emprunter. Lorsque l'enfant s'approche par chemin détourné d'un de ses camarades, il ne cesse de regarder son soignant comme s'il souhaitait obtenir ses encouragements ou ses avertissements. Le regard de l'enfant est mobile, il oscille entre la personne dont il veut s'approcher, la

trajectoire qu'il doit emprunter et son soignant. Le déplacement du regard est rapide afin de ne pas perdre de vue très longtemps le but à atteindre.

Le toucher ou « l'accrochage » s'effectue principalement lorsque la distance qui sépare les enfants est faible, moment où l'approche devient de plus en plus délicate, difficile à vivre pour les enfants les plus régressés et/ou lorsque l'enfant s'approche d'un camarade qui lui fait peur.

L'ouïe semble constituer une importante source d'information sur l'environnement : l'enfant est attentif aux faits et gestes de son (ou ses) camarade(s) mais aussi aux moindres sons ou paroles qu'il(s) émet (tent).

Le kinesthésique est sollicité ponctuellement par les mouvements de l'enfant lors de ses déplacements (il tape ses pieds nus sur le sol) ou par des tapotements de son torse lorsqu'il rigole ou produit des sons.

Attitudes. Les déplacements de l'enfant sont soit rapides soit lents, soit directs soit par chemin détourné. Ses gestes sont soit quasi inexistants et se limitent à trouver une accroche auprès de l'enveloppe spatiale et du mobilier lorsque cela est possible (rambarde de bois, chaise, mur), soit, au contraire, ses stéréotypies redoublent étant donné l'impossibilité de trouver un soutien tactile. Tantôt le visage est souriant, curieux et à la fois timide, un peu inquiet soit très angoissé. Le regard de l'enfant ne quitte pas son camarade. Lorsqu'il est proche de ce dernier, il protège son regard par ses mains en éventail placées devant son visage.

« Au fond du couloir, Y est assis sur une trottinette près de moi. Un de ses camarades, S., se trouve à quelques mètres de nous, il s'approche doucement, cramponné à la rambarde de bois, sans nous quitter des yeux et avance jusqu'à l'angle du couloir, endroit le plus proche de nous, mais d'où S. peut toujours se cramponner à la rambarde. Je lui propose de venir s'asseoir sur la trottinette, où il reste une large place. Il hésite, son regard oscille entre la place sur la trottinette, Y. et moi. Il se décolle du mur, s'approche encore sans pour autant lâcher la rambarde. Lorsque le bras de l'enfant est tendu à son maximum, S. lâche la rambarde et se précipite sur la trottinette. Mais au même moment, Y. s'en va, et S. rattrape aussitôt la rambarde. »

« L. fait des va et vient en courant entre l'espace fauteuils et le couloir, sans quitter des yeux Y., assis sur un fauteuil. Puis ses va et vient se concentrent dans l'espace fauteuils. Il court vers l'un des fauteuils, s'assied, le temps de jeter un coup d'œil sur son soignant puis sur Y. et repart aussitôt dans la direction diamétralement opposée, s'assied à nouveau et ainsi de suite. Dans un premier temps, ses va et vient s'effectuent sur des fauteuils diamétralement opposés, puis petit à petit l'amplitude se rétrécit, L. court s'asseoir sur des fauteuils de plus en plus proche de Y., jusqu'à s'installer à côté de lui. »

Extrait de récit d'observation

3.2 - CONTOURNER QUELQU'UN

A - FACTEURS SOCIAUX

La conduite de l'enfant va encore une fois être différente suivant la personne qu'il doit contourner.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue. Ici encore, deux cas de figures sont observables. Premièrement, lorsque l'enfant est éloigné du camarade qu'il doit contourner : il ne le quitte pas du regard, comme pour surveiller ses faits et gestes. Deuxièmement, au contraire, lorsqu'il est très proche de son camarade : il s'applique à ne pas regarder dans sa direction, à en faire abstraction, comme s'il voulait ignorer cette trop grande proximité et donc cette présence. Ainsi, s'il ne vérifie pas visuellement de façon directe la trajectoire qu'il doit emprunter pour ne pas toucher son camarade, il estime tout de même parfaitement la distance qu'il doit maintenir pour ne pas être en contact avec lui, et ce, même si la proximité physique est très grande (environ 40 cm).

L'ouïe représente alors une source d'information précieuse sur l'environnement. Nous pensons que l'enfant reste très attentif à son environnement sonore qui lui permet de contrôler ce qui se passe du côté du camarade qu'il veut éviter et qu'il ne veut pas voir.

Le toucher est souvent convoqué lorsque la situation le permet (rambarde de bois, main d'un soignant avec qui on se promène, main qui s'appuie sur le mur etc.). Il est clair que le toucher est davantage convoqué lorsque l'enfant contourne un camarade qui l'inquiète. Lorsque la configuration spatiale ne le permet pas, l'enfant concentre le sens du toucher sur sa propre personne.

Le kinesthésique. Si la configuration spatiale ne permet pas à l'enfant le contact de l'enveloppe spatiale ou du mobilier, très souvent, l'enfant sollicite le kinesthésique, il accentue ses mouvements, le bruit d'impact de ses pas sur le sol, ses balancements etc.

Attitudes. Les mouvements et les gestes sont soit ralentis, soit au contraire accélérés, les mimiques sont variables d'un enfant à l'autre mais la plupart du temps le visage est figé et tendu.

« R. et S. marchent dans les couloirs en se donnant la main. L. est allongé par terre dans les couloirs. Quand ils arrivent à sa hauteur, ils ralentissent l'allure de leur déplacement et le contournent. S. le plus proche de L., détourne la tête et fixe son regard sur l'arrière plan de l'espace fauteuils où se trouvent les soignants afin d'éviter le regard de son camarade. Il ne regarde pas non plus devant lui pour anticiper sa trajectoire, il contourne L. avec intuition. A l'inverse R., situé à l'extérieur, se laisse guider par S. et concentre son regard sur L., toujours allongé par terre, et ne se préoccupe de rien d'autre. »

Extrait de récit d'observation

S. fixe-t-il son regard vers l'espace fauteuils parce que premièrement, les soignants s'y trouvent ou parce que deuxièmement, la proximité avec L. est telle qu'il a besoin pour faire abstraction de sa présence et éviter son regard, de se concentrer sur le plan le plus distant de l'espace ? Ou encore pour ces deux raisons en même temps ?

Cette situation est à mettre en parallèle avec celle que l'on peut observer chaque jour dans un espace public, une rue ou un trottoir. Quand deux personnes se croisent et que

la distance qui les sépare est réduite, le plus souvent elles détournent le regard afin de ne pas avoir à soutenir celui du voisin[177].

3.3 - PASSER PROCHE DE QUELQU'UN

A - FACTEURS SOCIAUX

L'enfant est très proche de la personne (une distance d'environ 50 cm les sépare).

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue. L'enfant ne regarde pas la personne. Le regard est concentré sur le but à atteindre (plan éloigné).

La dimension sonore. Lorsqu'une personne (enfant ou adulte) s'adresse à l'enfant, celui-ci ne répond pas sauf lorsqu'il s'agit d'enfants qui jouent ensemble. Cependant nous pensons qu'il reste attentif à son environnement sonore afin de veiller au bon déroulement de la situation.

Le toucher ici est refusé, par exemple, l'enfant lève les bras en l'air afin de ne pas toucher les personnes entre lesquelles il passe.

Attitudes. Les mouvements de l'enfant sont rapides, comme s'il ne fallait pas qu'il traîne dans cette situation d'insécurité. Le visage est figé, sérieux et concentré.

Ce mode d'action souligne parfaitement la difficulté de l'usager à vivre des interactions sociales caractérisées par une grande proximité et illustre l'importance qu'il attribue au toucher.

[177]Voir règles de civilités de Goffman (1973).

SYNTHESE DES FACTEURS RELATIFS AUX CONDUITES EN RELATION A L'AUTRE

FACTEURS SPATIAUX ET SOCIAUX

Ces types de conduites sont repérables dans toutes les configurations spatiales et sociales.

FACTEURS SENSIBLES

Les sens ont une grande importance dans la gestion des relations collectives.

Le toucher est très important et deux types de contact, vécus de façons différentes ont été relevés. Premièrement l'enfant recherche le contact avec l'enveloppe spatiale et le mobilier. Deuxièmement, le contact avec la personne dont l'enfant est proche est souvent évité.

La distance qui sépare l'enfant de la personne concernée par l'interaction (s'approcher de, contourner, passer proche de) est déterminante du fait que l'enfant accepte ou refuse son regard.

L'ouïe semble toujours être sollicitée comme moyen de contrôle de tout ce qui se passe autour de l'enfant.

Attitudes.

L'approche est généralement silencieuse mais dynamique ou lente suivant la personnalité de l'enfant. Certains sont très réservés, timides d'autres sont beaucoup plus turbulents, donc plus dynamiques, que ce soit dans leurs déplacements ou dans leurs interactions avec d'autres personnes.

3.4 - ÊTRE EN CONTACT AVEC QUELQU'UN

Quelques variétés.

- Se faire câliner.
- S'asseoir sur les genoux de quelqu'un.
- S'approcher de son soignant en lui faisant signe et venir s'asseoir entre ses jambes.
- Tirer les cheveux d'un camarade.
- Taper un de ses camarades.
- Pousser un de ses camarades.
- Approcher son bras de quelqu'un pour le toucher.
- Mettre sa main sur la tête d'un camarade.
- Essayer de toucher quelqu'un par l'intermédiaire du miroir.
- Attraper quelqu'un par le col pour l'emmener se « promener » dans les couloirs.
- Prendre quelqu'un par la main pour l'emmener se promener dans les couloirs.
- Attraper quelqu'un par le poignet pour l'emmener dans le couloir.
- Attraper quelqu'un par le col et le faire asseoir par terre.
- Tenir la main d'un camarade.
- S'asseoir contre un camarade.
- Mettre sa main sur l'épaule d'un camarade.
- Mettre sa main autour du cou d'un camarade.

Cette conduite est principalement observable lorsque l'enfant vient s'installer contre quelqu'un, le plus souvent son soignant ou lorsqu'il prend un camarade par la main, le cou ou l'épaule, touche ou agresse quelqu'un.

Cependant il faut préciser que nous abordons ici uniquement la conduite des enfants qui sont soit actifs, soit qui acceptent l'échange et ce quelles que soient les intentions du contact (agressif ou docile). En effet, lorsque l'enfant est passif et qu'il n'accepte pas l'échange, la conduite de l'enfant est toujours la même : la fuite ou l'isolement.

A - FACTEURS SOCIAUX

Le contexte social a ici bien évidemment beaucoup d'importance. En effet, suivant la personne concernée par l'interaction et suivant ce qui se passe, l'enfant aura tendance à l'agresser, à la prendre par la main ou encore à s'installer à côté d'elle.

B - FACTEURS SENSIBLES

Le toucher tient forcément une place majeure. L'enfant est en contact avec une autre personne, que ce contact soit hostile ou pacifique voire même docile. L'enfant accepte le contact avec l'autre par une petite surface comme la main, la cuisse mais accepte aussi le contact d'une grande partie de son corps lorsqu'il est appuyé debout contre son soignant, qu'il s'assoit sur ses genoux et se laisse câliner ou encore qu'il s'assoit contre un de ses camarades.

Que le contact soit pacifique ou agressif, le regard de l'autre est généralement refusé, étant donné la trop grande proximité avec l'autre. Cependant, le regard de l'autre peut être accepté ponctuellement lorsqu'une certaine distance sépare l'enfant et la personne avec laquelle il est en contact, principalement lorsqu'il lui donne la main.

La dimension sonore est presque toujours acceptée. Il est vrai que lorsque l'enfant refuse le regard, la dimension sonore et le tactile sont le seul moyen d'échange avec la personne avec laquelle il est en contact. Qu'il possède un langage verbal ou pas, l'enfant s'exprime, échange avec l'autre mais aussi peut très bien rester muet. Cependant, il est en général réceptif à son environnement sonore, en tout cas, à ce que peut lui dire le soignant ou l'enfant avec lequel il est en contact. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il réponde à leurs questions, cependant le regard que l'enfant adresse à son interlocuteur souligne bien le fait qu'il n'est pas hermétique à l'échange mais qu'il ne répondra pas à la question.

L'odorat a quelques fois pu être observé : lorsque l'enfant est en contact avec son soignant et qu'ils se câlinent, l'enfant glisse parfois son nez dans le cou de l'adulte.

Attitudes. Les attitudes des enfants sont très variables suivant que la conduite concerne un contact docile ou agressif. Lorsqu'un enfant agresse ou rend les coups que lui porte un camarade, le corps est tendu, le visage semble très inquiet et les traits sont crispés, les gestes et les déplacements sont rapides, impulsifs parfois violents. A l'inverse, lorsque le contact est propice à l'échange, l'enfant est parfois très souriant, détendu parfois un peu inquiet de la réaction de son camarade mais manifeste son désir de vivre cet échange. Nous voyons bien la manière dont certains enfants s'appliquent pour que leurs gestes soient mesurés et combien ils trépignent presque de la joie de partager ce moment avec un camarade. Etant donné le fait que le contact avec les soignants n'est pas conflictuel, il est extrêmement important pour l'enfant mais finalement très courant. Aussi c'est le contact, l'échange avec un camarade qui procure le plus de satisfaction aux enfants.

3.5 - SE REGROUPER

Le contexte social a encore une fois, pour toutes ces conduites, beaucoup d'importance étant donné que certains sont effrayés par certains de leurs camarades et sont attirés par d'autres.

3.5.1 - SE RÉUNIR ENTRE CAMARADES

A - FACTEURS SOCIAUX et SPATIAUX

Les enfants se réunissent généralement hors de la vue des soignants. Par conséquent, à Echirolles, la plupart du temps, les enfants se réunissent près de la cabane au fond des couloirs, à la Fondation Vallée, les enfants se réunissent dans la cour de la structure et à Mosaïque tout dépend où se trouvent les soignants. Cependant signalons qu'à Mosaïque, cette conduite a été peu souvent observée et lorsqu'elle a été observée celle-ci concernait peu d'enfants, généralement trois, au maximum quatre.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue est utilisée par certains enfants comme moyen de communication, pour établir un lien : l'enfant cherche le regard d'un de ses camarades, son regard est mobile et essaye de décrypter le ressenti de chacun.

Pour d'autres, le regard est évité :

- soit parce qu'ils s'isolent de leur environnement (leurs sens sont mis en éveil afin de se concentrer sur leur personne et de faire abstraction de l'environnement),

- soit parce que la proximité qui existe entre eux rend l'échange de regards difficile à vivre. Ainsi, la vue est évitée afin que l'enfant puisse vivre pleinement ce moment qu'il affectionne tout particulièrement.

L'ouïe est elle aussi convoquée de manière paradoxale. Certains acceptent leur environnement sonore : l'ouïe permettant de garder un lien avec leur environnement, leurs camarades, les « conversations », d'être réceptif, tandis que d'autres la refusent pour s'isoler.

Le toucher est recherché par quelques enfants. Certains recherchent un contact avec des objets ou des éléments de constructions (cabane, tricycle, mur, rambarde de bois) tandis que d'autres recherchent davantage un contact humain, avec un de leur camarade (la main sur l'épaule de l'autre, côte à côte). Nous pensons que le toucher représente, dans le premier cas, un soutien comme précédemment développé, une aide pour mieux vivre les interactions que convoque ce rassemblement. Mais le deuxième cas, nous évoque davantage le rôle social du toucher qui permet à l'enfant d'établir un lien fort avec un camarade, d'établir une complicité au sein de ce rassemblement.

Le kinesthésique est principalement ici convoqué par les enfants les plus régressés afin de renforcer leur situation d'isolement au milieu de leurs camarades : l'enfant fredonne et se tapote le torse, tape ses pieds sur le sol.

Attitudes. La position des enfants les uns par rapport aux autres est intéressante et nous renseigne sur les rapports sociaux, les interactions qui existent dans ce type de rassemblement. Même si cette position varie selon les jours, nous pouvons à chaque fois retrouver un groupe d'enfants très proches les uns des autres formant un noyau autour duquel s'organisent les autres, plus ou moins en retrait. Nous pouvons ainsi relever le

groupe des enfants soudés, le groupe « dominant » autour duquel s'organisent les enfants hésitants, timides et ceux enfermés dans une situation d'isolement malgré la grande proximité de leurs camarades. Ainsi, le fait de « se regrouper avec les autres enfants » donne lieu à diverses situations, chaque enfant vit ce moment de façons différentes (attitudes différentes selon les situations).

3.5.2 - SE SUIVRE

A - FACTEURS SOCIAUX ET SPATIAUX

Cette conduite a pu être observée dans les différents lieux des différentes structures mais principalement lors de jeux moteurs et par conséquent dans les espaces favorisant ce type d'activité : principalement les couloirs et la cour.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue est généralement concentrée soit sur la personne que l'enfant suit soit sur le sol, devant lui. Cependant, suivant les situations, l'enfant peut aussi regarder autour de lui.

Le sonore peut être convoqué ou refusé. S'il est convoqué, c'est principalement comme un moyen de communication, d'échange mais aussi pour alerter l'enfant quant aux évènements qui l'entourent.

Le toucher. L'enfant touche parfois la personne qu'il suit mais aussi peut concentrer cette modalité sensible sur l'enveloppe spatiale.

Le kinesthésique est souvent convoqué lorsque les enfants se courent après et souvent lorsqu'ils semblent trop excités par le mouvement, par le fait de suivre un camarade.

Attitudes. Généralement, le corps est tonique, les déplacements rapides, le visage est soit figé et la bouche entrouverte, soit souriant et apaisé.

3.5.3 - JOUER ENSEMBLE

Quelques variétés.

- Jouer au marchand de glace.
- Jouer dans la cabane avec un camarade.
- Faire des constructions avec les autres enfants.
- Jouer à un jeu de société.
- Pousser son camarade dans la brouette.
- Faire la course.
- Jouer à la maîtresse.
- Jouer à la poupée.

A - FACTEURS SOCIAUX et SPATIAUX

Cette conduite a pu être observée dans tous les différents locaux des structures, que ce soit proche ou éloigné des soignants.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue n'est pas toujours acceptée ; encore une fois, tout dépend, premièrement des enfants et deuxièmement de la distance qui les sépare.

La dimension sonore, contrairement à ce que nous pourrions penser n'est pas toujours positive. Si les enfants sont vraiment dans l'échange du jeu avec leur camarade alors cette dimension est acceptée comme moyen de communication avec l'autre. Cependant, il arrive que des enfants jouent ensemble mais que finalement l'un d'entre eux ou tous soient isolés, coupés de leur environnement sonore et visuel.

Le toucher peut être convoqué soit dans le jeu par nécessité, soit sur le camarade comme moyen de communication soit encore concentré sur l'enfant lui-même.

Le kinesthésique est quelque fois convoqué, soit lorsque l'enfant s'isole en même temps qu'il joue avec des camarades, soit lorsque l'enfant déborde d'enthousiasme.

Attitudes. Les attitudes de l'enfant, son visage traduisent soit l'isolement (le visage est figé, le corps soit totalement atone soit au contraire tendu), soit l'échange avec une certaine ouverture à l'autre (le visage détendu, souriant même, les gestes et les mouvements sont modérés en accord avec la situation).

3.5.4 - DISCUTER

A - FACTEURS SOCIAUX et SPATIAUX

Cette conduite a pu être observée dans tous les différents locaux des structures, que ce soit proche ou loin des soignants.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue n'est pas toujours acceptée, encore une fois, tout dépend, premièrement des enfants et deuxièmement de la distance qui les sépare.

La dimension sonore est toujours acceptée. Cette conduite concerne aussi bien les enfants possédant un langage verbal que les enfants n'en possédant pas, cependant ceci sera déterminant de la nature de l'échange. En effet, lorsque l'enfant ne possède pas de langage verbal, il se trouve dans l'obligation, suivant les situations et ce qu'il désire exprimer, de combiner le sonore et le langage corporel. De plus, ses productions sonores sont alors davantage expressives, tout participe à la communication : les intonations, le débit, les accentuations, bien plus que lorsque le langage est verbal.

Le toucher peut être convoqué, soit sur l'enfant et son environnement, principalement, s'il a du mal à vivre la situation, soit sur son camarade ou son soignant. Dans ce cas, le toucher participe à la communication, à l'échange.

Le kinesthésique est quelques fois convoqué, principalement lorsque l'enfant a du mal à vivre la situation.

Attitudes. Les expressions du visage, les postures, les gestes sont extrêmement différents d'une situation à l'autre, étant donné que cette conduite est extrêmement fréquente.

SYNTHESE DES FACTEURS RELATIFS AUX CONDUITES DE REGROUPEMENT

FACTEURS SPATIAUX ET SOCIAUX

Les conduites de regroupement ont pu s'observer dans les différents espaces de la structure offerts aux enfants. Ainsi, cette conduite s'observe à proximité, voire même avec les soignants ou isolément de ces derniers.

FACTEURS SENSIBLES

Ainsi les sens de l'ouïe, de la vue et du toucher sont convoqués par l'enfant soit pour communiquer, partager ces moments avec les autres personnes présentes, soit pour s'isoler de son environnement et se concentrer sur son propre corps. Les sens ont une grande importance dans la gestion des relations sociales.

ATTITUDES

Les attitudes des enfants traduisent parfaitement leur ressenti.

En effet, si l'enfant a du mal à vivre les rassemblements ou une trop grande proximité, son corps et son visage sont tendus, les sourcils parfois crispés traduisant une forte inquiétude, les stéréotypies resurgissent, les mouvements et les gestes sont impulsifs. A l'inverse, s'il vit bien la présence d'autrui, son corps est détendu, ses attitudes traduisent une ouverture à l'autre, le visage est souriant, détendu.

4 - VIVRE SES SENTIMENTS

Ces conduites s'intéressent à l'affectif, au ressenti du sujet.

Etant donné qu'il est souvent difficile de mettre des mots sur les ressentis de ces enfants et que nous ne souhaitons pas faire de contresens, nous nous limiterons à quelques situations qui ne prêtent pas à confusion quant au ressenti de l'enfant.

4.1 - MANIFESTER SA COLÈRE, SON MÉCONTENTEMENT

Quelques variétés

- Manifester son mécontentement en s'éloignant et en râlant.
- Manifester son mécontentement en restant immobile et en couinant.
- Manifester son mécontentement en tentant de séparer deux mains : celle d'un camarade et celle d'un adulte.
- Manifester son mécontentement en s'agitant et en redoublant ses productions sonores.
- Manifester son mécontentement en dégageant sa main de celle de quelqu'un.
- Manifester sa colère en tapant du pied.
- Manifester sa colère en restant immobile et en faisant de grands gestes, en poussant de grands cris.
- Manifester sa colère en criant, en pleurant, recroquevillé par terre.
- Manifester sa colère en restant immobile et en levant la main sur la personne qui a provoqué ce sentiment.
- Manifester sa colère allongé par terre en gesticulant, redoublant de cris et de pleurs lorsque quelqu'un tente de le relever.

A - FACTEURS SOCIAUX

En ce qui concerne la relation aux autres, ce sentiment se manifeste principalement proche d'enfants ou (et) de soignants, proche d'une personne, quelle qu'elle soit. En effet, généralement ce sentiment est à l'origine d'une interaction sociale, que ce soit avec un soignant ou un autre enfant.

B - FACTEURS SPATIAUX

La manifestation du sentiment de colère ou du mécontentement a été observée dans les différents lieux de vie de la structure.

C - FACTEURS SENSIBLES

Le toucher est souvent sollicité. Le contact avec des matières ou surfaces dures comme le sol, la rambarde de bois, le mur... semble très recherché.

Le sonore prend une place capitale dans la manifestation de la colère. Même les enfants ne possédant pas de langage parlé, redoublent de productions sonores très expressives : par leur rythme semblable à une attaque, leur intonation et leur tonalité. Parfois, il serait même possible de donner en comparaison, l'exemple d'une personne (dont le moi est structuré) en colère, vociférant des explications, redoublant de gestes, mais il faudrait effacer les paroles pour ne garder que les sons, les intonations etc.[178]

La vue a un rôle très important et différent selon les enfants. Le regard de l'autre est évité lorsque insurmontable ou alors soutenu, défié.

Attitudes. La manifestation du sentiment de colère, de mécontentement est avant tout sonore et gestuelle. En effet, les gestes sont dynamiques, impulsifs. Les productions sonores renforcent tout à fait ces manifestations, elles se multiplient, redoublent d'intensité, les tonalités sont principalement aiguës. Les mimiques traduisent aussi ce sentiment : le visage est tendu, les sourcils souvent froncés.

[178] Se référer à la piste 6 du CD audio qui accompagne ce document.

« Aujourd'hui il fait très beau, les soignants ont ouvert la baie vitrée de l'espace fauteuils, beaucoup d'enfants vont jouer dehors et JL. est pratiquement le seul à être resté à l'intérieur. Son soignant lui dit de venir nous rejoindre dehors et de venir profiter du soleil. Mais JL ne prête aucune attention à ce que lui dit son soignant. Après quelques instants celui-ci vient chercher l'enfant pour l'emmener dehors. Une fois à l'extérieur le visage de JL se crispe et l'enfant commence à gesticuler et à déclamer toutes sortes d'onomatopées traduisant parfaitement sa colère et son refus de rester dehors. L'enfant se met face à son soignant, le regarde droit dans les yeux, son corps est tendu ses gestes impulsifs. Dès que son soignant lui explique qu'il est préférable qu'il ne reste pas tout seul à l'intérieur, JL recommence sa manifestation sonore et gestuelle, jusqu'à ce qu'il obtienne gain de cause. L'attitude de cet enfant, exprimant sa colère, était tout à fait assimilable à celle d'une personne dont le Moi est structuré à une seule différence près : le langage verbal. »

Extrait de récit d'observation

4.2 - MANIFESTER SA PEUR

Quelques variétés.

Manifester sa peur en...

- Levant la main sur quelqu'un qui passe à côté de nous.
- Se protégeant le visage avec ses bras.
- S'accrochant à la rambarde de bois à l'approche de quelqu'un.
- Tendant la main à un soignant à l'approche d'un enfant (qui fait peur).
- Se repliant sur soi à l'approche de quelqu'un.
- Restant immobile à l'approche de quelqu'un.
- Restant immobile, les yeux rivés sur la cause de la peur.
- En restant immobile et en pleurant.
- S'approchant d'un soignant à l'approche d'un camarade.

- Se déplaçant à l'approche de quelqu'un.
- Se déplaçant lorsque quelqu'un nous touche.
- S'en allant en courant à l'approche de quelqu'un.
- En s'éloignant rapidement de la cause.
- En ayant un mouvement de recul par rapport à la situation en cause, en multipliant ses stéréotypies.

L'enfant manifeste sa peur principalement en changeant d'endroit, en recherchant du réconfort auprès d'un soignant, en restant immobile, en s'accrochant à un adulte ou à l'enveloppe spatiale et en se défendant par sa gestuelle.

A - FACTEURS SOCIAUX

Il apparaît que la plupart du temps, le sentiment de peur est observable lors d'une interaction entre deux ou plusieurs enfants (lorsqu'un ou plusieurs enfants s'approchent d'un autre, lorsqu'une certaine proximité est observable entre eux...). Mais quelques fois ce sentiment est provoqué par un événement : un petit accident, une forte émergence sonore (cris de quelqu'un, bruit important...) etc. Ce sentiment est donc le plus souvent lié à la dimension sociale.

Aucun espace de la structure n'est donc spécifique à cette action, observable dans toutes les situations sociales : proche ou isolée des soignants et proche ou isolée des enfants mais le plus souvent proche de l'un d'entre eux.

La réaction, à l'approche d'un individu, dépend de la distance qui sépare les enfants, en référence aux distances que propose Hall (1971). En effet, différents cas de figures s'offrent à nous.

Jusqu'à une distance de séparation d'environ 1m (moyenne car variable selon les enfants et le contexte de l'interaction), la réaction de l'enfant se cantonne au regard (regard fixé sur l'enfant qui s'approche de lui) ou à ses mimiques (visage tendu, inquiet, sourcils froncés...). Au delà de cette moyenne, la réaction de l'enfant est alors manifeste : l'enfant reste immobile, figé par la grande proximité d'un autre enfant, comme si tout mouvement de sa part pouvait lui porter préjudices. Mais les enfants peuvent aussi s'en aller, soit éprouver le besoin de s'accrocher à quelqu'un de rassurant ou à un objet,

d'autres encore adressent des gestes francs, voire violents à l'enfant trop proche d'eux. Lorsqu'une interaction entre enfants se produit dans l'espace commun, et qu'un des enfants concernés manifeste sa peur à l'approche d'un de ses camarades par un changement d'espace, nous pouvons observer que l'enfant se dirige presque toujours dans les couloirs, dans un espace radicalement différent de l'espace commun où a été vécue l'interaction à l'origine du sentiment de peur.

B - FACTEURS SENSIBLES

Le regard est déterminant et peut tenir différents rôles similaires à ceux que tient ce sens lors de la conduite « s'approcher de... ».

En effet, lorsque la distance de séparation (entre la source du sentiment de peur et l'enfant concerné) est inférieure à 1m, le plus souvent, l'enfant évite clairement de regarder ce qui lui fait peur : encore une fois, son regard reste fixé en arrière plan, sur une personne rassurante comme le soignant, ou encore sur n'importe quel objet ou surface susceptible de permettre à l'enfant de faire abstraction de ce qui lui fait peur. Lorsque la distance se réduit à environ 40 cm, l'enfant ferme les yeux comme s'il était impossible de faire face à une telle proximité du danger. Mais, quand la distance de séparation est supérieure à 1 m, le regard de l'enfant ne quitte pas la source de peur, comme pour la surveiller.

Ce sens est donc très éloquent pour l'interprétation du ressenti des enfants.

L'ouïe ne semble pas être refusée par l'enfant, qui semble attentif à son environnement sonore comme si celui-ci pouvait lui apporter de précieux renseignements sur ce qui lui fait peur. A l'inverse, quand des émergences sonores sont à l'origine du sentiment de peur, l'enfant se bouche les oreilles et/ou crie plus fort que l'émergence afin d'en faire abstraction, de la masquer.

Le toucher. Souvent lorsqu'un enfant se sent en danger, il éprouve le besoin d'avoir un contact avec une personne, un objet (matières dures) ou de toucher, palper, tapoter son propre corps et ses vêtements (chaussettes, boutons de chemises, cuisses, mains...) afin de se rassurer, se réconforter. En effet, le sentiment de peur est tellement angoissant que l'enfant a besoin de la proximité d'une personne rassurante, généralement un adulte, et/ou de concentrer son toucher sur sa corporéité afin de vérifier que ce sentiment dévastateur n'a pas eu de répercussion sur lui même.

Le kinesthésique est sollicité pour les mêmes raisons qu'énoncées précédemment.

Attitudes. Toutes les attitudes concourent à exprimer ce sentiment : le corps est tendu, crispé, le visage figé. La plupart du temps, nous n'observons aucune production sonore sauf lors des grosses peurs où les pleurs, les cris redoublent[179].

« *Y. fait du tricycle dans les couloirs, à l'approche de L., enfant qui lui fait peur. Y, ne descend pas de son tricycle, ne s'enlève pas du parcours emprunté par les enfants pour faire du tricycle ou courir, ne se réfugie pas derrière un soignant, mais à juste besoin de tenir la main d'un soignant pour être rassuré à l'approche de L.. Y laisse passer L., puis repart dans les couloirs. Un autre enfant se cramponne à la rambarde de bois sitôt que la distance qui le sépare des autres enfants devient critique.* »

Extrait d'un récit d'observation

4.3 - MANIFESTER SON INQUIÉTUDE

Quelques variétés.

Manifester son inquiétude en…

- En posant des questions (au sujet de la santé de quelqu'un, d'un objet, d'un enfant, d'un visiteur etc.).
- En s'approchant d'un visiteur inconnu et en ne le quittant plus du regard jusqu'à ce qu'il parte.
- S'agitant sur son fauteuil, en la présence d'une personne étrangère au service.
- S'éloignant de la source d'inquiétude sans la quitter des yeux.
- Surveillant un enfant inquiétant.
- Regardant les enfants avec inquiétude.
- Observant une scène inquiétante (un enfant qui crie, qui bouscule un autre etc.).

[179] Se référer à la piste 9 du CD audio qui accompagne ce document.

L'enfant manifeste son inquiétude de la même façon que sa peur mais les attitudes des enfants sont plus modérées.

A - FACTEURS SOCIAUX

Généralement lorsque les enfants sont inquiets, ils restent proches des soignants (ou s'en rapprochent) auprès desquels ils sont susceptibles de trouver du réconfort en cas de besoin.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue est importante pour l'enfant inquiet.

Il existe différents cas de figure :

- L'enfant fixe son soignant afin de trouver du réconfort, d'essayer de lire sur son visage si rien n'est inquiétant.

- Il ne quitte pas des yeux la source de son inquiétude pour la surveiller et pouvoir anticiper au cas où.

- Son regard est mobile entre son soignant, les autres adultes et la source de son inquiétude.

Le regard est ici un moyen de contrôle, de communication et de réconfort.

L'ouïe semble, elle aussi, importante. L'enfant possédant un langage verbal pose très souvent des questions pour apaiser son inquiétude, donc est très attentif aux réponses qu'on lui formule.

Le toucher et le kinesthésique. Souvent un enfant inquiet met en éveil le sens du toucher, le plus souvent concentré sur son propre corps et ses vêtements (chaussettes, boutons de chemises, cuisses, mains...) ou sur un soignant, une personne rassurante.

Le kinesthésique lui procure des sensations corporelles très recherchées dans ces moments d'inquiétude. Ces sens sont ici un moyen de se rassurer : à la fois de vérifier que la source d'inquiétude n'a pas porté préjudice à sa corporéité et s'apporter du réconfort par des sensations tactiles, aidant l'enfant à faire abstraction de son inquiétude.

Attitudes. Les mimiques et les attitudes corporelles des enfants traduisent leur inquiétude : la plupart du temps, les traits du visage et le corps sont tendus, les gestes impulsifs. Sont observables aussi des stéréotypies comme le clignement des yeux à répétition, le gonflement des joues, gestes impulsifs adressés à ses propres vêtements ou à son propre corps, mains qui gesticulent etc._L'enfant possédant un langage parlé, le plus souvent, s'enferme dans des questions, des phrases. Les autres manifestent leur inquiétude par diverses productions sonores.[180]

« Lors d'une visite des techniciens dans le service, Y. s'agitait sur son fauteuil. Ses mouvements, ses gestes impulsifs traduisaient parfaitement l'inquiétude que faisait naître ces personnes inconnues. Ainsi, il s'enfermait dans des paroles adressées à un visage connu : « bonjour B. » etc. »

Extrait d'un récit d'observation

4.4 - MANIFESTER SA JOIE

Le sentiment de joie chez le sujet dont le Moi est structuré semble évidente, authentique et naît le plus souvent réellement de la relation, de l'échange avec l'autre. Lors de nos observations, en présence de sujets en souffrance psychique, il semblerait que deux types de situations se présentent. Premièrement, lorsque l'enfant désire quelque chose et que son soignant lui accorde. Nous pouvons prendre l'exemple d'un enfant à Mosaïque qui a très envie de sortir dans le jardin. Il s'approche d'un soignant assis sur le banc face à l'entrée du groupe de vie et des portes manteaux et lui montre avec insistance sa veste : il est debout, son corps est crispé, son visage inquiet, ses yeux sont suspendus à son soignant, son bras tendu vers le porte manteaux. A chaque fois qu'il émet un son insistant et plaintif, il balance légèrement son corps vers son vêtement pour souligner l'objet de son désir. Son soignant discute et ne l'entend pas, l'enfant réitère son geste jusqu'à ce que le soignant lui dise « tu veux sortir A., et bien mets ta veste et je t'ouvre la porte ». A cet instant, le visage et le corps de l'enfant semblent libérés, le corps s'est détendu, son visage resplendit, ses mains frappent son torse avec allégresse. Sitôt que

[180] Se référer à la piste 10 du CD audio qui accompagne ce document.

son soignant se lève, l'enfant enfile son vêtement et se dirige en direction du jardin. Cette situation, où l'enfant formule une demande factuelle ne semble pas poser de problèmes. Pourtant la plupart du temps, lorsque l'enfant est en relation avec d'autres personnes et principalement avec ses camarades, il est extrêmement difficile d'interpréter leur conduite comme la manifestation de la joie. Nous ne savons pas si l'enfant éprouve réellement de la joie, dans l'échange avec l'autre ou s'il est envahit, enfermé dans une autostimulation, un système d'autoérotisation (se donner du plaisir à soi-même). Les très rares fois où nous avons pu percevoir de la joie dans l'échange avec l'autre, par exemple au cours d'un jeu, ont été extrêmement fugaces.

Aussi, nous décidons de ne pas développer la manifestation de ce sentiment qui semble le plus souvent très ambigu chez l'enfant présentant des troubles psychiques sévères de nature psychotique ou autistique.

4.5 - MANIFESTER SA SURPRISE

A - FACTEURS SOCIAUX ET SPATIAUX

Ce sentiment se manifeste dans les divers espaces de la structure et principalement proche d'un camarade ou d'un soignant, ce sentiment étant le plus souvent provoqué par une personne.

B - FACTEURS SENSIBLES

La vue permet à l'enfant d'identifier l'origine de l'effet de surprise, de comprendre et contrôler ce qui s'est passé.

L'ouïe est aussi importante comme source de renseignement.

Le toucher est sollicité comme source de réconfort, de sécurité, l'effet de surprise donne souvent naissance à un besoin d'accroche, de contact.

« Y me donne la main, nous marchons dans les couloirs, quand derrière nous, un soignant gronde de façon très sonore M. Y surpris se retourne instantanément pour voir ce qui se passe en même temps qu'il comprime ma main. »

Extrait d'un récit d'observation

Attitudes. Toutes les attitudes de l'enfant traduisent son ressenti : ses sens sont en alerte afin d'identifier l'origine de la surprise, les yeux sont écarquillés, le visage figé, la bouche entre ouverte, le corps crispé.

4.6 - MANIFESTER SA CURIOSITE

Quelques variétés.

Manifester sa curiosité en…

- Regardant à l'intérieur d'une pièce qui normalement est fermée.
- Observant les autres faire du tricycle, en étant assis en tailleur à l'angle du couloir.
- Se déplaçant pour toujours apercevoir ce qui se passe dans les couloirs.
- S'installant en hauteur pour observer ce que fait un camarade.
- Observant deux personnes dans la salle de bain.
- Observant ce qui se passe à l'intérieur des toilettes.
- Observant ce qui se passe dans la structure.
- Observant les enfants à travers ses mains.
- Observant quelqu'un par l'intermédiaire du miroir.
- Observant ce qui se passe dans l'espace commun, depuis le couloir du fond, par l'intermédiaire de la salle d'équipe.

A - FACTEURS SOCIAUX

Aucune récurrence n'a été observée concernant les lieux où se manifeste la curiosité. En effet, les enfants psychotiques comme tous les enfants sont terriblement curieux. Cette manifestation peut se produire proche des soignants ou enfants mais aussi peut se produire isolé de tous.

B - FACTEURS SENSIBLES

Les sens tiennent un rôle important dans leur désir d'assouvir la curiosité, donc dans la quête aux renseignements.

La vue, première source de renseignement ici pour l'enfant tient un rôle primordial. Soit le regard est sérieux, très concentré, sur une personne, une situation, soit il est coquin, pétillant, plutôt mobile, à l'affût de tout ce qui se passe.

L'ouïe représente aussi une source de renseignements. Dans certaine situation, c'est même la première source d'informations comme par exemple lorsque l'enfant s'intéresse à ce qui se passe à l'intérieur d'une pièce fermée.

Attitudes. Souvent l'enfant se place de façon à ne pas être vu des autres personnes, de manière à réellement espionner : caché derrière la cloison avec juste le museau qui dépasse ; immobile dans l'ombre de la cloison, en prenant garde de ne pas apparaître dans la zone de lumière ; sur le toit de la cabane ; le visage caché derrière sa main en éventail etc. mais nous étudierons ces configurations dans la deuxième partie de nos résultats. Principalement, nous observons deux situations. Celle où l'enfant est réellement concentré sur son activité : le visage est alors figé, sérieux et une autre où l'enfant est gai, souriant, coquin.

4.7 - MANIFESTER SON DÉSIR DE PARTICIPER

Quelques variétés.

- Se laisser prendre la main ou le poignet par quelqu'un.
- Suivre les garçons qui jouent dans les couloirs.
- Depuis son poste, suivre les garçons qui jouent, jusqu'au milieu du couloir.

A - FACTEURS SOCIAUX

Le désir, éprouvé par un enfant, de participer concerne le plus fréquemment les jeux de ses camarades. Cependant le contexte social a ici une grande importance : un même enfant peut en effet avoir peur de certains de ses camarades et être attiré par d'autres

camarades. Il est clair que cette conduite implique forcément un rapport à l'autre, une proximité, un échange.

B - FACTEURS SPATIAUX

L'enfant manifeste son désir de participer dans les différents locaux des structures, cependant, ils semblent qu'à Echirolles et à Mosaïque se soit dans les espaces de circulations que nous observons le plus fréquemment cette conduite et, à la Fondation, dans la cour. Autant d'espaces qui sont davantage investis pas des jeux moteurs que par des jeux plus calmes : ils s'y poursuivent, y font du tricycle, y jouent à cache-cache etc.

C - FACTEURS SENSIBLES

Le sonore. Etant donné que la majeure partie des enfants ne possède pas de langage verbal, la communication passe essentiellement par diverses productions sonores : onomatopées ou sons d'intensité différente, rires, battements de mains, toutes manifestations de leur enthousiasme mais aussi toutes manifestations susceptibles d'attirer l'attention des autres enfants.

Le regard tient aussi une place essentielle dans ces échanges. Ici, il n'est généralement pas éludé, il est au contraire insistant, fixé sur les enfants concernés.

Le toucher est aussi présent dans ces échanges. On observe quelques fois un contact entre les enfants, comme pour signifier clairement leur désir de participer, de souligner leur propre présence. Mais, la plupart du temps, le toucher reste un moyen de se rassurer: l'enfant s'approche des autres, tout en restant accroché un élément de l'enveloppe spatiale ou du mobilier.

Le kinesthésique est très souvent sollicité et souligne bien l'attirance, l'intensité de l'envie de se joindre aux camarades. L'enfant trépigne sur place, tape des mains, sautille.

Attitudes. Certaines fois, le fait d'être avec les autres enfants, la position au sein du groupe remplacent les regards. En effet, un enfant est parmi ses camarades, les suit de très près... sans jamais leur adresser un seul regard. Il ne semble pas encore faire partie

des jeux mais pourtant il est attentif aux moindres gestes, déplacements des autres et suit le mouvement. Son comportement traduit parfaitement ce désir de se joindre aux jeux de ses camarades.

Les mimiques de l'enfant, sa gestuelle, ses postures, etc. sont autant de signes qui traduisent son désir, son enthousiasme : le visage est souriant, gai, très animé. Souvent l'enfant est envahi par des stéréotypies : mains qui s'agitent, battements de bras etc. comme s'il était envahi par ce sentiment.

SYNTHESE DES FACTEURS RELATIFS AUX

CONDUITES DE MANIFESTATION DES SENTIMENTS

F A C T E U R S S O C I A U X :

Nous pouvons souligner que la manifestation des sentiments des enfants est étroitement liée au contexte social.

F A C T E U R S S E N S I B L E S :

La dimension sonore est dans la majeure partie des cas acceptée et précieuse pour l'enfant. Quelques fois, elle peut être refusée, quand des émergences sonores sont à l'origine des sentiments de peur ou d'inquiétude.

Le regard est tantôt accepté, très expressif (insistant, fixe, rieur), tantôt évité.

Le toucher est très souvent sollicité, dans ce type de conduite.

Le kinesthésique est aussi fréquemment convoqué.

ATTITUDES.

Les attitudes varient bien sûr en fonction du sentiment vécu par l'enfant. Soit le sentiment est positif : le corps est détendu, le visage souriant, gai. Soit le sentiment est négatif : le corps est alors tendu, le visage crispé, figé, préoccupé.

Ainsi, la majeure partie des conduites spatiales, sociales et affectives développées dans ce chapitre tend à démontrer la co-détermination qui existe entre le sujet et son environnement.

De nombreux modes d'actions illustrant les différentes conduites usagères en milieu spécialisé ont souligné l'influence de l'environnement quel qu'il soit sur les enfants.

La conduite « prendre ses repères » semble illustrer parfaitement cette idée : les configurations spatiales offrent des « postes » à l'enfant. Encore une fois l'environnement va induire, favoriser telle ou telle pratique usagère.

A l'inverse, les enfants, par leurs comportements, leur présence, leurs productions sonores, modifient l'ambiance de la structure.

Citons ici l'exemple des petits accidents. Les pleurs et les manifestations sonores des enfants induisent des inquiétudes, des questionnements de la part de leurs camarades. Un autre exemple est celui des plus grands enfants, qui, par leurs jeux moteurs, apportent une dimension dynamique à l'ambiance et incitent certains des plus régressés à venir les rejoindre dans leur course. Ici encore, les enfants, par leur présence et leurs activités semblent participer à l'ambiance de la structure et par conséquent semblent influencer les pratiques de leurs camarades.

Nous terminerons ici par un troisième exemple, celui d'un enfant très régressé. Par ses mouvements désordonnés, ses gestes impulsifs, ses productions sonores de forte intensité, l'enfant semble à son tour avoir une grande influence sur l'ambiance de la structure : souvent il effraie ses camarades, qui, en sa présence, modifient leurs comportements.

Autant d'exemples qui participent à affirmer le fait qu'il existe une co-détermination entre le sujet et son environnement non seulement spatial mais social.

Le chapitre suivant aborde les différents facteurs ambiants, qu'ils soient sociaux, spatiaux, physiques ou sensibles et leurs combinaisons, afin de souligner leurs interrelations.

VII - FACTEURS AMBIANTS ET CONFIGURATIONS SENSIBLES

Dans cette partie, nous présenterons et détaillerons certains des différents facteurs déterminants des conduites usagères et de l'ambiance d'un lieu donné, relevés dans les conduites abordées précédemment.

Pour chacun de ces facteurs :

- nous donnerons une définition,
- nous essayerons d'analyser leur influence par rapport à un contexte donné ; de noter quelques anecdotes susceptibles d'illustrer nos propos,
- nous noterons en gras nos conclusions,
- lorsque cela semble intéressant, nous établirons des liens entre le facteur abordé et les autres afin de souligner leurs interrelations. Ces paragraphes seront encadrés afin de structurer notre développement.

Préambule.

Les facteurs ambiants et les combinaisons de facteurs (configurations sensibles) ont pour but d'approcher le vécu des ambiances des enfants dans leur milieu d'accueil. Aussi, lors de l'analyse de notre corpus, nous prenons en compte les différents éléments du contexte spatial, physique et humain ainsi que le sentir du sujet, autant d'élément en interrelation et en codétermination permanente, qui nous permettent d'approcher ce qui est perçu par l'enfant. Cependant, nous décidons de traiter notre corpus d'observations sous deux angles d'analyse différents. Dans un premier temps, nous aborderons les facteurs sociaux[181], spatiaux et physiques en partant de ces diverses données environnementales pour accéder au vécu des enfants. Puis, dans un deuxième temps, nous approfondirons la manière dont l'enfant perçoit son environnement par la convocation et la combinaison de modalités sensibles, en fonction de sa dimension pathique, ses représentations sociales et culturelles, les différentes configurations sensibles repérables ainsi que le facteur temporel. Par conséquent, nous nous appuierons sur le vécu des enfants pour accéder aux données environnementales. Aussi, nous analyserons les mêmes choses, mais sous des angles différents. Ce parti pris analytique peut entraîner quelques répétitions. Cependant, nous pensons que celui-ci participe à l'enrichissement de nos résultats.

1 - FACTEURS SOCIAUX

Le plus souvent, la discussion des facteurs sociaux prendra appui sur la dimension sonore. Ce choix nous est apparu intéressant car les mesures acoustiques peuvent en partie objectiver nos résultats.

1.1 - FACTEUR D'ACTIVITES

Le facteur d'activités a une grande incidence sur l'ambiance des structures. Les niveaux d'intensités sonores en témoignent. A Echirolles, lorsque les enfants se courent après dans les couloirs nous relevons des niveaux sonores d'une moyenne de 66 dB (A)

[181] Afin de ne pas compliquer la lecture, nous décidons d'employer le terme « social », et ce, quelle que soit la situation à laquelle nous faisons référence (situation intersubjective ou à l'échelle du groupe).

tandis que lorsque les enfants restent dans l'espace commun et ont des activités beaucoup plus calmes (dessin, discussions avec des camarades ou des soignants, isolement), la moyenne des niveaux sonores relevés est de 59 dB (A).

Au-delà de certains facteurs physiques et spatiaux, immuables quelles que soient les activités des enfants, la dimension sonore (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif), les formes d'occupation, les événements et les facteurs sensibles mis en éveil seront très différents d'une activité à l'autre. Les différentes conduites précédemment développées en témoignent.

1.2 - FACTEUR DE POPULATION

Ce facteur s'appuie sur le type de population présent dans la structure : pathologie, âge des enfants, histoire personnelle.

a- Variation d'ambiance suivant la population présente.

Comme nous l'avons illustré dans la conduite « manifester sa peur, son inquiétude », nous avons pu observer beaucoup d'enfants perturbés, parfois même tétanisés, par la présence de certains de leurs camarades. Les enfants se précipitent vers un soignant, s'isolent, surveillent la source de leur inquiétude plutôt que de poursuivre leur activité. En effet, à Mosaïque, où les enfants disposent non seulement d'un groupe de vie mais aussi des espaces d'entrée et de déambulation pour évoluer à leur gré, suivant qui est présent dans le groupe, certains enfants n'y pénètrent pas de leur journée.

Les affinités ou au contraire les réticences entre les différents enfants pris en charge dans chaque structure sont déterminantes des conduites spatiales, sociales et affectives des enfants.

Mais l'exemple le plus frappant est certainement celui d'Echirolles, où, le plus souvent, les enfants les plus régressés sont accueillis le matin tandis que les grands (souvent les moins malades) sont accueillis l'après-midi. Ainsi, nous pouvons souligner que

l'ambiance varie considérablement, se modifie suivant les enfants présents dans la structure.

Nous nous appuierons ici sur la variation et la modification de l'ambiance sonore présente dans les locaux selon s'ils sont animés par les plus régressés ou les plus grands.

En effet, même si ces deux ambiances possèdent une base sonore équivalente qui se constitue de grincements de vélo, de pas sur le sol, de déplacements de mobilier, lorsque les plus régressés sont dans la structure, le contenu sonore spécifique se caractérise essentiellement de cris, d'onomatopées, de fredonnements puisque ces enfants ne possèdent pas de langage verbal. À l'inverse, lorsque les plus grands sont présents, nous notons davantage de conversations, d'altercations verbales, de chansons.

Même si les niveaux sonores présents dans la structure, suivant si elle accueille des enfants très régressés ou des enfants moins malades, se situent dans les mêmes moyennes entre 59 et 61 dB (A), l'ambiance sonore est qualitativement différente et perçue comme telle par les soignants.

« Y a un truc aussi que je perçois assez bien sur la semaine : c'est la différence de population, entre les petits- donc bien autistes- et les grands, et qu'au niveau du bruit, je sais pas s'il y a moins de bruit ou pas moins de bruit, mais en tout cas le bruit n'est pas le même. »

Extrait de discussion avec un soignant

De plus, les activités vont varier suivant la population qu'accueille la structure. Les grands investissent davantage les couloirs pour jouer, faire du tricycle, se courir après, tandis que la majeure partie des plus petits a tendance à rester proche des soignants et de l'espace commun.

b- Les soignants et les enfants comme repère

A leur arrivée dans la structure, pour beaucoup d'enfants, il apparaît clairement que la présence des soignants est primordiale dans leurs prises de repère. En effet, à la Fondation Vallée, dés qu'il arrive dans la structure, un enfant se dirige vers son groupe. Il n'y entre pas franchement pour en faire le tour, il fait juste les quelques pas nécessaires pour vérifier si ses soignants référents sont présents. Il ne se préoccupe pas

de ses camarades, il jette un coup d'œil et en l'absence de ses soignants se dirige directement dans la salle d'équipe où ces derniers se trouvent encore. Il n'a pas de langage verbal mais ses intonations, ses accents, les traits de son visage ainsi que ses attitudes corporelles manifestent très clairement son mécontentement. Il entre sans hésitation dans la salle d'équipe malgré le fait que ce soit interdit par les adultes, se dirige vers une de ses soignantes et la tire par la main. Si celle-ci lui explique qu'il faut qu'il patiente quelques instants, l'enfant s'immobilise, son corps est tendu, sa tête légèrement basculée en arrière, les traits de son visage sont crispés, il se met à crier. Il ne peut entrer, déposer ses affaires et s'installer dans son groupe qu'en présence d'une de ses référentes.

Quotidiennement nous pouvons observer ce type de situations, certains restent dans les couloirs et jettent, de temps à autre, un coup d'œil dans la salle d'équipe, tandis que d'autres y entrent et s'y installent à proximité de leur référent.

Pour d'autres enfants souvent moins régressés, la présence des soignants est importante mais l'attente de ses derniers semble possible, surtout lorsque des camarades sont déjà présents dans le groupe ou la structure. Nous pouvons citer l'exemple d'un enfant qui revient dans les couloirs, proches de la salle d'équipe si, à son arrivée, son groupe est vide. Mais, si certains de ses camarades sont là, il reste dans le groupe en jetant un œil de temps à autre dans le couloir.

La présence des camarades est aussi un repère important pour les enfants, principalement les moins régressés. Elle passe certes au second plan par rapport à celle des soignants mais elle est souvent observable, principalement à la Fondation Vallée et à Echirolles. Tout d'abord, à Echirolles, étant donné le fonctionnement intérieur, certains enfants sont pris en charge le matin tandis que d'autres le sont l'après-midi. Cependant, ces deux groupes ont une prise en charge commune de 11h30, soit à l'arrivée des enfants de l'après-midi dans la structure, à 14h, départ des enfants du matin. Aussi, de façon quotidienne, les enfants pris en charge l'après-midi vérifient que tous leurs camarades du matin sont bien présents. A la Fondation, les enfants pris en charge sont répartis par groupe de vie de huit maximum. Ainsi chaque matin, après un moment passé dans le groupe, l'enfant s'inquiète de l'éventuelle absence d'un de ses camarades. Nous pensons ici que le faible nombre d'enfants par groupe favorise cette prise de repère.

Pour les enfants, leurs soignants référents mais aussi leurs camarades tiennent une place importante dans leurs rituels de prises de repères.

Le facteur de population tient une place importante dans la constitution d'une ambiance. Nous pouvons souligner l'incidence qu'il a sur les facteurs sociaux comme celui des activités effectuées dans la structure et des formes d'occupation. Il semble déterminant pour les espaces investis au cours d'une journée, pour l'ambiance sonore (certaines fois quantitativement mais le plus souvent qualitativement), pour les facteurs sensibles mobilisés (les enfants les plus régressés convoquant généralement la totalité des modalités sensibles).

1.3 - FACTEUR DE NOMBRE / DENSITE

Nous avons remarqué au cours de nos observations que le nombre d'enfants présents dans la structure et leur densité tenaient une place importante dans la constitution d'une ambiance. Le nombre et la densité étant très liés, nous les présentons dans le même paragraphe.

De nombreux auteurs se sont intéressés à cette question de densité de population dans un espace donné. On peut citer Chombart de Lauwe (1975) qui est un des premiers à travailler sur la question d'influence de la densité dans les logements urbains. Par la suite, de nombreuses recherches ont été effectuées autour de la question de la densité dans les espaces publics et des conséquences que cela pouvait engendrer sur les populations concernées.

« *Si la densité, en tant que caractéristique sociale du rapport urbain à l'espace, comporte un certain nombre d'effets, ceux-ci ne sont pas automatiques et dépendent des manières sociales et surtout culturelles différentes de s'y adapter. On peut donc retenir que les relations entre densité urbaine et phénomènes pathologiques ne sont pas simples ; la densité n'agit pas comme facteur*

déterminant, mais interagit avec un ensemble de variables socioculturelles complexes qui vont donner lieu à des effets et des réponses circonstanciées »[182].

L'ambiance diffère selon le nombre et la densité d'enfants accueillis dans la structure. Au cours des observations, on note que ce facteur agit particulièrement sur la dimension sonore de l'ambiance des lieux.

Par exemple, à Echirolles et à Mosaïque, les jours les plus sonores sont, en effet, ceux où les enfants accueillis dans la structure sont très nombreux, voire au complet. À Echirolles, un histogramme représentant la comparaison des Leq, entre le jeudi, jour où tous les enfants pris en charge par la structure sont présents dans les locaux et le mercredi, où peu d'enfants sont accueillis a été réalisé à partir de deux types de mesures. Tout d'abord celles qui sont relevées au niveau de l'espace commun, représentatif, en tant qu'espace de référence pour les enfants et ensuite celles sélectionnées parmi les tranches horaires fiables[183]. Il illustre bien l'écart important relevé entre ces deux jours avec une différence de 14,2 dB (A) à 9h et de 13,9 dB (A) à 9h30.

Sachant que lorsqu'on observe une différence de 10 dB (A), la perception qu'une personne a du son est doublée, l'incidence du nombre d'enfants présents dans les locaux par rapport à l'ambiance sonore des lieux est donc nettement compréhensible.

La concentration ou le regroupement d'enfants dans un espace donnent lieu à divers comportements.

Les situations de proximité et de rassemblement sont souvent recherchées, qu'il s'agisse de la présence des soignants ou de celle d'autres enfants. Mais, généralement, ces conduites sont paradoxales : la proximité, le rassemblement sont recherchés et, pourtant, ils sont aussi inquiétants pour la plupart des enfants. Les différentes conduites sociales mises à jour précédemment sont autant d'illustrations à nos propos.

[182] FISCHER, Gustave-Nicolas. *Psychologie sociale de l'environnement*. Toulouse : Privat, 1992.
[183] Ces tranches horaires sont fiables, en ce sens qu'elles ont été réalisées dans de bonnes conditions (par exemple sans qu'un enfant crie devant le sonomètre).

Cependant, le comportement des sujets plus régressés, nous a permis de relever certains éléments. L'exemple d'un enfant qui ne quitte pratiquement jamais les couloirs de la structure et la rambarde de bois à laquelle il reste accroché le plus clair de son temps est très éloquent. En effet, lorsque les plus grands sont présents dans la structure et jouent à se courir après ou font du tricycle dans les couloirs, il va vers les garçons et se mêle à leurs jeux de courses.

Cet exemple soulève diverses interrogations.

Est-ce la présence de ces enfants qui ne l'effraient pas (car moins malades que les plus petits) et qui représentent pour lui une sécurité parce que moins impulsifs ? Est-ce la dynamique des jeux des enfants renforcée par la densité qui pousse les plus régressés à se mêler aux autres ?

Nous pensons ici que la combinaison des facteurs sociaux à savoir la population, les activités motrices et la densité est déterminante. En effet, nous avons pu observer ce même enfant toujours cramponné à la rambarde de bois dans les couloirs en présence, premièrement, de ces mêmes camarades immobiles et, deuxièmement, de quelques-uns de ses camarades en train de courir.

Cependant, nos observations nous permettent de pointer un paradoxe par rapport aux comportements de certains enfants très régressés. En effet, les jours où le nombre et la densité des enfants sont importants, nous soulignons, chez certains des plus régressés, en même temps qu'une recherche de proximité avec leurs camarades, l'accentuation des conduites d'isolement par rapport à leur environnement sonore ou/et visuel, tactile. Précisons que cette constatation est valable principalement pour des espaces de superficie importante comme la cour ou les couloirs, espace offrant une grande liberté d'action. Dans un espace très contenant, comme par exemple la cabane, ce cas de figure se présente de façon exceptionnelle. Nous pouvons citer l'exemple d'un enfant en grande difficulté psychique qui suit très souvent ses camarades dans les couloirs de la structure. Il suit leurs déplacements, s'arrête à leurs côtés sans jamais échanger un regard avec l'un d'entre eux. Il s'enveloppe de fredonnements, une main vissée sur une oreille, l'autre ne cessant de palper son tee-shirt. Toutes ses modalités sensibles sont mises en éveil pour l'isoler de son environnement social. Le seul contact qu'il semble accepter est celui de l'enveloppe spatiale, des parois horizontales ou verticales contre lesquelles il trouve appui au cours des pauses. Cependant, il est important de préciser

que même si l'enfant est vraiment dans l'échange à un moment donné, il peut tout à coup sans réelles raisons apparentes sembler inquiet, angoissé ou même se refermer sur lui-même et ceci à n'importe quel moment.

Dans cet exemple, les facteurs déterminants semblent être la population (les plus grands) et la densité, le nombre d'enfants. La dynamique des activités ne paraît pas ici fondamentale étant donné que l'enfant suit ses camardes dans les jeux de courses mais aussi lorsqu'ils se regroupent et qu'ils restent un moment immobiles.

Aussi, pouvons-nous avancer l'hypothèse que la combinaison des facteurs de densité et de population joue un rôle social ?

La concentration d'un grand nombre d'individu dans un espace donne généralement lieu soit au renforcement des conduites d'isolement des enfants soit à leur fuite, lorsque la trop grande proximité avec leurs camarades leurs est trop difficile à vivre.

Le nombre et la densité d'enfants, liés au facteur de population, ont une incidence sur les activités de la structure, les formes d'occupation (le regroupement pour jouer ou discuter est davantage observé), sur la dimension sonore des lieux comme nous l'avons détaillé plus en avant.

Nous pensons aussi qu'il est déterminant dans la formation d'événements : plus les enfants sont nombreux et plus il y a d'agitation, propice à divers petits accidents.

Enfin ce facteur semble avoir une grande incidence sur les modalités sensibles étant donné qu'une forte densité de population provoque, chez les enfants les plus régressés, premièrement une hyperstimulation kinesthésique et tactile (centrée sur l'enfant lui-même, ses vêtements ou sur l'enveloppe spatiale) grâce à laquelle ils s'isolent de leur environnement et, deuxièmement, le refus du sonore et du visuel (évitement du regard, fredonnements incessants, mains sur les oreilles).

2 - FACTEURS SPATIAUX

2.1 - FACTEURS D'ENVELOPPE ET D'ORGANISATION SPATIALE

Ce facteur correspond à la morphologie globale des espaces et des volumes étudiés, ainsi qu'à leur organisation, donc à l'architecture[184].

La perception qu'ont les usagers de cette dimension spatiale évolue dans le temps. Les enfants et soignants se l'approprient, l'investissent de manières différentes au cours de la journée selon le potentiel d'action qu'elle offre.

a- *Affordance* de l'enveloppe spatiale

L'enveloppe spatiale, les volumes représentent un potentiel d'action (*affordance*) en devenir pour les enfants. Nous avons pu relever différents exemples qui montrent que l'enfant, selon ses besoins ou ses envies, sélectionne les espaces qu'il investit.

b- Réinventer la fonction première des espaces

Les couloirs ont pour fonction première de distribuer, desservir les différents espaces composant la structure. Pourtant les temps d'observations nous ont démontré qu'ils étaient investis d'une tout autre façon par les enfants. Ces derniers se les approprient et les investissent comme parcours de jeux (course, tricycle), comme cheminement de ballade tranquille, comme espace de rencontre et tout autre activité bien différente de leur fonction première.

Cet exemple souligne bien la différence qu'il peut exister entre les intentions premières du concepteur (espace fonctionnel, souvent aménagé en fonction des flux de circulation) et la manière dont les usagers investissent réellement ce même espace. Si le potentiel d'action offert au public est suffisamment riche celui-ci peut le transformer, le réinventer, le redéfinir.

[184] Pour plus de détails, se référer à la présentation des terrains et à la description des lieux observés dans les chapitres 4 et 6.2 de la méthode.

À l'inverse, lorsque le potentiel en devenir est réduit à sa plus simple expression, il arrive que les usagers refusent et délaissent certains des espaces qui leur sont offerts.

c- Modifications de l'enveloppe spatiale

L'enveloppe spatiale, les volumes se décomposent en différents éléments. Premièrement ils comprennent les parois, les sols, les plafonds qui physiquement et matériellement ne varient pas dans le temps, sauf en cas de dégradations, ce que nous développerons ultérieurement et deuxièmement, ils comprennent les fenêtres et les portes, autant d'éléments qui varient dans le temps, que ce soit en fonction des activités usagères, des conditions météorologiques, des personnes présentes dans la structure etc.

Aussi lorsqu'une fenêtre, une baie ou une porte, la plupart du temps fermée, est ouverte de façon exceptionnelle, cela modifie considérablement l'espace et la perception qu'en a l'usager.

Par exemple, à la Fondation Vallée, dans la cuisine où les enfants et leurs soignants prennent leur repas, les deux portes existantes, celle qui permet d'y entrer et celle qui mène dans la salle d'équipe sont toujours fermées. Cependant, les quelques fois où au cours du repas, l'une d'entre elles est ouverte soit par un visiteur soit par un soignant du groupe qui a besoin de se rendre dans la salle d'équipe, nous avons pu observer de façon systématique qu'au moins un des enfants les plus en difficulté psychique, se lève immédiatement et se précipite pour s'engouffrer dans l'ouverture, la réaction de l'enfant est si rapide que les soignants n'ont pas toujours le temps d'interrompre sa course. **La modification du volume et de l'enveloppe de l'espace, pourrait nous permettre d'évoquer la remise en question des repères spatiaux des enfants mais, étant donné leur rapidité d'action, l'ouverture, la béance semblent ici prépondérantes, comme si celles-ci happaient l'enfant.**

Nous pouvons nous appuyer sur un autre exemple. A Mosaïque, les enfants sont réunis dans le groupe de vie, sauf l'un d'entre eux, D., qui est resté dans les couloirs. Rapidement il vient nous rejoindre. Dehors, le ciel est gris, il pleut. Un petit groupe s'est installé autour de la table. Les adultes discutent. Le groupe est calme. D. vient vers moi me prend la main et m'emmène m'asseoir sur le matelas, par terre devant la baie. Il se met contre moi. Puis, assez rapidement M. vient nous rejoindre et s'installe entre mes

jambes. N. qui depuis un moment déjà s'isolait dans des va et vient entre le groupe et les couloirs, vient s'allonger par terre près de nous. Les enfants sont tous réunis dans le groupe, ils sont calmes, même les plus agités sont posés : les visages semblent apaisés, les corps sont détendus, immobiles. Puis un soignant entre dans le groupe et vient ouvrir la fenêtre. C'est la fin de ce moment de sérénité, de calme. D se lève et se précipite vers la fenêtre. Pendant que le soignant retient D. et lui explique que ce n'est pas possible, N. est déjà passé par la fenêtre. Dans ce type de situations, qui a été observé très régulièrement dans nos trois terrains d'observations, suivant les conditions météorologiques, nous pouvons penser que des courants d'air, des odeurs extérieures à la structure ou une certaine luminosité attirent l'enfant vers l'extérieur. Cependant, nous avons pu observer ces situations suivant différentes conditions météorologiques : par temps de pluie où le ciel est bas, par forte chaleur ou au contraire par températures fraîches quand alors qu'il est préférable de rester à l'intérieur. **Aussi nous pensons que si ces facteurs sont susceptibles de participer, parfois même d'accentuer l'attirance des enfants vers l'extérieur, l'ouverture de la baie ou de la fenêtre reste encore une fois déterminante de la conduite des enfants.**

En référence aux exemples que nous avons cité précédemment et à nos diverses observations, nous pensons que les ouvertures sur l'extérieur perturbent trop souvent le quotidien des enfants. Aussi, les ouvertures en façades doivent faire l'objet de beaucoup d'attention lors de la conception d'une structure spécialisée dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques et doit offrir aux usagers diverses solutions : non seulement la possibilité d'ouvrir largement les baies lorsque les enfants sont dans les espaces extérieurs mais aussi la possibilité d'aérer les locaux grâce à des fenêtres en impostes, que les enfants ne percevront pas de la même manière étant donné leur emplacement (en hauteur), leur système d'ouverture (ouverture à soufflet) et leur taille (généralement de petite taille plus larges que hautes).

La configuration inverse est aussi intéressante à discuter : lorsqu'une porte, généralement ouverte, est fermée. Cependant, étant donné les fonctionnements et

l'architecture de nos trois terrains d'observation, ce type de situations n'a pu être observée qu'à Mosaïque.

Prenons l'exemple du groupe de vie, dont la porte d'entrée reste le plus souvent ouverte. Les enfants circulent librement entre le hall d'entrée, les espaces de circulation et le groupe. Nous avons pu observer que lorsqu'un petit groupe d'enfants et de soignants y sont présents et que la porte d'entrée est fermée, très souvent certains enfants des plus régressés et particulièrement deux d'entre eux quittent le groupe et rejoignent les couloirs. Le fait que cet espace soit perçu comme beaucoup plus contenant qu'auparavant pourrait avoir un rôle déterminant dans les conduites des enfants. Cependant, nous pensons que la notion de contenance n'est pas ici celle qui prédomine. En effet, les enfants qui prennent la fuite sont ceux qui apprécient particulièrement les configurations contenantes comme les angles rentrant des pièces, les alcôves, le dos plaqué contre un mur, configurations dans lesquelles ils passent le plus clair de leur temps. La possibilité d'observer ces enfants en présence d'une cabane aurait pu davantage nous renseigner sur la manière dont ils perçoivent des espaces très contenants, enveloppants en présence de certains de leurs camarades mais Mosaïque ne possède pas de cabane à l'intérieur de ses locaux, seulement une à l'extérieur, dans le jardin, peu investie de façon collective et dans laquelle nous n'avons jamais pu observer ce type de configuration. Lorsque la porte est ouverte, de façon quotidienne, les enfants les plus régressés entrent dans le groupe où se trouvent certains de leurs camarades, des soignants, y passent un moment, font des va et vient entre les couloirs et le groupe, sans que leur besoin de sortir soit insistant et précipité. Seul un enfant de la structure refuse catégoriquement d'entrer dans le groupe lorsqu'il y a d'autres enfants, que la porte d'entrée soit ouverte ou fermée. Cet enfant accepte d'y rentrer uniquement pour prendre une collation en fin de matinée parce qu'il sait que c'est la condition s'il souhaite grignoter quelque chose.

La dimension sociale, le nombre d'enfants et leur densité, a ici une importance capitale, comme le montre la situation précédente mais nous pouvons remarquer que lorsqu'il n'y a personne dans le groupe, ou juste un enfant relativement calme et un adulte par exemple, certains des plus régressés acceptent cette situation. Aussi, nous pensons que l'interrelation du manque de liberté d'action, de la

dimension sociale et de la modification de l'enveloppe spatiale et par conséquent des habitudes de fonctionnement est déterminante dans ce besoin de fuir.

Les facteurs d'enveloppe et celui d'organisation spatiale, au-delà d'avoir une incidence sur les aménagements intérieurs et sur les facteurs physiques d'un espace, ont une grande influence sur certains facteurs sociaux et sensibles.

En effet, leur potentiel d'action va induire certaines formes d'occupation et certaines activités, qu'elles soient en accord ou pas avec les intentions premières des concepteurs (par exemple certains espaces et sous-espaces permettront le regroupement, un espace très réduit provoquera la concentration, un espace suffisamment grand permettra des activités motrices, les couloirs serviront d'espace de jeux, de lieu de rencontre, de discussion).

Mais nous pouvons aussi penser que l'organisation spatiale des locaux participe à la création d'événements donc peut parfois avoir une incidence sur le facteur temporel : le croisement de deux couloirs peut par exemple provoquer des carambolages.

Ce facteur va également jouer un rôle important sur la motricité des usagers, sur leur perception visuelle et sonore, et sera donc, une fois encore, en étroite relation avec les facteurs sensibles.

Le tactile et le kinesthésique semblent sollicités par les courbes, les angles, les surfaces planes etc. que leur offre l'enveloppe architecturale et les matériaux mis en oeuvre.

2.2 - FACTEUR DU MOBILIER INTERIEUR

Ce facteur correspond à tout le mobilier intérieur présent dans les espaces étudiés.

Les différentes observations des pratiques usagères nous ont permis de relever les interrelations entre le mobilier, les aménagements et l'individu, principalement l'enfant.

a- Créativité des usagers en accord avec la fonction première du mobilier

Si le potentiel d'action de certains meubles, jeux ou aménagements induit des activités particulières aux usagers, ces derniers font preuve d'une certaine créativité. Prenons ici l'exemple des bancs, des fauteuils et des chaises qui offrent la possibilité aux enfants de s'asseoir mais chacun d'eux à sa propre manière : à genoux, sur le côté, une jambe repliée sous les fesses, à califourchon, les pieds sur le barreau du fauteuil d'à côté, bien au fond de l'assise, les pieds ballants ou au contraire juste au bord de celle-ci, etc.

Il en va de même pour tout le mobilier présent dans les structures : les glissades, les sauts sur le trampoline, les tricycles, les tables, les matelas etc.

L'objet, le meuble remplit toujours sa fonction première, celle d'offrir une assise, de faire glisser, sauter, rouler etc. mais l'usager définit sa propre façon de s'asseoir, glisser, sauter rouler etc.

b- Réinventions de la fonction du mobilier

Très souvent l'usager va réinventer la fonction du mobilier, il va se l'approprier.

Certains, souvent les plus grands, emmènent une trottinette dans les couloirs pour pouvoir s'y asseoir et discuter tranquillement. D'autres s'installent sur le toit de la cabane ou grimpent sur le banc pour observer ce qui se passe autour d'eux. D'autres encore s'amusent en réalisant diverses constructions : un tonneau par-dessus un coussin et l'enfant monte sur son « vaisseau », la bascule à l'envers et l'enfant se faufile sous « un tunnel », deux fauteuils côte à côte et l'enfant part en « voiture » autant d'invention mettant en œuvre des objets et meubles qui n'ont rien à voir avec les usages qui en sont fait.

Les « façonnages » et « manières de faire » (Augoyard, 1979), « Les Arts de faire » (de Certeau, 1980) de l'usager sont présents à différents niveaux. Lorsque les usagers utilisent le mobilier en rapport avec sa fonction première, comme nous l'avons vu précédemment mais aussi au-delà de sa fonction première, le mobilier possède un potentiel d'action en devenir que chacun s'approprie, réinvente, transforme.

c- Repère par rapport aux usages

Les sous-espaces, caractérisés par un mobilier particulier, offrant à l'enfant un potentiel en devenir particulier, constituent aussi un repère par rapport aux usages.

En effet, beaucoup de meubles ou d'aménagements imposent une activité aux usagers. Par exemple, lorsqu'ils doivent aller se laver les mains avant le repas, les enfants savent très bien qu'un seul espace est approprié à cette action : les sanitaires ou le point d'eau de la cuisine, suivant le fonctionnement de la structure. De même, lorsqu'un enfant veut s'amuser à faire des glissades, il se dirige automatiquement vers le toboggan, vers les matelas, le canapé ou le trampoline s'il veut s'allonger, autour d'une table s'il veut dessiner, etc.

L'aménagement intérieur structure l'espace et peut en effet proposer des repères importants pour les usagers. Il représente un repère matériel, physique, un repère lié aux pratiques usagères (en rapport au potentiel d'action qu'il offre aux usagers), un repère social, affectif et psychologique extrêmement important pour les enfants présentant des troubles psychiques comme en témoignent les différentes conduites de « prise de repère ».

d- Le mobilier comme modulateur d'ambiance

Les structures possèdent différents meubles ou jeux, fixes, bien trop lourds pour être déplacés comme par exemple les casiers, le canapé, les meubles mais la plupart sont mobiles et peuvent être déplacés par les enfants. Même si, à priori, la cabane, le toboggan, le baby-foot et le trampoline paraissent trop encombrants pour être déplacé, il n'en est rien.

L'enfant rapproche ou au contraire éloigne le trampoline de la baie vitrée, il pousse la cabane loin du mur pour créer un espace protégé entre celle-ci et le mur, pousse la chaise sur laquelle il est assis afin de ne plus être vu des soignants autant de situations qui soulignent le fait que l'enfant exploite la possibilité qu'il a de déplacer les objets pour moduler l'ambiance.

Détaillons l'exemple d'un élément qui nous permet de souligner cette idée de façon pertinente: les paravents en bois qui délimitent le sous-espace situé devant la troisième baie vitrée de l'espace commun à Echirolles.

Ce sous-espace est très éclairé, contigu à une grande baie vitrée s'ouvrant sur le jardin de la structure, un peu en retrait par rapport aux soignants installés dans l'espace fauteuils. Y sont aménagés une table et des chaises, un petit meuble sur lequel l'enfant dispose de jeux, de papier et de feutres. Son potentiel d'action et le peu d'espace libre offert n'incitent pas les enfants à venir y jouer ou y circuler. Cet espace est donc essentiellement investi pour des activités ciblées adaptées au lieu, comme le dessin ou les jeux de société, activités principalement effectuées par les plus grands. Les paravents de bois situés en périphérie de cet espace vont ainsi leurs permettre de moduler l'ambiance. Les enfants seront libres d'ouvrir les paravents afin de laisser la possibilité aux plus petits de pénétrer dans l'espace, d'aller et venir, de s'asseoir autour de la table au risque de perturber les jeux. Mais, à l'inverse, ils pourront s'appliquer à bien remettre les paravents côte à côte afin de constituer une barrière que les plus petits ne franchiront pas ou difficilement. Cet espace sera alors parfaitement délimité par les paravents, protégé, privilégié, un peu à l'écart des enfants qui jouent autour de la cabane ou dans les couloirs.

Il en va de même pour le toit de la cabane. Sa hauteur et la difficulté d'y accéder ne le rendent pas accessible à tous les enfants, seuls les plus grands et les moins régressés peuvent accéder à ce poste. Aussi le toit de la cabane constitue pour l'enfant un refuge qui lui permet de se mettre à distance d'une grande partie de son environnement social.

Ainsi, l'usager peut exercer son emprise sur le mobilier et l'aménagement, en exploiter le potentiel et ainsi moduler l'ambiance au cours du temps, selon ses besoins, sa perception et redéfinir les notions d'individu, de groupe, d'équipe (le sujet est actif et décisif).

Le facteur de mobilier intérieur a une incidence directe avec certains facteurs sociaux, comme l'occupation ou encore les activités usagères. En effet, le potentiel d'action qu'il offre aux usagers va donner lieu à diverses activités, donc à diverses occupations de l'espace.

Mais ce facteur a aussi une incidence sur le facteur acoustique et le facteur lumineux d'un espace. Il va l'animer par des jeux d'ombres, par la création de contrastes et va contribuer à caractériser l'acoustique de l'espace en absorbant plus ou moins certaines fréquences.

La phase d'observation nous permet également de noter que le mobilier d'un espace convoque forcément de nombreux facteurs sensibles : le tactile par ses matières et ses formes, le visuel, le kinesthésique, le gustatif et l'odorat.

2.3 - FACTEUR DE L'ESPACE AMENAGE

a- Repère spatial

Tout d'abord, nous avons pu constater que les aménagements intérieurs constituaient un repère important pour l'enfant. Même si le mobilier n'est pas forcément fixe, mais peut être déplacé, ce dernier constitue une organisation stable, repérée et située pour l'enfant.

Les diverses conduites répertoriées précédemment soulignent bien l'importance de ces repères stables. Rappelons que certains sujets, dés leur arrivée ou lorsqu'ils reviennent d'une activité extérieure à la structure font le tour de leurs espaces de vie pour vérifier que tout est en place, que rien n'a été modifié pendant leur absence. Parmi eux, certains vont même jusqu'à ranger, replacer certains meubles ou objets, même de quelques centimètres comme pour réaffirmer ou même renforcer, reformer leurs repères.

L'espace aménagé constitue un repère important pour les enfants mais nous soulignons aussi l'importance d'une certaine stabilité dans l'aménagement de la structure.

b- Solidité de l'enveloppe spatiale et du mobilier

Quelques fois, l'enfant lance un objet par terre puis le ramasse et le regarde attentivement comme pour voir s'il a bien résisté au choc. De même, par rapport à l'enveloppe spatiale, à Echirolles, de nombreux enfants s'élancent sur leur tricycle pour atterrir violemment dans le mur. Par ces conduites l'enfant vérifie la solidité des objets, du mobilier ou de l'enveloppe spatiale. Cependant, à partir du moment où l'enveloppe spatiale, le mobilier, un objet commencent à être abîmés, les enfants continuent systématiquement à les détériorer. Par exemple, si le revêtement plastique de l'assise d'un fauteuil est percé, alors l'enfant va dans un premier temps agrandir le trou puis peu à peu en sortir la mousse ; si la peinture s'écaille alors l'enfant va chercher à enlever tout ce qui se décolle puis continuera à gratter ; enfin, même si une paroi est endommagée, l'enfant va concentrer ses efforts pour la détériorer davantage, agrandir la fissure en tapant dessus, en la grattant afin d'enlever de petits morceaux de matière.

Quelque soit l'objet ou l'élément spatial concerné, l'enfant agit exactement comme s'il souhaitait en vérifier les limites, la solidité. Nous pourrions ici faire un parallèle entre la manière dont l'enfant présentant des troubles psychiques appréhende son corps et son environnement matériel. L'enfant recherche en permanence sa solidité et ses limites corporelles, il semble intrigué, curieux de sa composition physique.

Aussi, il semble important de soigner la qualité des matériaux mis en œuvre dans un projet de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques car nous pensons que la solidité de l'environnement matériel est un élément sécurisant pour l'enfant, alors que la moindre dégradation semble pour lui préoccupante.

2.4 - FACTEURS DE MATIÈRES / MATÉRIAUX

Ce facteur est directement lié aux matériaux de construction mis en œuvre, aux divers revêtements relatifs aux murs, aux sols et au mobilier présents dans la structure. Tous ces éléments offrent aux usagers une grande diversité de matières et de textures.

a- La recherche de confort

A Echirolles, rappelons tout d'abord que même si les soignants se déplacent pour surveiller les enfants et vérifier que tout se passe bien, leur espace de référence reste l'espace fauteuils. À ce sujet, nous avons pu remarquer que beaucoup d'entre eux s'asseyaient toujours au même endroit, sur le même fauteuil.

Étant donné que la notion de confort est tout à fait subjective et dépend de la perception, du ressenti de chacun et qu'il nous a été possible de questionner les soignants au sujet du choix de leur assise, ce paragraphe les concerne particulièrement, vu l'importance qu'ils accordaient à ce paramètre. Nous pouvons affirmer que chacun d'eux a fait son choix en fonction du confort que leur procuraient les différents fauteuils. Certains préfèrent avoir une assise très raide, pour avoir le dos bien calé, d'autres choisissant une assise plus moelleuse, d'autres encore une assise plus large etc. Les différentes formes des fauteuils ne nous permettent pas de faire abstraction de ce facteur et donc de prendre seulement en considération la matière comme seule raison de leur choix. Pourtant, aux dires des soignants, celle-ci semble être prédominante.

Certains enfants ont eux aussi leur place attitrée, mais en fonction de leur relation avec le personnel soignant, il semble que la situation des fauteuils dans l'espace soit prépondérante. Ainsi, la matière, la texture du fauteuil participe au repère de l'enfant qui est de s'asseoir toujours au même endroit, à côté du même soignant, avec les mêmes sensations, le même champ de vision.

b- La matière pour la recherche de sensation

Très souvent l'enfant sollicite la matière dans une recherche de sensations diverses : kinesthésique, sonore, tactile, visuelle, gustative, parfois même olfactive.

Il est vrai que certaines matières offrent un large potentiel d'action. Nous pouvons citer l'exemple d'une petite fille qui, souvent, colle son front aux réglettes de métal qui protégent les angles saillants de la structure d'Echirolles, se regarde dedans, y pose ses lèvres, sa joue, la sent, parfois même la goûte en caressant le mur avec ses mains.

Les miroirs fascinent aussi beaucoup. L'enfant s'y voit parfaitement, peut jouer avec son image, expérimente son toucher froid (que ce soit avec la langue, les mains, le nez), y laisse des traces, taper dessus pour déformer son image et écouter attentivement les sonorités qui s'en dégagent.

D'autres matières comme celle de la toile du trampoline procurent à l'enfant des sensations kinesthésiques : l'enfant s'y allonge et tapote la toile avec ses mains, son corps vibre et les différentes sonorités qu'il provoque l'intrigue.

Même le simple fait de taper des pieds sur le sol dur, offre à l'enfant des sensations qu'il aime explorer, répéter (répétition dans laquelle, parfois, il s'enferme). A la pataugeoire, l'enfant prend un plaisir immense à expérimenter ces sensations sur le sol mouillé, il s'applique à frapper ses pieds bien à plat sur le sol pour accentuer les clapotis sonores et les sensations que cela lui procure.

À propos des sensations tactiles, nous pourrions penser que cette recherche s'applique prioritairement à des matières granuleuses, rugueuses ou au contraire très douces, c'est-à-dire à des matières qui procurent davantage de sensations. Mais nous pouvons infirmer cet à priori, car nous avons observé que, quelle que soit la matière, qu'elle soit granuleuse, douce, rugueuse ou parfaitement lisse, l'enfant frotte, caresse, tapote de la même manière, avec le même intérêt.

Les situations les plus récurrentes où l'enfant se sert de la matière dans une recherche de sensations sont relatives à des matières assez douces : des coussins, le tissus du canapé, le skaï du fauteuil.

Nos observations nous laissent à penser que lorsque l'enfant frotte, caresse, gratte la matière dans une recherche de sensation, celui-ci se trouve, dans la majeure partie des

cas, en position assise. Lorsque les enfants sont debout, nous avons pu observer certains d'entre eux qui passaient leur main sur la texture granuleuse des murs mais ceci de façon plus exceptionnelle.

Pouvons-nous établir un lien entre la recherche de sensation avec des matières douces et la position assise ? Pouvons-nous penser que l'enfant, en position assise, est moins inquiet quant à son environnement que celui qui reste debout, à l'affût d'éventuels dangers, susceptible de réagir plus rapidement en cas de nécessité et que par conséquent, l'enfant se trouve plus disponible pour une recherche de sensation ?

Tous ces exemples tendent à montrer avec quelle créativité les enfants utilisent, s'approprient, transforment les *affordances* de toutes les matières présentes dans les structures. La moindre matière constitue une fabuleuse ressource à l'action pour l'enfant.

Cette richesse participe au développement de l'enfant, à son éveil. Etant donné la difficulté de cette population d'enfants à avoir une image de sa corporéité comme une unité, il semble que la découverte de ces diverses sensations l'aide à prendre conscience de sa corporéité, à se structurer.

c- Les matières dures

Il semblerait que les enfants les plus régressés aient une préférence pour les matières dures, particulièrement dans les moments difficiles, dans les moments très angoissants. Souvent, nous avons pu les voir trouver refuge contre l'enveloppe spatiale, se coller contre un mur, s'accrocher à la rambarde de bois ou se recroqueviller par terre, autant de configurations qui se caractérisent par un contact avec des matières ou matériaux d'une certaine dureté.

Là encore, nous pouvons avancer l'hypothèse qui tendrait à dire que cette recherche de contact avec des matériaux durs représente non seulement un soutien psychologique comme nous le développerons ultérieurement mais aussi, selon les circonstances, soit un moyen de ressentir son corps, ses limites corporelles, soit, au contraire, de ne faire plus qu'un avec la matière.

d- Le miroir comme modulateur d'ambiance

Le miroir comme nous l'avons vu précédemment offre un large potentiel d'action à l'enfant. Différentes situations montrent que suivant comment l'enfant l'appréhende, le miroir permet de moduler l'ambiance.

Il peut, en effet, permettre à l'enfant de se couper de son environnement, de s'isoler, comme il peut lui permettre de communiquer, de surveiller son entourage. S'il se trouve très proche du miroir, voire en contact avec lui, son champ de vision se limite à sa propre image. Il fait abstraction de son environnement qu'il ne voit pas et auquel il tourne le dos. Dans ce cas, le plus souvent, l'enfant s'enferme en faisant des traces dans la buée qui se forme sur le miroir. À l'inverse si l'enfant se trouve à une certaine distance du miroir, son champ de vision s'élargit et couvre une grande partie de ce qui l'entoure. De nombreuses fois, nous avons pu l'observer en train de communiquer avec son soignant par l'intermédiaire du miroir, lui faire des signes, lui sourire. Même s'il tourne le dos aux personnes qui l'entourent, grâce au potentiel d'action du miroir, il n'en sera pas isolé. Seul l'enfant décide, choisi de faire varier la distance qui le sépare du miroir, d'agrandir son champ de vision ou au contraire de le rétrécir jusqu'à s'isoler visuellement et psychologiquement. Il semble que cela permette aux plus régressés de faciliter les échanges en évitant les regards directs, souvent trop intrusifs, trop difficiles à soutenir tandis que pour les moins malades, ce moyen d'échange semble davantage ludique.

Ce type de situation a pu être observé avec les vitrages selon leurs surfaces, leurs emplacements, les conditions météorologiques et d'éclairement. Cependant, ce matériau offre davantage la possibilité à l'enfant de s'isoler ou d'observer son environnement proche que la possibilité de communiquer avec celui-ci.

Soulignons, ici encore, que le potentiel d'action des matières et matériaux va induire les actions et les comportements des enfants, qui, à leur tour, vont inventer des « arts de faire » particuliers, parfois même surprenants. Les matières et les matériaux ont eux aussi une place importante dans la constitution d'une ambiance située.

Les facteurs de matières et de matériaux ont une incidence sur certains facteurs physiques comme ceux liés à l'acoustique et à la lumière. Suivant les caractéristiques des matériaux mis en oeuvre (réverbérants, absorbants), la qualité acoustique des lieux diffère. De même, les matières et les couleurs font varier les effets lumineux de l'espace : éblouissement, contrastes.

Nous pouvons aussi souligner l'impact de ces facteurs sur des activités ordinaires : une matière glissante permet aux usagers de faire des glissades tandis qu'une matière moelleuse incite plus à s'y lover et à s'y détendre.

Les matières ont une influence telle, que dans certains cas, elles pourraient avoir une incidence au niveau des formes d'occupation de l'espace. Certaines matières très appréciées et localisées dans un espace précis pourraient provoquer le regroupement des enfants et des pratiques. La matière génère et permet des réponses individuelles (s'isoler, se reposer, jouer) mais aussi groupale (se réunir, jouer, regarder un camarade), et donc ouvre à la communication ou, au contraire, à l'isolement.

Ces facteurs ambiants semblent convoquer tous les sens des usagers, soit de façon indépendante soit de façon simultanée.

2.5 - FACTEURS DE COULEURS et D'ELEMENTS DECORATIFS

Même si les couleurs sont plus ou moins présentes dans les différentes structures observées, que ce soit sur les murs, les portes, les encadrements, le mobilier ou les jeux, aucun élément ne nous permet de discuter réellement ce facteur. Les seules fois où les enfants possédant un langage verbal font référence à la couleur sont le temps des repas et, principalement, au sujet des fruits et des crudités. Notons les expressions suivantes : « des carottes orange » ; « elles sont rouges les tomates ; », « jaune » dit encore un enfant en montrant les bananes du doigt. D'autres fois certains enfants nomment simplement les couleurs des vêtements des soignants et lorsque nous les questionnons pour en savoir un peu plus, cela n'aboutit à rien d'autre que des silences ou de brèves réponses comme par exemple « j'aime bien ». **Autant de commentaires soulignant bien le fait que les enfants sont sensibles aux couleurs vives, mais rien qui nous permet de mieux comprendre les significations de la perception qu'ils en ont.**

Il en va de même pour les éléments de décoration. En effet, sur les murs de nos différents terrains, nous pouvons observer soit des affiches représentant des personnages de dessins animés, des animaux, des paysages, des reproductions de tableaux le plus souvent figuratifs et des dessins, peintures ou photos d'enfants pris en charge dans la structure. La seule chose que nous pouvons affirmer est le fait que les enfants y sont très sensibles et que ce type de décoration participe aux repères spatiaux des enfants. En effet, lorsque les enfants arrivent dans la structure et qu'ils font le tour des espaces de vie pour voir si rien n'a changé, les décorations murales suscitent aussi leur attention. Nous pouvons citer l'exemple d'un enfant qui revient à l'hôpital après quelques jours d'absence. Je l'accompagne dans le groupe où est accroché un personnage en carton qui a été réalisé par une soignante pendant son absence. L'enfant entre dans le groupe et, aussitôt, scrute lentement le groupe pour prendre ses marques. Sitôt qu'il découvre le personnage de carton, il s'en approche rapidement. Il semble en colère, ses traits sont tendus, il le bouscule et le fait tomber à terre en disant : « C'est qui ça ? ». Malgré mes explications, l'enfant semble très dérangé par cette nouvelle décoration, d'autant plus que celle-ci représente une personne.

Cependant, il semble que ce soit les photos d'enfants et de soignants de la structure qui suscitent le plus d'intérêt. Nous pouvons ici citer l'exemple d'un enfant qui, parce trop petit pour bien regarder les photos, rapproche régulièrement des petites chaises du mur, grimpe dessus pour pouvoir détailler le pêle-mêle de photos du groupe. Après un moment d'observation, il semble prendre beaucoup de plaisir à se repérer puis à nommer ses camarades et ses soignants. **Nous pensons que les photos représentent premièrement un élément de décoration, deuxièmement une trace, des souvenirs agréables au sein de l'hôpital et troisièmement un support pour se repérer par rapport aux autres, en tant que personne à par entière avec sa corporéité propre, ses attitudes.**

En ce qui concerne les dessins et peintures des enfants, ces derniers ont parfois du mal à les voir exposés aux yeux de tous. Bien souvent, de façon très impulsive, ils les abîment, parfois même les détruisent.

Nous avons eu peu d'occasion d'observer les enfants face à des reproductions de peintures abstraites, cependant de façon intuitive, nous pensons que ce type de décoration peut représenter une ouverture sensible intéressante, chacun d'eux pouvant y voir, imaginer ce que bon lui semble.

Cependant, si nous pensons que l'enfant se comporte de la même manière avec son propre corps et son environnement spatial, cela signifie que ce dernier constitue pour l'enfant une projection de lui-même, et par conséquent de l'attention et du respect que l'institution lui porte. Aussi, il semble capital de soigner particulièrement les lieux d'accueil, leur esthétique. Plus une structure d'accueil sera belle, plus l'enfant la respectera, plus celle-ci lui renverra une bonne image de lui et l'aidera en retour à se respecter.

3 - FACTEURS PHYSIQUES

3.1 - FACTEURS ACOUSTIQUES

Il est important de rappeler ici l'importance des facteurs spatiaux par rapport aux caractéristiques sonores des espaces. En effet, les formes spatiales, les volumes, la présence de mobilier et de matériaux absorbants ou réfléchissants ont une incidence sur la qualité acoustique des espaces[185] (intelligibilité de la parole, réverbération, clarté des sons) et par conséquent sur la perception qu'en ont les usagers.

a- *Affordances* sonores de l'espace

Les espaces de vie d'Echirolles et de la Fondation disposent d'une petite cabane de bois aux caractéristiques acoustiques intérieures intéressantes. En effet, à Echirolles, nous avons mesuré une valeur de Clarté 80 négative (-1,1 dB), ce qui signifie qu'un enfant placé à l'intérieur de la cabane n'entend pas très distinctement les sons extérieurs à ce sous-espace et particulièrement ceux provenant de l'espace fauteuils. Nous avons pu noter que beaucoup d'enfants profitent de ces caractéristiques pour aller y passer un moment, pour s'y isoler.

[185] Pour plus de détail concernant les caractéristiques acoustiques de nos différents terrains, se référer à la description des lieux observés, dans le chapitre 6.2 de la méthode.

En revanche, les caractéristiques acoustiques à l'intérieur de la cabane d'Echirolles et de la Fondation sont tout à fait propices aux échanges internes, l'intelligibilité y est très bonne : l'acoustique est très « sèche », les TR très faibles (0,55 s à Echirolles et 0,4 s à la Fondation), les critères de salles (STI et RASTI) sont bons, compris entre 0,68 et 0,72. Ce sous espace est donc favorable à une discussion, un échange avec un camarade ou encore pour s'enfermer dans un soliloque, une enveloppe sonore. En effet, les productions sonores de (des) enfant(s) à l'intérieur de la cabane masquent totalement l'environnement sonore extérieur à la cabane, configurations souvent recherchées par l'enfant comme le démontrent les conduites mises à jour.

Nous pouvons penser que les configurations acoustiques sont soit en adéquation avec la volonté des usagers, et leurs permettent de s'isoler, de se faire entendre, de discuter, soit au contraire en désaccord. Ces critères acoustiques peuvent donc permettre aux usagers de choisir leur place (psychologique et sociale) dans leur environnement.

b- *Affordances* du paysage sonore

Le paysage sonore des structures observées diffère au cours du temps et peut se caractériser par divers effets sonores. Nous avons pu constater que les enfants se servent des affordances de certains de ces effets que nous développerons ici.

Premièrement, nous pouvons évoquer l'effet d'émergence[186] très souvent observables dans ce type d'institution. L'effet d'émergence, comme son nom l'indique, correspond à des productions sonores qui se détachent du fond sonore.**Nous observons de façon quotidienne le fait que cet effet d'émergence donne lieu à des effets d'enchaînement, de synchronisation, de phonotonie.** Nous pouvons citer l'exemple de deux enfants à Mosaïque. La structure est calme, la plupart des enfants étant en activité, seuls trois enfants sont dans les espaces de vie de la structure. Une enfant joue à la maison de poupée avec une soignante dans le groupe, tandis que A. et L. se trouvent dans l'entrée. Ils sont installés dans les jeux de mousse, immobiles. L. pousse un cri bref mais de forte intensité, puis un autre quelque instant après. A son tour A. en pousse un,

[186] Tous les effets sonores cités renvoient aux différents effets sonores répertoriés au CRESSON. Cf. en particulier : AUGOYARD Jean-François, TORGUE Henry. *A l'écoute de l'environnement. Répertoire des effets sonores*. Marseille : Parenthèses, 1995.
Pour la définition des effets présents dans le corps de texte se référer en annexe de ce document.

plus long et plus grave. L. enchaîne sans traîner en faisant varier l'intensité, la longueur et les tonalités de ses cris[187]. Et ainsi de suite, jusqu'à en arriver à une cacophonie indescriptible qui se transforme rapidement en jeu de bataille où les enfants courent dans les couloirs. De même, mais dans un autre registre, nous pouvons évoquer le départ des enfants à Echirolles. Après le repas de midi, les enfants ont joué un moment mais il est environ 13 h 30, les chauffeurs de taxis ne vont pas tarder à venir chercher les enfants du matin si bien que les soignants les ont réunis dans l'espace commun. Le premier coup de sonnette signalant l'arrivée d'un chauffeur met en effervescence les enfants les plus agités tant par leur départ que par leurs jeux avec leurs camarades.

L'effet d'émergence provoque chez l'enfant un regain d'activité sonore parfois même motrice et induit à son tour des émergences sonores.

Deuxièmement, pour communiquer l'enfant se sert très souvent de l'effet de créneau, en ce sens qu'il attend le moment propice, une baisse d'intensité de son environnement sonore ou même un silence pour s'exprimer de façon plus ou moins sonore en fonction de son environnement sonore. Faisons référence ici à un exemple à la Fondation Vallée pour illustrer nos propos. Quatre enfants et une soignante sont dans le groupe. A. va et vient dans le groupe, son regard oscille d'un jouet à l'autre sans jamais réellement se poser sur quelque chose. La soignante lit une histoire, installée sur le canapé, entourée des trois filles très attentives. Le groupe est calme, les paroles de la soignante forment un fond sonore homogène animé, de temps à autre, par une accélération du débit ou quelques intonations insistantes. Un moment après A. regarde ses camarades et sa soignante assises, s'installe à côté d'elle et profite d'un silence pour crier sans discontinu des sons « cho, cho, cho », jusqu'à ce que sa soignante lui réponde « *Oui, A. je sais que tu es là* ».

De nombreux exemples illustrent nos propos mais nous nous limiterons à un autre extrêmement récurrent dans les trois structures étudiées. Souvent, à l'arrivée des enfants dans la structure ou à un moment d'agitation, alors que les niveaux sonores sont relativement importants (compris entre 65 et 75 dB (A), l'activité sonore est très diversifiée : productions sonores des enfants et des soignants de diverse nature, déplacement de mobilier, pas sur le sol ; d'où un effet de métabole. Cependant, de temps à autre, sans que cela ne soit explicable, l'agitation et l'intensité sonore chutent

[187] De telles situations ont été parfaitement analysées par DELALANDE, François et *alii*. *L'enfant du sonore au musical*. Paris : Buchet-Chastel, 1982.

un instant pour à nouveau atteindre son plus haut niveau quelques instants après et ainsi de suite. **Beaucoup d'enfants, qu'ils soient plus ou moins régressés, qu'ils possèdent un langage verbal ou pas, se servent de ce moment de créneau pour se manifester de façon sonore[188].**

Les qualités acoustiques du site, comme nous venons de le préciser, semblent avoir une incidence importante sur des facteurs sociaux comme la forme d'occupation, les activités usagères, et par conséquent sur la motricité, la dynamique de l'ambiance et, par la même, sur le comportement des usagers. Par exemple, un espace très sonore et confus participe à l'agitation motrice des usagers qui utilisent en retour les affordances de l'espace pour ajuster leur comportement.

Le sens de l'ouïe et la perception que l'individu a de la dimension sonore est directement impliqué dans ce phénomène.

Nous pouvons aussi avancer l'hypothèse que les aspects kinesthésiques sont la source de vibrations susceptibles d'exciter l'oreille interne et de provoquer des sensations corporelles. Nous pouvons ici faire référence à des malentendants, qui, malgré leur handicap, dansent au rythme d'une musique.

3.2 - FACTEURS LUMINEUX

Il s'agit de la lumière dans les locaux des structures d'un point de vue quantitatif et qualitatif, qu'elle soit naturelle ou artificielle[189].

Parfois, suivant l'exposition des espaces de vie, la saison et les conditions météorologiques, les conditions d'éclairement varient considérablement et donc colorent différemment les espaces de vie des structures. Pourtant, ces variations ne semblent pas avoir de répercussions importantes sur le comportement des enfants. Seuls les soignants formulent verbalement la grisaille des structures par mauvais temps.

[188] Cf. les situations de crèche décrites par BUSTARRET, Anne. *L'oreille tendre*. Paris : Les éditions ouvrières, 1982, chapitre II.

[189] Pour plus de détails concernant les caractéristiques lumineuses des différents espaces observés, se référer à la description des lieux observés, dans le chapitre 6.2 de la méthode et aux annexes de ce document.

a- Le confort de la lumière naturelle

Contrairement à des journées de forts contrastes lumineux, comme nous l'aborderons plus loin dans le paragraphe « les jeux de lumière », lorsque les conditions d'éclairement des espaces de vie sont homogènes, que le soleil ne pénètre pas largement dans les locaux, il nous a été très difficile de relever l'incidence de ce facteur physique sur le comportement et sur les activités des usagers.

En effet, dans de telles conditions lumineuses, il semble qu'un seul type d'activités ait pu être observé à proximité des ouvertures : celles nécessitant un confort visuel, comme le dessin ou la lecture. Pour le dessin et ce, quelle que soit la structure, lorsque l'enfant s'installe autour d'une table, l'espace aménagé conditionne son emplacement. Cependant, nous avons pu observer certains d'entre eux s'installer dans un premier temps dos au soleil, puis un instant après se tourner pour se mettre de côté par rapport au soleil. Il est certes difficile d'affirmer que seules les conditions d'éclairement ont motivé le déplacement de l'enfant, cependant nous pensons qu'il a certainement joué un rôle. Par rapport à la lecture, l'importance des conditions d'éclairement semble plus éloquente. A Echirolles par exemple, lorsque l'enfant vient s'installer sur les fauteuils pour regarder un livre, il dispose d'un large choix d'emplacement, mais, très souvent, nous avons pu observer que certains, lorsque l'espace ne bénéficiait pas d'une grande luminosité, s'installaient sur les fauteuils proches de la baie.

Dans les différentes structures, les autres activités situées à proximité des ouvertures ont lieu indifféremment que ce soit par temps couvert, par beau temps ou par temps ensoleillé (s'isoler face à la baie vitrée, le regard perdu dans le paysage extérieur, s'allonger sur le trampoline ou sur le sol, se poster dans l'angle de la baie et du mur etc.). Il semble donc qu'elles soient davantage liées à la relation « dedans / dehors », au rapport direct avec le paysage extérieur qu'offrent ces espaces.

Le facteur lumineux semble parfois jouer un rôle déterminant par rapport à l'emplacement et l'effectuation de certaines activités. Les espaces contigus aux baies vitrées, très éclairés nous apparaissent comme privilégiés, pour un confort visuel et par conséquent pour des activités qui le nécessitent.

b- Les « cachettes »

Les zones d'ombres (luminance <40 cd/m² environ) jouent un rôle important pour les enfants. Il semble que beaucoup d'entre eux pensent que se trouver dans une zone de faible éclairement permet de rester discret, voire même, de ne pas être visible des autres personnes de la structure.

A Echirolles, l'exemple d'un enfant qui observe d'autres personnes illustre parfaitement cette idée. Un enfant est seul dans les couloirs de la structure tandis que ses camarades et les soignants se trouvent dans l'espace commun. Au bout d'un moment, il se rapproche doucement afin d'apercevoir ce qui se passe. Ses pas sont hésitants, ses déplacements lents, son dos est collé au mur, son ouïe et sa vue semblent être attentives à son environnement. Il progresse doucement et a maintenant dépassé le mur de l'espace commun. Il s'avance le plus loin possible mais sans jamais dépasser la zone d'ombre sur le mur du couloir. L'enfant penche son corps en gardant toujours son dos collé au mur, tire son visage en avant afin d'augmenter son champ de vision et de mieux voir ce que font ses camarades (Cf. Plan de situation et croquis frontal ci-après). Même si ce type de situation n'a pu être observé que deux fois au cours de nos temps d'observations et ne concerne qu'un enfant, il nous apparaît extrêmement intéressant.

Plan de situation

Même chose pour une enfant qui, depuis le couloir, désire observer ce qui se passe dans une pièce fermée : elle éteint la lumière du couloir, comme si ces conditions lumineuses lui permettaient d'être plus discrète. Ainsi, du couloir sombre, une lame de lumière se dessine en dessous de la porte, ainsi qu'un point lumineux au niveau de la serrure. Ces zones lumineuses attirent et guident le regard de l'observatrice.

Nous pouvons penser ici que le facteur lumineux est susceptible d'avoir une incidence sur le choix de l'emplacement d'un individu dans l'espace et par rapport aux autres. Il semble que les zones d'ombres donnent le sentiment à l'enfant qu'il n'est pas mis en scène, mais bien au contraire qu'il se fait discret, peut-être même protégé des autres.

Nous avançons ici l'hypothèse que le facteur lumineux peut avoir, dans certaines situations, un rôle social. En effet, le premier exemple cité semble souligner le fait que l'enfant ne veuille pas franchir la zone d'ombre pour rester en dehors du groupe (formé des soignants et de ses camarades), comme si, en s'avançant vers la zone éclairée, il ferait vraiment partie du groupe et n'aurait plus de recul par rapport à la situation, ne serait plus dans une situation d'observateur.

A l'inverse, pouvons nous penser que les zones fortement éclairées peuvent être appréhendées comme des zones où l'enfant se met en scène, accepte le regard des autres et les échanges sociaux ? Par conséquent, ne pouvons-nous pas avancer l'hypothèse que le facteur lumineux détermine aussi la nature d'un espace ?

c- Les jeux de lumières

A Echirolles et à Mosaïque, lorsque les conditions d'éclairement des espaces de vie donnent naissance à de forts contrastes (Luminance > 5000 cd/m^2) et lorsque nous observons un effet de découpe[190] sur le sol, nous avons pu relever de nombreux jeux de la part des enfants : des jeux avec les ombres de leur corps sur le sol qui se déforment lorsqu'elles rencontrent une paroi verticale, jeux avec les ombres de leurs mains, avec les reflets d'un objet réfléchissant, avec les zones d'ombres ou de lumières qui se

[190] Cf. les différents effets lumineux répertoriés au CRESSON. Cf. en particulier CHELKOFF, Grégoire et *alii*. *Les mises en vue de l'espace public*. Grenoble : CRESSON, 1992.
Pour les définitions des effets lumineux cités dans le texte, se référer aux annexes de ce document.

découpent sur le sol et sur lesquelles l'enfant s'applique à marcher etc. Ces jeux n'ont pas été observés à la Fondation Vallée certainement à cause de l'orientation Ouest de la façade principale du groupe de vie, sachant que peu d'enfants y sont présents les après-midi (activités, jeux dans la cour).

Outre l'animation et la reconstruction de l'espace auxquels ils participent, tous ces événements lumineux et visuels suscitent un vif intérêt chez les enfants, voire même une certaine fascination : les gestes sont lents, appliqués, le visage intrigué, le regard est concentré, les productions sonores sont de faible intensité, comme si l'enfant était tout entier à son activité visuelle et gestuelle.

d- La lumière comme sensation visuelle

Contrairement à ce que nous pensions avant de nous intéresser aux caractéristiques des éclairages artificiels de nos différents terrains, aucun effet stroboscopique ou de papillotement des lampes n'a été relevé et donc ne peut justifier, induire ou encore influencer le comportement des enfants, que ce soit d'une façon négative ou positive. Par contre, lorsque les enfants jouent à éteindre puis à rallumer la lumière de manière répétitive et rapprochée, nous pouvons penser que c'est ici dans une recherche d'effet stroboscopique et donc de sensations visuelles.

De façon extrêmement régulière, nous avons pu observer les enfants accrocher leurs regards aux éclairages artificiels et aux raies de lumière (Luminance > 5000 cd/m^2) dans la recherche de sensations visuelles que procurent une forte intensité lumineuse et un éblouissement. Nous pouvons évoquer un enfant qui, en hiver lorsque les conditions le permettent, presque quotidiennement, penche sa tête en avant et relève ses yeux pour regarder les néons des éclairages artificiels ou, en été, un rayon de soleil par-dessus ses lunettes, et qui oscille doucement la tête d'un côté à l'autre, de façon extrêmement isochrone.

De façon plus générale, nous pouvons souligner le fait que les effets d'éblouissements, d'émergence, de clignotement ont un effet d'attraction, voire de focalisation sur les enfants. Nous pouvons évoquer l'effet de clignotement, qui a pu être observé uniquement en période de fête à la Fondation Vallée, lorsque le groupe décorait son arbre de noël de guirlandes lumineuses. Les petites ampoules de couleurs clignotant de

façon régulière ont attiré de nombreux enfants et particulièrement l'un d'entre eux qui passait de longs moments à les observer, les toucher, les approcher de ses yeux.

De la même manière que la lumière naturelle, la lumière artificielle joue un rôle important au niveau des sensations visuelles. Ces dernières semblent très recherchées par l'enfant parce que propices à l'isolement. L'enfant perd son regard dans la lumière éblouissante d'un néon, dans un rai de lumière, joue de tous les effets lumineux.

Dans le cadre de la lumière artificielle, l'enfant peut, aussi bien jouer avec les zones d'ombres et de lumières, la source lumineuse elle même et l'interrupteur, ce qui représente pour lui une importante liberté d'action.

e- Paradoxe des zones d'ombres… entre invitation et peur

La lumière artificielle est un facteur important, ne serait-ce que parce qu'elle offre la possibilité aux enfants de gérer eux-mêmes les conditions d'éclairement d'un espace. A Echirolles, les couloirs, ne bénéficiant d'aucun éclairage naturel, nous ont permis d'observer leurs comportements dans un espace sombre (luminances de l'espace comprises entre 1.08 et 0.038 cd/m^2). Il a été très fréquent, sinon quotidien, d'observer les enfants s'amuser avec l'éclairage artificiel de ces espaces de circulation. Le fait d'éteindre la lumière est un facteur d'excitation : le visage est souriant parfois même hilare, le corps est tendu, les gestes impulsifs, le regard à l'affût des soignants qui viennent mettre fin à ces jeux quand ils durent trop longtemps. Deux cas de figures sont à relever, soit les enfants sont en groupe soit l'enfant est isolé.

Premièrement, souvent, quand les enfants se regroupent au fond des couloirs, ils s'amusent à éteindre, puis à éclairer à nouveau et ainsi de suite, ce qui donne lieu à des cris, à diverses productions sonores de fortes intensités et à une certaine agitation motrice traduisant parfaitement leur état d'excitation. Le fait de se trouver dans un espace sombre, permet d'augmenter la sensation d'isolement (redéfinition et recomposition d'un espace) et augmente l'excitation de se trouver tous ensemble loin des soignants : un espace sombre inquiète l'enfant mais procure des sensations.

Deuxièmement, lorsque nous observons des enfants seuls dans les couloirs éteints de la structure, ce sont uniquement des enfants en situation d'isolement. De plus, chaque

matin, le ou les premier(s) enfant(s) qui pénètre(nt) dans les couloirs, encore éteints, allume(nt) la lumière avant de s'y aventurer. Ces exemples soulignent bien la volonté de l'enfant de se trouver dans un espace éclairé et sécurisant. Ainsi, les jeux des enfants qui consistent à éteindre les éclairages, sources de sensations, sont effectués uniquement en groupe avec un minimum de deux enfants mais jamais par un seul.

La lumière artificielle est un facteur important, tout d'abord d'un point de vue matériel, ne serait-ce que parce qu'elle offre la possibilité aux enfants de gérer eux mêmes les conditions d'éclairement d'un espace. Ils ont ainsi la possibilité d'agir et modifient l'ambiance par leurs actions. Des variateurs de lumière augmenteraient davantage la liberté d'action des usagers et permettraient de mieux adapter les conditions d'éclairement en fonction de leurs besoins, de leurs souhaits.

Mais ensuite, d'un point de vue de la perception usagère, les différents exemples abordés montrent bien le lien qui existe entre l'éclairement d'un espace et le sentiment de sécurité ou d'insécurité qu'il engendre chez les usagers.

Un espace sombre est source de paradoxe : il est inquiétant mais à la fois attirant parce que susceptible de procurer des sensations à l'enfant.

De plus, de nombreuses fois, nous avons observé des enfants allumer la lumière sans réelles raisons apparentes en égard aux conditions d'éclairement, aussi pouvons-nous penser que le fait d'éteindre et d'allumer serait un moyen de rompre avec une situation et donc avec un état, de passer à autre chose, de rompre le temps, le rythme ?

f- Prise de repères temporels

Le plus souvent relativement homogènes, les conditions d'éclairement des espaces de vie au cours de la journée en rapport avec les conduites des enfants nous apportent peu d'éléments concernant les prises de repère par rapport au temps qui passe.

La course du soleil, l'évolution des zones d'ombres et de lumières au cours de la journée et des saisons participent-elles à une prise de repère temporel pour l'enfant ? Constituent-elles une source d'information sur le rythme des journées ? Qu'en est-il du rapport de l'intérieur des locaux avec l'extérieur, de la végétation présente dans la cour ou le jardin ?

Même si nos observations ne nous renseignent pas davantage, nous pensons que ce sont autant d'éléments susceptibles premièrement, d'alimenter les prises de repères temporels des enfants et deuxièmement, dans le cas où ces derniers seraient trop en difficulté, de constituer un support important pour les soignants pour aider les enfants dans leur quête de prise de repère. Nous pouvons imaginer une multitude d'informations, comme « lorsque l'arbre sera à l'ombre, tes parents viendront bientôt te chercher », « les arbres ont perdu leurs feuilles, c'est pour ça qu'il fait froid », « oui, nous sommes bien l'après-midi, d'abord nous avons déjà pris notre repas et en plus le soleil est à l'ouest, il entre largement dans le groupe »[191].

Le facteur lumineux joue un rôle important au niveau des formes spatiales. Il participe à leur animation (évolution de l'éclairage naturel au cours du temps, effet de découpe : zones d'ombres et de lumières, rythmes créés par les éclairages artificiels). Il joue un rôle déterminant dans la perception que les usagers ont de l'espace. Par conséquent nous pouvons souligner l'incidence qu'il peut avoir sur certains facteurs sociaux : les activités (lecture, isolement, jeux) et les formes d'occupation de l'espace.

Enfin, nous pouvons insister sur l'importance de la lumière dans ces aspects sensibles, principalement d'un point de vue visuel, par les effets qu'elle produit, mais aussi par le toucher et l'incidence qu'elle a sur les matières et les matériaux (mise en relief d'une matière granuleuse, brillance d'une matière lisse) et la motricité (par les effets de perspectives qu'elle souligne, les raies et damiers qu'elle dessine au sol).

Intuitivement, nous pensons que ce facteur est susceptible d'avoir aussi un lien avec le gustatif à partir du moment où la lumière anime les espaces, les matières, les matériaux et que les enfants sont à la recherche de nouvelles sensations.

Par exemple, nous pensons que le fait que la lumière met en relief l'aspect granuleux d'une matière peut inciter l'enfant à venir la goûter.

[191] Sur ce rôle de donneur de temps lumineux en situation clinique, nous pouvons nous référer à la contribution de DENIS, J.B.*Lumière et sentiment d'insécurité : l'éclairage de la psychologie clinique*. *In* AUGOYARD, J.F. (dir.) *Séminaire Lumière et sentiment d'insécurité*. Grenoble CRESSON, 1990.

3.3 - FACTEURS THERMIQUES

Rares sont les observations permettant d'aborder l'incidence de ce facteur sur les enfants, seules quelques anecdotes nous sont apparues pertinentes, à relever. Précisons qu'à l'intérieur des locaux de nos trois terrains d'observations, les températures étaient tempérées et constantes.

a- La chaleur comme source de bien-être

A Echirolles, lorsqu'il fait beau et que le soleil pénètre dans la structure, les fauteuils situés contre la baie vitrée de l'espace fauteuils, sont prioritairement investis par les soignants. En ce qui concerne les enfants, certains se dirigent également vers ces places bien ensoleillées. Nous avons pu discuter avec l'un d'entre eux possédant un langage verbal et celui-ci nous a expliqué que c'était agréable de se faire chauffer le dos au soleil.

Un autre exemple très éloquent est celui d'une petite fille assise proche de la baie vitrée. Nous sommes au printemps, il fait très beau et le soleil pénètre dans la structure. Elle est assise sur un fauteuil dont une partie est exposée au soleil depuis un moment déjà. Elle y pose la paume de sa main, bien à plat et la regarde. Elle est détendue. Il semble que l'expression de son visage traduise de la surprise. Puis un instant après, elle la retire pour y poser son autre main. Sa position n'est pas confortable, elle doit faire pivoter son buste de manière à pouvoir à nouveau mettre sa main bien à plat. Et à nouveau elle y place son autre main. Ce type de situation a été observé dans nos différents terrains d'observations et avec des matériaux différents : vitrage, revêtement plastique du matelas, plateau de table et revêtement de sol en PVC.

Aussi nous pouvons souligner le plaisir que les enfants éprouvent par rapport à la sensation de chaleur douce.

b- La chaleur comme source de sensation

Mosaïque dispose d'un chauffage par le sol, ce qui peut participer au fait que nous y avons observer davantage d'enfants jouer à même le sol que dans les autres structures,

Echirolles et la Fondation Vallée disposent d'un chauffage individuel et par conséquent de radiateurs en fonte. Lorsque ces derniers sont en service, il a été fréquent d'observer des enfants s'y adosser, s'y appuyer, y poser leurs mains. A l'inverse lorsque les radiateurs sont éteints, ces gestes ne sont plus observables, sauf pour un radiateur à Echirolles où régulièrement un enfant s'appuie mais cela semble dû à sa position dans l'espace comme nous l'avons abordé dans la conduite « se poster ». Par conséquent nous pouvons ici avancer le fait que les enfants ne sont pas indifférents à la chaleur. Mais, la plupart du temps, il a été difficile d'interpréter si ces gestes étaient réalisés dans une quête de bien-être ou de recherche de sensation. Pourtant, à la Fondation Vallée, un certain nombre de situations nous permet d'affirmer que certains enfants sollicitent les sources de la chaleur dans une recherche de sensation. En effet, nous pouvons évoquer l'exemple d'un enfant qui en est particulièrement friand.

Nous sommes à la fin du mois de novembre, les températures sont fraîches. Les radiateurs du groupe de vie sont allumés. Au toucher, ils sont si chauds, qu'il nous est impossible d'y laisser notre main plus de quelques secondes. Pourtant, à diverses reprises nous avons pu observer cet enfant assis ou les deux mains bien à plat sur le radiateur, immobile pendant de nombreuses minutes (au minimum 5 minutes et parfois bien plus) sans que la chaleur semble l'indisposer : l'enfant semble absent, son regard est perdu dans le vide ou absorbé par ses mains posées sur le radiateur, il semble détendu. Lorsque nous lui expliquons que le radiateur est trop chaud et qu'il risque de se brûler, il ne semble pas nous entendre. Le même type de situation a pu être observé avec de l'eau chaude. En effet, l'enfant se dirige régulièrement vers le lavabo situé au fond du groupe, ouvre le robinet d'eau chaude et met ses deux mains sous le jet. Encore une fois, l'eau est tellement chaude, que nous ne parvenons pas à y maintenir nos mains, et que nous sommes toujours inquiets pour l'enfant qui reste imperturbable : son visage est apaisé, ses traits, son corps semblent détendus, ses yeux regardent attentivement ses mains qui oscillent doucement sous l'eau. Il y a de la pression, une quantité de bulles blanches coulent sur sa peau noire, une musique régulière se fait entendre. L'enfant semble totalement absorbé par son activité. Dans les premières minutes, le temps que l'eau chaude parvienne au robinet, nous ne savons pas si l'enfant a réellement conscience de commander l'arrivée d'eau chaude, mais nous constatons que lorsque nous rajoutons de l'eau froide de peur qu'il ne se brûle, l'enfant écarte

systématiquement notre main et ferme le robinet d'eau froide. Après quelques minutes, trop inquiet et non sans mal, nous mettons fin à son activité.

Il faut souligner que ces situations n'ont été observées qu'avec un seul enfant ; cependant, nous les relevons car elles peuvent nous permettre d'avancer un certain nombre d'hypothèses. Il est vrai que la situation concernant l'eau chaude convoque un certain nombre de modalités sensibles : premièrement le toucher par rapport à sa chaleur et à sa texture, deuxièmement la vue par rapport à son écoulement et à son effervescence liée à la pression et, troisièmement, l'ouïe par rapport à l'enveloppe sonore, à l'effet de bourdon qu'elle est susceptible de créer. Cette diversité sensorielle souligne le fait qu'ici la chaleur n'est pas le seul facteur convoqué mais participe pleinement à la recherche de sensation de l'enfant. A l'inverse, lorsque l'enfant est en contact avec le radiateur, la chaleur semble le facteur prépondérant de sa recherche de sensation.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que certains enfants affectionnent particulièrement les températures extrêmement chaudes pour une recherche d'hyperstimulation sensorielle, pour éprouver, vérifier leurs limites corporelles. Mais pouvons-nous penser que l'enfant souffre réellement de la chaleur même si rien dans ses expressions, ses gestes ou ses attitudes ne semble traduire une quelconque souffrance physique et par conséquent pouvons-nous penser qu'il met aussi à l'épreuve ses limites à la douleur physique ?

c- Le froid comme recherche de sensation

En automne ou en hiver, lorsque les températures extérieures sont froides et que tous les adultes, bien couverts, ont du mal à rester dehors, nous avons pu observer de façon quotidienne des enfants très peu couverts dans la cour, qu'ils soient en mouvement ou immobiles. Cependant, ce type de situations se présente dans de nombreuses écoles, centres aérés etc. et nous entendons trop fréquemment dire que les enfants n'ont jamais froid pour pouvoir en tirer des conclusions.

Cependant, le fait d'assister à l'activité pataugeoire nous a permis de relever quelques situations intéressantes. De la même manière que précédemment avec l'eau chaude, ce même enfant se sert de l'eau froide dans une recherche de sensation. Systématiquement, à chaque activité pataugeoire, cet enfant se douche à l'eau glaciale. Sans aucune

précaution, ni progression, l'enfant dirige le pommeau d'eau froide sur sa tête et y reste jusqu'à ce qu'un soignant l'en enlève. Il est encore une fois imperturbable : debout, le corps détendu, le visage apaisé, il penche sa tête légèrement en arrière et ferme les yeux. Il tient le pommeau d'une main et replie son autre bras vers l'arrivée d'eau. A aucun moment il ne tressaille ni ne grelotte ; à l'inverse, il semble prendre un plaisir infini. Lors d'une des séances, l'eau du jacuzzi était tellement froide qu'aucun adulte ni aucun enfant ne pouvait s'y immerger totalement ou y stationner plus de quelques instants. Seul cet enfant y est entré sans aucune hésitation, s'y est immergé exactement comme les autres fois, où l'eau était chaude et il y est resté jusqu'à ce que les soignants soient venus le chercher. Assis sur la banquette, immobile, sans même aucun balancement de tête ou de gestes répétitifs, il penche légèrement sa tête en arrière de manière à ce que sa bouche ne soit pas totalement immergée, ses yeux sont fermés, son visage est serein ; un sourire est presque lisible sur ses lèvres et souligne à quel point il profite du moment.

De la même manière que les températures chaudes, les températures froides représentent une source de stimulation sensorielle, kinesthésique pour l'enfant ainsi qu'un moyen d'éprouver sa corporéité.

Le facteur thermique semble avoir une incidence sur les activités usagères, ne serait-ce que par le bien être que peut apporter aux usagers une température ambiante appropriée. De plus nous avons eu l'occasion d'observer les sensations que pouvaient rechercher un enfant auprès des températures extrêmes qu'elles soient froides ou chaudes. Par conséquent nous avançons que ce facteur peut être déterminant pour le facteur de forme d'occupation de l'espace (regroupement autour d'un radiateur, d'une zone d'ombre).

En ce qui concerne les facteurs sensibles, nous pensons que les conditions thermiques d'un espace peuvent avoir une incidence sur la motricité (une température trop élevée ou trop fraîche peut inciter les enfants à rester inactifs) et le tactile (matériaux, surfaces chaudes ou froides pour de nouvelles sensations).

Même si nos observations, ne nous permettent pas d'étayer nos propos, nous pensons que le facteur thermique a une incidence sur l'odorat et le kinesthésique : une pièce surchauffée accentue, par exemple, une mauvaise odeur tandis qu'une pièce trop froide va procurer aux usagers des sensations kinesthésiques, des frissonnements.

3.4 - FACTEUR METEOROLOGIQUE

Ce facteur s'attache aux conditions climatiques extérieures.

Au cours de nos observations, nous avons relevé de la part des enfants possédant un langage verbal de nombreuses réflexions au sujet des conditions météorologiques, réflexions qui ont affirmé la sensibilité des enfants pour ce facteur, particulièrement pour le mauvais temps et la pluie : « *Aujourd'hui, il fait moins beau qu'hier* », « *Tu crois qu'il va pleuvoir ?* », « *J'en ai marre de la pluie* » etc. Mais, certaines fois, il semble difficile de savoir si c'est réellement le temps qui les intéresse, la crainte de ne plus pouvoir accéder aux espaces extérieurs ou encore l'événement provoqué par un changement météorologique comme par exemple celui de la neige qui les enchante. Cependant, il semble que l'influence des conditions météorologiques sur les usagers de la structure s'établisse principalement par rapport aux possibilités qu'elles leurs offrent. En effet, cela conditionne le fait que les enfants puissent sortir dans la cour ou le jardin ou qu'ils soient tenus de rester à l'intérieur des locaux. La plupart du temps, la pluie provoque beaucoup d'agitation et plus particulièrement dans l'hôpital de la Fondation Vallée et de Mosaïque. En effet, dans ces deux structures, quelque soit la saison, les enfants passent de longs moments dans la cour ou le jardin. Lorsque les températures sont froides, les soignants veillent simplement à ce que les enfants sortent couverts. A la Fondation, les seuls moments où les soignants demandent aux enfants de rester à l'intérieur sont pendant les temps d'accueil, soit le premier quart d'heure environ. A l'inverse, à Echirolles, l'accès au jardin n'est pas systématique mais contrôlé ; les enfants sont tenus de demander la permission à leur référent. Par conséquent lorsqu'il pleut, les habitudes des enfants ne semblent pas bousculées. Dans les deux autres structures, nous pouvons affirmer que les enfants souffrent de l'impossibilité de sortir. Cependant, nous pensons que le manque de liberté d'action qu'impose la pluie n'est pas la seule hypothèse à avancer pour expliquer l'agitation des enfants. Il est clair que les conditions météorologiques ont une conséquence sur les habitudes quelles qu'elles soient. Premièrement, comme nous venons de le voir, sur la liberté d'action, c'est le fait d'avoir l'habitude de sortir quand bon leur semble. Cependant, quotidiennement, lorsque les conditions météo sont bonnes, certains enfants restent à l'intérieur des locaux et ne profitent pas de la cour ou du jardin. Pourtant lorsqu'il pleut, ils font partie des enfants les plus perturbés du fait de l'interdiction de sortir. La densité de population

dans le groupe, le fait que dans ces situations tous les enfants soient présents, perturbe ceux qui ont l'habitude de rester dans le groupe en présence de peu de personnes.

Aussi, à partir du moment où les conditions météorologiques perturbent les habitudes, elles sont à l'origine de l'agitation des enfants. En référence à nos observations, nous pouvons affirmer que la pluie et le fait que les enfants soient contraints de rester à l'intérieur catalysent l'agitation des enfants. Aussi, nous sommes convaincus que si les enfants bénéficiaient d'espaces extérieurs protégés leurs permettant de sortir quelles que soient les conditions météorologiques, celles-ci auraient moins d'emprise sur les enfants et le bon déroulement de leur quotidien.

Comme nous venons de le souligner, le facteur météorologique, proche du facteur thermique, a des conséquences sur les facteurs sociaux : les activités usagères, les formes d'occupation, la densité de population.

Il a d'abord une incidence directe sur les facteurs physiques comme le thermique, l'aéraulique et la lumière : en fonction des conditions météorologiques, la quantité et la qualité de la lumière présente dans l'espace étudié varie, les baies sont susceptibles de rester ouvertes ou fermées, le soleil réchauffe les locaux etc. De plus, nous pensons que ce facteur a une incidence sur la perception des matières et matériaux qu'ont les usagers, sur les sensations du toucher (le froid et le chaud). Une même matière, un même matériau varie physiquement, thermiquement, change de couleur, d'aspect visuel selon le temps qu'il fait et sera donc perçu différemment, délaissé ou au contraire apprécié par l'usager. Sa perception et ses repères dans l'espace peuvent en être modifiés.

Enfin, la météorologie semble être en étroite relation avec les facteurs sensibles. Par exemple, de bonnes conditions météo permettront des activités extérieures et favoriseront la motricité (activités motrices plus libres et plus variées en extérieur) et pourront convoquer le sens du toucher par la sensation de chaleur, le sens de l'odorat par la végétation, le sens de la vue par les contrastes lumineux. A l'inverse, le mauvais temps ne permettant pas l'ouverture des baies et, par conséquent, l'aération des locaux aura une incidence sur les odeurs.

3.5 - FACTEUR AERAULIQUE

Quelle que soit la structure, par beau temps, les soignants ont tendance à aérer les espaces de vie en laissant une fenêtre ou une baie ouverte. Cependant, il a été rare de percevoir la présence de courants d'air, qu'ils soient frais ou chauds, et par conséquent de pouvoir observer le comportement des enfants en relation avec ce facteur. Toutefois, comme précédemment, nous pouvons émettre l'hypothèse que ce facteur participe au fait que la plupart du temps les enfants sont irrésistiblement attirés par les ouvertures quelles qu'elles soient, qu'une fenêtre soit largement ouverte ou simplement entrouverte.

De même que le facteur thermique, le facteur aéraulique peut avoir une incidence sur les activités, les formes d'occupation des usagers, ainsi que sur certains facteurs sensibles comme l'odorat (parfums provenant de l'extérieur par une fenêtre ouverte), la motricité et le kinesthésique.

4 - F A C T E U R S S E N S I B L E S

4.1 - FACTEURS VISUELS

La vue est un sens qui nous renseigne particulièrement sur les rapports que l'enfant entretient avec son environnement, quel qu'il soit. Ce facteur est facilement appréhensible dans toutes les configurations sensibles relevées : il est simple de voir si l'enfant accepte son environnement visuel ou s'il s'efforce d'en faire abstraction.

a- Le regard comme intrusif

Nous avons pu relever que, pour ces enfants, le regard était souvent chargé d'angoisse, lié à un fantasme d'intrusion. Nous connaissons une grande quantité d'expressions

imagées concernant le regard : « dévorer des yeux », « déshabiller du regard », « si ses yeux étaient des pistolets », etc. pour comprendre que certaines fois nous pouvons percevoir le regard de l'autre comme pénétrant, perçant, pouvant menacer notre intimité, notre enveloppe corporelle. Mais, un individu dont le Moi est structuré connaît les limites de ces expressions. Or, les enfants pris en charge dans les structures de jour qui ont fait l'objet de ce travail, semblent parfois vivre les regards comme de véritables agressions physiques et psychiques. En effet, suivant la distance[192] qui sépare l'enfant d'une autre personne, le regard est accepté, soutenu ou refusé. Jusqu'à une distance de séparation d'environ 1m (moyenne car variable selon les enfants et le contexte de l'interaction), le regard est présent, parfois très attentif, fixé sur la personne concernée comme pour vérifier, surveiller sa réaction, l'éventuel danger auquel pourrait donner naissance ce rapprochement. En deçà de cette moyenne, l'enfant éprouve une grande difficulté à adresser un regard à une personne que celle-ci le regarde ou pas.

Ainsi, nous avons pu constater, qu'il élabore différents moyens de défense qui lui permettent de gérer les rapports qu'il entretient avec son environnement. Certains enfants vont observer la personne les yeux cachés derrière leurs mains en éventail, ou leur bras replié autour de leur visage, d'autres vont systématiquement éviter le regard de l'autre, fermer les yeux afin d'apaiser leur angoisse d'intrusion, d'autres encore vont perdre leur regard dans le vague, en arrière plan, le fixer sur une personne rassurante comme le soignant ou sur n'importe quel objet, surface susceptible de leurs permettre d'éviter le regard des personnes qui leurs sont proche. L'enfant peut décider de la relation (visuelle) qu'il entretient avec son environnement et la moduler en fonction de ses possibilités.

Nous pouvons ajouter que le regard a un rôle capital dans le fait de s'isoler, car le plus souvent, l'enfant qui se coupe de son environnement se coupe prioritairement du regard de l'autre.

b- Le regard comme moyen de communication

Au-delà de toute la fonction première de la vue, le regard n'est donc pas seulement un moyen de s'isoler ou de régler ses rapports à l'autre, c'est aussi un **moyen de communication** indéniable et particulièrement important pour l'enfant qui ne possède

[192] En référence aux distances que propose HALL, E. *La dimension cachée*. Paris : Seuil, 1971.

pas de langage verbal. Suivant l'insistance du regard, son expression, l'enfant va interpeller un soignant, réprimander un camarade ou encore manifester ses sentiments.

c- Le regard comme moyen de surveillance

De nombreux exemples nous ont démontré que les enfants, dans la majeure partie des cas, surveillent leur environnement et ce, même lorsqu'ils sont en situation d'isolement. L'enfant accorde presque toujours une attention flottante à ce qui l'entoure grâce à certaines de ses modalités sensibles.

En effet, le regard, comme l'ont illustré de nombreuses conduites, permet à l'enfant d'observer son environnement, de **vérifier que tout est "normal"**. Dans certaines situations, par exemple lorsque l'enfant s'isole dans une enveloppe sonore, la vue est la seule modalité sensible qui relie l'enfant à son environnement, la seule susceptible de lui permettre de surveiller ce qui se passe autour de lui, d'identifier la source de ses éventuelles inquiétudes et d'anticiper en cas de besoin[193]. Cela participe au fait que l'enfant perçoit un espace comme sécurisant ou non. Nous pouvons donner l'exemple de l'enfant qui se poste à l'angle de deux couloirs, tout en faisant bien attention de rester collé au mur de façon à ne jamais avoir d'angle de vision « mort ». Ainsi, il se trouve dans une position de sécurité et réduit le champ qu'il doit surveiller.

De nombreuses configurations spatiales très appréciées par les enfants soulignent l'importance de la vue, du champ visuel qui leur est offert. Ce paramètre est donc à prendre en compte dans toute conception, particulièrement dans celle des espaces spécialisés dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques.

d- Le regard comme moyen de prendre ses repères

Il est clair que la vue est le sens privilégié dans la prise de repère des enfants. Dans un premier temps, à leur arrivée, selon le fonctionnement de la structure, nous avons vu que beaucoup d'entre eux cherchaient du regard leur soignant. Puis, après cette première prise de repères, nous avons relevé deux types de comportements. **Soit, la vue est encore utilisée pour permettre d'établir un "contact" avec les soignants, les**

[193] GOFFMAN, Erwin. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minuit, Volume 2 : *Les relations en public*; Chapitre 6 *Apparences normales,* 1973.

camarades et les locaux de la structure. Soit à l'inverse, la plupart du temps, le regard de l'autre est évité jusqu'à ce que les enfants aient trouvé leur place (physique, matérielle, sociale et psychologique) dans la structure et le regard est uniquement concentré sur l'espace aménagé. Aussi, la prise de repère de l'enfant passe obligatoirement par la vérification visuelle de son environnement social, spatial, physique et matériel alors que, la plupart du temps, il va refuser la dimension sonore de son environnement et parfois même sa dimension tactile.

Nous savons que la vue est une source de connaissance, de renseignement sur l'environnement indéniable, pourtant nous pouvons ici avancer l'hypothèse qu'elle n'est pas toujours le sens prédominant sur les autres dans cette quête d'informations. Parfois, le toucher ou le sonore semblent être le premier lien entre l'individu et son environnement.

Lorsqu'un enfant s'isole de son environnement visuel (regard immobile dans le vague, concentré sur un élément précis, yeux fermés), nous avons pu observer différents cas :

- premièrement, l'enfant se coupe totalement de son environnement quel qu'il soit et mobilise toutes ses modalités sensibles sur sa propre personne : fredonnements incessants, mains sur les oreilles ou bras replié au-dessus de la tête, mordillement du poignet, de la lèvre, nez collé sur l'avant-bras, balancement du buste, claquement des mains etc. ;

- deuxièmement, l'enfant refuse aussi son environnement sonore, mais concentre ses gestes sur des éléments extérieurs à son corps (palpe, caresse, tapote le fauteuil sur lequel il est assis, le sol ou le mur) comme pour garder un contact avec l'extérieur, le sens kinesthésique étant souvent sollicité, le sens de l'odorat et du goût étant peut souvent sollicités ;

- troisièmement, l'enfant ne refuse pas son environnement sonore qui constitue une source d'information importante concernant ce qui se passe autour de lui, le toucher étant souvent aussi sollicité, soit sur le propre corps de l'enfant, soit sur son environnement spatial.

4.2 - FACTEURS SONORES

a- Le sonore comme intrusif

L'observation d'une population d'enfants présentant des troubles psychiques nous a permis de souligner l'impact de la dimension sonore sur la perception d'un individu.

Plus encore que le sens visuel, celui de l'ouïe peut apparaître comme intrusif, ne respectant pas les limites corporelles de l'enfant. Il semble donc important de rappeler quelques caractéristiques essentielles du sonore, afin de mieux comprendre cette sensibilité.La difficulté de conceptualisation du sonore semble un élément important par rapport à la perception qu'en a un individu. En effet, le son est immatériel, impalpable, imaginaire. Il ne possède aucune caractéristique formelle. Scientifiquement, nous savons qu'il s'agit de la propagation d'ondes dans l'air, mais nous nous trouvons dans l'incapacité de l'appréhender visuellement. Le son s'infiltre partout, il va même jusqu'à traverser les murs, d'où la difficulté d'en percevoir les limites et d'en identifier la source[194]. La perception qu'un individu a du sonore inclut donc une part importante de subjectif et d'imaginaire, d'où l'importance de la capacité d'identification et de projection de l'individu, sa capacité à élaborer un clivage entre le Moi et l'objet, l'intérieur et l'extérieur. Nous pouvons ici nous appuyer sur les travaux d'Edith Lecourt, qui insistent sur le fait que l'espace sonore est partout : il existe un espace sonore interne (bruits corporels, bruits provenant des fonctions d'assimilation et rejet etc.), un espace sonore à la face externe du corps (déplacements, pesanteur, contact etc.) et un espace sonore externe (tous phénomènes sonores qui nous entourent). Or l'espace externe et interne étant en interrelation permanente, il est difficile, voire impossible, de parler de limites propres entre les deux. Edith Lecourt définit cet espace comme l'intervalle sonore du soi[195] qui se situe sur plusieurs axes (subjectif / objectif, intérieur / extérieur, proche / éloigné, caractérisant la relation à l'objet). Un sujet équilibré face à un son n'aura généralement pas de difficultés à faire une analyse objective de celui-ci, à savoir déterminé s'il est extérieur à lui, proche ou éloigné. À l'inverse, un enfant en difficulté psychique, ne possédant aucune image de sa corporéité comme un tout unitaire, peut

[194] Au Cresson, de nombreux travaux abordent la perception de la dimension sonore dans l'habitat collectif.
[195] Didier Anzieu utilise le terme *d'enveloppe sonore du soi*, Cf. Didier ANZIEU. *L'enveloppe sonore du soi*. *In* Narcisse, Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°13, 1976, pp161-179.

parfois entendre un son sans pouvoir déceler si celui-ci lui est interne ou externe. Cet intervalle varie selon les capacités réceptives et sensorielles du sujet, leurs modes d'utilisation : l'enfant est libre d'augmenter ou de diminuer son intervalle sonore.

b- Variation de l'intervalle sonore du soi

Que l'enfant soit en situation d'isolement ou pas, celui-ci met en œuvre des effets sonores effectifs (comme par exemple l'effet de filtrage ou de masque) ou psychologiques (effet de gommage) pour se protéger d'un environnement sonore intrusif.

L'enfant ferme par exemple la porte du groupe pour diminuer l'intensité sonore des aboiements du chien qui se trouve à l'extérieur des locaux de la structure ou encore de ses camarades qui jouent au ballon dans la cour. L'enfant peut intervenir sur l'enveloppe spatiale ou le mobilier pour filtrer son environnement sonore, mais peut aussi mettre en œuvre un effet de filtrage grâce à son propre corps. Tous les moyens sont bons pour se boucher une, voire deux oreilles : avec la paume de sa main, son poing, ses doigts, avec sa main qui tient son gâteau, en pliant son oreille, le bras replié sur la tête, en rentrant son cou dans ses épaules et en basculant sa tête sur le côté etc. Ces procédés ne filtrent pas réellement certaines fréquences du paysage sonore mais en atténuent l'intensité. L'enfant utilise aussi l'effet de masque pour se couper de son environnement sonore. Par exemple, lorsqu'un enfant crie très fort, un autre peut se mettre à crier en redoublant d'intensité afin de faire abstraction, de couvrir la production sonore intrusive de son camarade. Nous avons observé de nombreux enfants s'envelopper dans des fredonnements incessants, des soliloques, diverses productions sonores et en augmenter l'intensité soit lorsqu'ils passent à proximité d'une source sonore quelle qu'elle soit (discussions de soignants, jeux de camarades, déplacements de mobilier) soit lorsque l'intensité de leur environnement sonore augmente. Un exemple parait ici éloquent, celui d'un soignant qui s'adresse à un enfant qui s'isole dans des fredonnements incessants. Celui-ci augmente alors l'intensité de ses fredonnements, qui, à l'origine, étaient quasiment inaudibles. A chaque instant, selon le contexte, l'enfant renforce son enveloppe sonore protectrice pour se couper de son environnement sonore, le masquer et se concentre sur sa musique personnelle.

Cependant, certains enfants ne manifestent pas de façon formelle leur refus de leur environnement sonore, mais si nous leur parlons, il est simple de constater qu'il n'entendent pas ou plutôt ne veulent pas entendre, tandis que d'autres sélectionnent avec attention les éléments qui semblent les intéresser.

Ceci étant, comme l'ont illustré certaines conduites (se réunir), l'enfant peut aussi profiter des caractéristiques spatiales et physiques des structures pour bénéficier d'un effet de filtrage de son environnement sonore.

L'enfant fait ainsi varier sa relation à son environnement sonore suivant ses besoins, ses désirs. Il peut ainsi gérer ses rapports à son environnement, et aux autres, être réceptif ou se fermer à toute communication, s'isoler.

c- Le sonore comme source d'angoisse

Les enfants sont très sensibles aux émergences sonores. Nous avons pu noter que, de nombreuses fois, leurs peurs ou leurs agitations sont dues à une émergence sonore. Nous ferons référence ici à certains effets sonores pour discuter certains aspects de la perception que les enfants ont de cette dimension.

L'effet d'anamnèse sonore et celui de phonomnèse sont très fréquents chez la plupart des enfants en souffrance psychique. L'exemple le plus frappant que nous avons pu relever est celui d'un enfant qui a terriblement peur des aboiements d'un chien à l'extérieur des locaux de prise en charge et que l'on entend régulièrement depuis l'intérieur, particulièrement lorsque la porte du groupe est ouverte. Sitôt qu'il entend les aboiements, il est très angoissé. Le plus souvent, il s'enferme dans une enveloppe sonore et se bouche fermement les oreilles. Par conséquent, très souvent, lorsque la porte du groupe est largement ouverte sur l'extérieur et que les productions sonores de ses camarades qui jouent dans la cour pénètrent dans le groupe, cet enfant verbalise clairement l'appréhension d'entendre les aboiements du chien. Il se précipite pour fermer la porte du groupe et parle du chien alors qu'aucun aboiement n'a été entendu. Mais c'est ici la récurrence de cette configuration (porte ouverte, nuisances sonores, ses camarades jouant dans la cour) qui crée l'effet d'anamnèse ou de phonomnèse.

Certains enfants n'ont pas peur d'un son en particulier mais manifestent une importante appréhension de toute émergence sonore, comme si le son en général les replongeait dans une forte angoisse qu'ils redoutent. Les paroles d'un enfant possédant un langage verbal nous permettent d'illustrer nos propos : sitôt qu'il entend un son, plus ou moins émergeant, il cesse son activité, se met sur le qui vive et dit « *Oh non* » ou « *qu'est-ce que c'est ce son dans ma tête* » ou « *tu tapes ? Non* » etc., avec un débit important, une intonation inquiète, autant de paroles qui soulignent le fait que l'enfant semble redouter quelque chose qu'il connaît. Aussi, ils appréhendent presque systématiquement la plupart des émergences sonores, comme s'ils craignaient que celles-ci ne les replongent dans une profonde angoisse. Soit l'émergence sonore est de source inconnue et l'enfant parvient souvent à être apaisé lorsqu'il l'identifie. Soit l'émergence sonore est de source connue et les réactions seront très variables d'un enfant à l'autre, selon qu'il est plus ou moins régressé, calme ou déjà angoissé, agité. **Aussi il semble important que l'espace ne favorise pas l'effet d'ubiquité et de délocalisation.**

Etant donné la récurrence de nos observations, il semble que, la plupart du temps, ce soit la dimension sonore qui provoque l'effet d'anamnèse et non une configuration particulière mettant en jeu la dimension spatiale, sociale, visuelle etc.

Lorsqu'un enfant, possédant un langage verbal, a été perturbé par un son, quel qu'il soit, l'enfant exprime le fait qu'il entend encore ce son, même si celui-ci n'a plus de réalité physique, c'est l'effet de rémanence. Ici, il est difficile de faire la différence entre « *la déformation de données sensorielles authentiques* »[196] à laquelle cet effet fait référence et la dimension hallucinatoire dont souffrent certains enfants.

d- Le sonore comme enveloppe

L'effet d'enveloppement est un effet très apprécié par l'enfant. L'effet sonore que nous avons pu observer et qui est susceptible d'avoir un effet d'enveloppement est l'effet de bourdon. Le seul endroit où nous avons pu observer l'effet de bourdon est à l'activité pataugeoire, à la Fondation Vallée. A chaque séance de pataugeoire, nous observons que les enfants recherchent cet effet de bourbon que procure le moteur du jacuzzi. En effet, en début de séance le premier enfant à pénétrer dans l'espace de la pataugeoire

[196] Cf. AUGOYARD Jean-François, TORGUE Henry. *A l'écoute de l'environnement. Répertoire des effets sonores*. Marseille : Parenthèses, 1995.

met en route le jacuzzi. Nous pourrions penser que le plaisir d'appuyer sur les boutons l'emporte sur l'effet de bourdon. Cependant, lorsque l'activité a réellement commencé, que les enfants et les soignants sont dans l'eau, un des enfants interrompt son activité pour venir réamorcer le programme du jacuzzi. Nous voyons bien ici que la dimension sonore est prépondérante puisque, sitôt que le programme des bulles ou des jets s'arrête, s'il fait du toboggan, l'enfant fait un détour par le jacuzzi ou s'il est dans le bassin, il sort de l'eau pour réamorcer ce ronronnement. Il semble que ce soit le côté enveloppant de l'effet de bourdon, accentué par la réverbération de l'espace entièrement carrelé de la pataugeoire qui procure du plaisir à l'enfant. Cependant, après environ une demi heure d'activité, il semble difficile d'associer le geste de l'enfant à la recherche d'effet de bourdon, car celui-ci n'attend plus la fin du programme pour venir appuyer sur le bouton. **Il semble que l'enfant ait ici à la fois profité de l'effet de bourdon et du geste qui consiste à réamorcer le programme pour s'isoler, s'enfermer.**

Les conduites d'isolement illustrent bien le fait que l'enfant met à profit la dimension sonore pour s'isoler et particulièrement l'effet d'enveloppement. Parfois, il se sert de productions sonores extérieures à son propre corps comme par exemple la musique ou le rythme d'un objet sur le sol tandis que d'autres fois, il s'enveloppe dans un soliloque, un fredonnement, des onomatopées.

e- Le sonore comme espace identitaire et personnel

Lors d'un entretien réalisé avec une soignante, celle-ci nous a fait part de sa manière de percevoir les productions sonores des enfants suivant différentes configurations. Son récit nous est apparu pertinent par rapport à la dimension sonore.

« *Ça doit éloigner le bruit de nous de temps en temps quand ils sont là-bas au fond du couloir. De toutes façons, je pense que la perception du bruit est pas la même quand tu es assis là-bas* (espace fauteuils)*, surtout quand on se laisse un peu emporter dans les conversations de grands, que quand on se déplace là-bas au fond où on est branché sur eux.*

Et je pense qu'on est certainement plus sensible quand on est assis nous, quand on discute et qu'on entend le bruit qui, en fait, qui parasite nos conversations, plutôt que

d'aller avec eux, d'être pris dans leurs jeux ou de savoir ce qui se passe, où là tu es dans le bruit et du coup c'est pas gênant. Enfin... ça l'est moins ? »

Extrait de discussion avec une soignante

Cette soignante exprime parfaitement, deux types de situations produites par le sonore : premièrement le cas où le sujet est **impliqué, acteur** dans cet espace sonore (participe à leurs jeux souvent très sonores), il sera alors accepté et vécu comme **un moyen de communication, d'échange**. Deuxièmement, le cas où le sujet **subit** cet espace sonore, qui sera alors vécu comme une gène parce qu'**intrusif**.

L'espace sonore défini donc un espace personnel et identitaire. Le sonore peut devenir une source d'inconfort lorsque l'origine de la production sonore ne peut être repérable, identifiable.

f- Le sonore comme attractif

Au sein de nos différents terrains d'observations, nous pouvons observer à différentes reprises un effet d'attraction de la part des enfants principalement face à la musique, aux chansons et aux histoires. Généralement, ils s'approchent de façon dynamique de la source sonore, restent debout ou s'installent selon qu'il s'agisse de musique ou d'histoire, certains tapent des mains au rythme de la musique, les visages sont souriants.

g- Le sonore comme moyen de surveillance

A son tour, de la même manière que la vue, le sonore permet à l'enfant de surveiller son environnement. Dans certaines situations, lorsque par exemple l'enfant s'isole de son environnement visuel, en fixant son regard sur le néon d'un éclairage ou en fermant les yeux, la dimension sonore est la seule modalité sensible qui le relie à son environnement et lui permette de vérifier ce qui se passe autour de lui pour anticiper en cas de besoin. **De nombreuses configurations spatiales très appréciées par les enfants soulignent l'importance de cette dimension.**

Le sonore peut ainsi constituer une source d'information importante sur l'environnement et par conséquent, permettre à l'enfant de vérifier ce qui se passe autour de lui : suivant l'intensité et la qualité des sons que l'enfant perçoit, il sait qu'il peut continuer son activité ou qu'il doit se mettre en alerte.

h- Le sonore comme moyen de communication

Le langage non verbal (productions sonores non verbales) a aussi une fonction de communication. Citons l'exemple d'un enfant qui ne possède pas de langage verbal. Celui-ci, très en colère contre son soignant, sait lui exprimer très exactement ses sentiments : le débit de ses productions sonores, ses attaques, ses intonations, ses accents concentrés en fin de séquences (« phrases »), ses gestes, ses mimiques, ses attitudes corporelles etc. tout exprime parfaitement sa colère. Parfois le sonore est combiné au visuel, combinaison que nous aborderons ultérieurement.

Même si l'enfant utilise des onomatopées ou simplement des sons, il parvient, grâce à toutes les caractéristiques de son langage sonore à s'exprimer[197].

i- Le sonore comme moyen de prendre ses repères

Comme nous l'expliquions précédemment, à chaque début de séance de pataugeoire, le premier enfant à entrer du côté des activités d'eau met en route les moteurs du jacuzzi pour le plaisir de l'effet d'enveloppement que cela procure mais nous pouvons aussi nous demander si cela ne constitue pas un rituel sonore de l'activité, un moyen pour l'enfant de prendre ses repères. En effet, même si nos observations ne nous permettent d'établir aucunes généralités, nous pouvons penser que de la même manière que la dimension visuelle aide l'enfant à prendre ses repères, les qualités acoustiques d'un lieu, son paysage et ses marqueurs sonores y participent à leur tour.

[197] Se référer aux pistes 6, 7, 8, 9 et 10 du CD audio qui accompagne ce document.

j- La qualité de l'environnement sonore

Le plus souvent les enfants les plus régressés sont accueillis le matin tandis que les grands (souvent les moins malades) sont accueillis l'après-midi. Or, nous pouvons remarquer que l'ambiance varie, se modifie suivant les enfants présents dans la structure. Nous nous baserons ici sur l'exemple de la variation et de la modification de l'ambiance sonore des locaux selon qu'ils sont animés par les plus régressés ou les plus grands. Aussi lorsque le paysage sonore se compose de mots, de chansons, d'altercations compréhensibles, il est beaucoup mieux perçu, à intensité sonore équivalente que lorsqu'il se compose de cris, de gémissements ou d'onomatopées.

Ici nous comprenons bien que même si les niveaux sonores présents dans la structure se situent dans les mêmes moyennes entre 59 et 61 dB (A), selon qu'il s'agisse d'enfants très régressés ou d' enfants moins malades, l'ambiance sonore est qualitativement différente et perçue comme telle par les soignants.

« *Y a un truc aussi que je perçois assez bien sur la semaine : c'est la différence de population, entre les petits -donc bien autistes- et les grands, et qu'au niveau du bruit, je sais pas si il y a moins de bruit ou pas moins de bruit, mais en tout cas le bruit n'est pas le même.* «

Extrait d'une discussion avec une soignante

La perception sonore a une importance capitale pour l'enfant présentant des troubles psychiques. Nous pouvons insister sur le fait que de nombreuses peurs sont provoquées par une émergence sonore, particulièrement lorsque l'enfant n'en a pas identifié la source. De plus, cette dimension est importante pour la communication de l'enfant avec son environnement mais aussi par rapport aux perceptions qu'il a de celui-ci.

Généralement ce canal sensible n'est pas sollicité de façon exclusive. Nous avons pu l'observer couplé avec tous les autres sens mais particulièrement avec la vue et le toucher, comme nous l'aborderons ci-après.

4.3 - FACTEURS DE COMBINAISONS VISUELLES ET SONORES

De nombreuses fois, nous avons observé le sonore combiné à la vue et ceci, principalement comme moyen de surveillance et de communication.

a- Moyen de surveillance

Dans certaines situations, la surveillance de l'environnement est assurée par des combinaisons de modalités sensibles comme la dimension visuelle et sonore. Prenons l'exemple de la conduite « se poster » qui nous a permis de relever des configurations dans lesquelles l'enfant observe son environnement, vérifie la « normalité des apparences » (Goffman, 1973). Il ne fait que cela : aussi ces deux modalités sensibles sont disponibles et mises en éveil dans cette optique. **Cependant, il arrive aussi que l'enfant gomme une partie de son environnement visuel et/ou sonore.** En effet, dans ces types de situations, la dimension sonore renseigne l'enfant sur tout ce qui l'entoure, même sur les événements susceptibles de se dérouler en dehors de son champ de vision mais, finalement, l'enfant ne retient que ce qui sort de l'ordinaire. Pour ce qui est du regard, plusieurs cas de figures se présentent. Premièrement, s'il ne se passe rien de particulier dans la structure, que ses camarades évoluent, jouent ou discutent sans agitation particulière, alors soit l'enfant balaye doucement son environnement du regard, soit baisse sa vigilance et a tendance à fixer ou perdre son regard dans le vide. La dimension sonore est alors la seule dimension susceptible de renseigner l'enfant sur ce qui se passe autour de lui. Sitôt que l'enfant perçoit une émergence sonore de forte intensité et qui exprime une certaine agitation, son regard est alors à nouveau convoqué afin de connaître la source, les causes de l'émergence sonore. Deuxièmement, si ses camarades sont très agités (niveaux sonores importants et grande motricité des activités), l'enfant concentrera son regard sur la source d'agitation. Troisièmement, si un camarade inquiétant se trouve proche de l'enfant, même si la structure est calme, l'enfant concentrera aussi son regard sur la cause de son inquiétude pour vérifier la position de son camarade et pouvoir anticiper en cas de besoin comme par exemple rechercher le réconfort d'un soignant en s'approchant de lui (Cf. Conduite « Manifester ses sentiments » et « s'approcher d'une personne »).

b- Moyen de communication

Nous avons vu précédemment que la vue ou la dimension sonore était un moyen de communication important pour ce type de population, cependant la combinaison de ces deux modalités sensibles est le moyen de communication le plus fréquemment observé.

En effet, **la plupart du temps l'enfant accepte le regard de son interlocuteur et l'associe à ses productions sonores : l'intensité de son regard, les traits de son visage sont toujours en adéquation avec son débit, ses intonations, ses accentuations. Le message de l'enfant est alors d'autant plus éloquent.**

4.4 - FACTEURS TACTILES

Ce facteur est directement lié aux matériaux, aux formes architecturales et aux objets, à tout ce qui est offert à l'enfant dans un espace donné mais aussi à son propre corps et à l'autre.

Le tactile est très souvent sollicité par les enfants, que ce soit par l'intermédiaire des mains, des pieds ou de toutes autres parties du corps. Ce facteur, chez l'enfant présentant des troubles psychiques, n'est chargé d'aucun interdit : il n'y aura aucune gêne à toucher, de quelque manière que ce soit, qui que ce soit ou quoi que ce soit.

Le sens du toucher semble être d'une grande importance pour ces enfants, la sollicitation de ce facteur sensoriel a été très souvent relevée dans les différentes conduites précédemment abordées. Souvent, nous avons pu observer certains enfants toucher, palper, caresser, faire glisser une main sur le mur etc. mais sans vraiment pouvoir expliciter ces gestes. Pourtant le toucher semble tenir différents rôles.

a- Recherche de sensations

Nous pouvons ici citer l'exemple de l'enfant qui dés son arrivée dans la structure se déchausse et enlève ses chaussettes, celui d'un autre qui longe le mur en y faisant courir la main, ou encore celui d'un enfant qui caresse les coussins. **Intuitivement, nous**

pensons que c'est réellement pour un besoin de contact direct avec la matière, pour les sensations que celle-ci peut procurer à l'enfant, lui permettant de mieux sentir et ressentir les limites de son corps.

b- Contact comme intrusif

Certains enfants acceptent le toucher par intermittence, suivant qui les touche et comment. Généralement, lorsque le toucher est intrusif ou brutal et par conséquent provenant d'un camarade, quelle que soit la situation, l'enfant le refuse et s'en va. Mais si un camarade met doucement la main sur l'épaule de l'enfant, cela va dépendre de la manière dont celui-ci vit, le moment présent. Il peut en effet refuser catégoriquement le contact de l'autre en s'en allant ou l'accepter tout en étant un peu inquiet et en restant vigilant. La conduite « s'approcher de quelqu'un » souligne déjà qu'une trop grande proximité avec une personne est susceptible d'être angoissante pour l'enfant (bien sûr lorsque celle-ci n'est pas délibérément recherché par l'enfant). Aussi, de nombreux enfants refusent presque systématiquement le contact d'un camarade et l'acceptent ponctuellement avec un soignant lorsqu'ils le décident.

c- Aide psychologique

Très souvent, l'enfant recherche un contact, principalement avec l'enveloppe spatiale, le mobilier, un contact dur, qui apparaît même parfois vital. La proportion du corps que l'enfant maintien en contact avec la paroi varie d'une situation à l'autre. En effet, dans certaines d'entre elles l'enfant se trouve en avant de la paroi et par conséquent n'est pas en contact avec celle-ci, d'autres fois l'enfant s'y adosse sans vraiment accorder à ce contact beaucoup de tonicité musculaire, et d'autres fois encore l'enfant colle toutes les parties possibles de son corps à la paroi. Sa posture est dans ces cas là très éloquente, certainement très inconfortable : les talons, les fesses, le dos, les bras, les mains bien à plat et la tête sont collés au mur. Si nous analysons ces degrés de contact en fonction des situations, nous nous apercevons très souvent que celui-ci est lié soit au fait que l'enfant est extrêmement régressé soit au fait que la situation est vécu difficilement par l'enfant concerné. Nous rappellerons ici deux situations particulières afin d'illustrer nos propos. Un enfant se trouve dans un angle de la structure formé par deux couloirs mais

pas en contact avec celui-ci. La structure est calme, aucune irruption sonore ne vient perturber les lieux. La majeure partie des enfants et des adultes se trouve dans l'espace commun, seul un petit groupe de trois enfants joue dans les couloirs proches de l'espace commun aussi l'enfant ne voit pas ses camarades. Il semble totalement ailleurs, isolé dans ses pensées mais détendu. Le regard fixé au sol, il a baissé ses gardes, cessé de regarder à droite puis à gauche. Il quitte doucement son poste, fait quelques pas, toujours perdu dans ses pensées jusqu'au moment où quelques enfants enfourchent des tricycles et se lancent dans une course dans les couloirs. L'enfant est surpris par ses camarades, trop loin de son poste il se précipite contre le mur auquel il se colle et s'accroche à la rambarde de bois. Sitôt que ses camarades ont passé leur chemin, il regagne rapidement son poste initial, à l'angle des couloirs, dos contre le mur et monte à nouveau la garde.

Deuxième situation, ce matin, un des enfants a du mal à entrer dans la structure. Le taxi l'a déposé avec deux de ses camarades qui ont filé directement dans le groupe de vie. L'enfant rechigne, il ne veut pas entrer. Puis, sitôt qu'il a franchi le seuil de l'entrée il se précipite contre la paroi de l'entrée, à côté de la salle d'équipe. Tout son corps est collé au mur, l'enfant regarde d'un air inquiet autour de lui. Son corps, son visage sont tendus. Deux adultes sont assis devant l'entrée du groupe et tentent de le rassurer mais en vain. L'un d'entre eux lui demande d'enlever sa veste. L'enfant va s'exécuter lentement, en prenant garde de ne jamais perdre le contact avec la paroi si bien qu'après avoir enlevé les manches sa veste va rester maintenue entre son dos et la paroi jusqu'à ce qu'il quitte son poste, un moment après.

Il semble que le contact, « l'accrochage » à l'espace aménagé, particulièrement à l'enveloppe spatiale soit perçu par l'enfant comme un encouragement, un soutien psychologique comme si le contact l'aidait à mieux vivre certains moments difficiles.

Cependant le contact d'un soignant peut lui aussi représenter un soutien important, par exemple lorsqu'un enfant est effrayé par l'un de ses camarades.

Le toucher est étroitement lié aux facteurs spatiaux (la courbe d'une paroi, la texture granuleuse d'un mur, la douceur d'un coussin) comme nous l'avons déjà évoqué mais aussi aux facteurs sociaux, d'où son rôle social important.

Le toucher est très sollicité par ces enfants. Contrairement aux regards, à l'odorat et à la dimension sonore, ce facteur sensible respecte non seulement les limites corporelles mais aide l'enfant à les appréhender, à en prendre conscience. Il leur permet de maîtriser ou d'annuler les distances, de les vérifier corporellement.

Nous pensons que c'est une des raisons pour lesquelles ce sens est utilisé dans une recherche de sensations, de contacts et une aide psychologique dans les moments difficiles.

Ce facteur est très souvent combiné avec le facteur sonore et visuel. Mais le plus souvent ce sens est convoqué lorsque l'enfant est perturbé, angoissé.

4.5 - FACTEURS DE COMBINAISONS TACTILES ET VISUELLES

Le toucher semble constituer une **source de renseignements**, d'informations, un moyen de prendre connaissance des choses ou des personnes. En effet, c'est très souvent par l'intermédiaire du toucher que l'enfant prend connaissance des nouveaux jeux, objets ou mobiliers de la structure. L'exemple d'un enfant découvrant un nouveau petit meuble installé dans le groupe illustre parfaitement nos propos : il fait courir sa main sur le dessus du meuble puis sur son côté sans interrompre son geste et sans en perdre le contact, comme pour en découvrir sa réalité, sa matière et ses formes. Quant aux petits objets ou aux jeux, l'enfant les prend en main et les détaille minutieusement. Cependant, il est important de préciser que **dans ce type de situation, le tactile est toujours combiné à la vue. Il est possible qu'un enfant quitte un moment l'objet du regard pour le porter sur son environnement, mais cela est ponctuel, la découverte reste visio-tactile.**

4.6 - FACTEURS DE COMBINAISONS VISUELLES, TACTILES ET SONORES

a- Moyen de surveillance dans les moments difficiles

Comme nous l'avons abordé précédemment, la combinaison de la vue et du sonore constitue un moyen de surveillance important pour l'enfant. **Cependant lorsque l'enfant a du mal à vivre le moment présent parce qu'il est soit angoissé, soit dans une configuration sensible qu'il vit comme insécure (par exemple en présence d'une forte agitation motrice, sonore, ou encore lorsqu'un inconnu pénètre dans les locaux), l'enfant ajoute à la combinaison visuelle et sonore, la dimension tactile pour trouver un réconfort, un soutien psychologique important.**

b- Source de renseignements sur l'environnement

De la même manière que la combinaison tactile et visuelle constitue pour l'enfant une source de renseignements sur ce qui l'entoure, l'association de la dimension sonore lui permet de compléter ses informations et d'en faire des commentaires. Généralement, cette combinaison sensorielle est mise en éveil lorsque l'enfant découvre des nouveautés, que cela concerne un objet, un espace, une personne, et quels que soient ses sentiments, qu'il soit satisfait ou mécontent. Nous pouvons citer l'exemple d'un enfant qui revient dans son groupe de vie après quelques jours d'absence. Lorsqu'il pénètre dans le groupe, il découvre les nouvelles décorations qu'ont réalisées les soignants. Il s'approche de la première, proche de l'entrée, la détaille visuellement, la touche puis s'en empare et la laisse tomber à terre en exprimant très clairement et de façon sonore son mécontentement.

Ainsi, cette combinaison sensorielle est convoquée par des enfants dont la prise de connaissance d'objets ou de personne ne rend pas mutique.

c- Moyen de communication

La dimension tactile accompagne la combinaison visuelle et sonore pour souligner ce qu'exprime l'enfant. En effet, que celui-ci possède ou non un langage verbal, le toucher représente un moyen de communication important.

4.7 - FACTEURS DE COMBINAISONS TACTILES ET SONORES

a- Moyen de surveillance dans les moments difficiles à proximité de personnes

L'enfant convoque simultanément le sonore et le tactile en refusant le visuel comme moyen de surveillance principalement lorsqu'il se trouve dans une situation difficile à vivre et à proximité d'enfants ou de soignants.

b- Moyen de communication

La dimension tactile peut être convoqué par l'enfant comme moyen de communication indépendamment des autres, cependant, la plupart du temps cette modalité sensible est combiné au sonore, que l'enfant possède ou non un langage verbal. Par le toucher, l'enfant interpelle son interlocuteur lorsque celui-ci ne semble pas être attentif ou souligne ses propos, en tirant par exemple le bras de son soignant pour insister sur le fait qu'il souhaite l'emmener dans le groupe de vie, en mettant un bras autour du cou de son camarade en disant « reste là » etc. L'enfant tire la main de son soignant en même temps qu'il lui exprime de façon très sonore son mécontentement ; il prend la main de son soignant et la porte à ses lacets en insistant avec diverses productions sonores ou secoue le bras de son soignant en lui expliquant qu'il veut une trottinette. De plus, comme nous l'avons abordé dans la dimension tactile, lorsque l'enfant est en contact avec un de ses camarades ou un soignant, suivant la distance qui les sépare et leur situation l'un par rapport à l'autre, la vue est refusée. Le sonore se combine alors au tactile et constitue un moyen d'échange, de communication avec l'autre.

Ainsi le toucher fait partie du langage corporel de l'enfant et la combinaison du tactile et du sonore semble avoir un rôle social**, par la possibilité qu'elle offre à l'enfant d'établir un contact avec les autres ou de le refuser.**

4.8 - FACTEUR KINESTHESIQUE

La plupart du temps, lorsque nous observons cette modalité sensible indépendamment des autres, c'est toujours lorsque l'enfant s'enferme dans une hyperstimulation sensorielle, s'isole de son environnement. L'enfant refuse la dimension sonore, la vue et concentre toute son attention sur ses sensations corporelles : il fait des pas chassés en tapant vigoureusement ses mains l'une contre l'autre ; allongé sur le trampoline, il tape ses mains sur la toile tendue dans une recherche de vibrations ; ou encore il sautille en fredonnant, accroupi au milieu du jacuzzi, à l'intersection des jets.

Il semble que l'intérêt de l'enfant pour ce facteur sensoriel souligne l'importance de l'image corporelle qu'il a de lui. En effet, dans la problématique de ce travail nous avons exposé quelques caractéristiques de l'enfant présentant des troubles psychotiques ou autistiques, et avons insisté sur le fait que ces enfants n'ont pas conscience de leur corps comme une entité, définie et délimitée. Certaines fois, il semble que l'enfant vérifie que les parties de son corps n'aient pas été altérées par des sentiments dévastateurs comme la colère, la peur ou par un petit accident (une grosse bosse, une chute). Nous pouvons citer l'exemple d'un enfant qui s'est cogné la tête à la porte d'un placard restée ouverte. Dans un premier temps, il comprime sa tête avec sa main avec une très forte intensité. Il semble inquiet, ses sourcils sont froncés, tout son visage est crispé. Puis il maintien l'endroit du coup avec un livre tout aussi fortement comprimé. Il reste ainsi un moment en verbalisant son inquiétude. Puis un moment après, enlève le livre pour aller mettre de l'eau sur sa tête. Une fois à nouveau assis à mes côtés, il maintien sa main proche de sa bosse et secoue doucement sa tête. Il semble inquiet, inquiet de ce qui peut se passer. Petit à petit, il augmente l'amplitude des mouvements de sa tête et la vitesse, balance son buste d'avant en arrière puis passe à autre chose.

Ainsi, il semblerait que les sensations kinesthésiques sont très recherchées par l'enfant soit dans le but de s'isoler, de se concentrer sur son propre corps pour faire abstraction de son environnement, soit pour expérimenter différentes sensations, ressentir, découvrir son corps.

Le kinesthésique est souvent combiné avec le facteur tactile lorsque l'enfant s'isole de son environnement (il concentre ses sensations sur son propre corps) ou est angoissé. Ces deux sens aident l'enfant à sentir les limites de son corps, à vérifier qu'elles sont bien intactes. Ainsi, ce facteur est le plus souvent combiné au tactile, au visuel et au sonore.

4.9 - FACTEUR OLFACTIF

Peu d'observations permettent de discuter de l'odorat. En effet, cette modalité sensible pose le problème de la difficulté d'observer son utilisation, sa mise en éveil et par conséquent l'impact qu'elle peut avoir sur le comportement ou le ressenti des enfants. En effet, contrairement au regard ou au toucher, il est difficile de constater de manière évidente le fait que le sens de l'odorat est réellement convoqué. L'odeur est partout, il ne serait donc toujours utile de coller son nez aux choses pour percevoir une quelconque odeur, geste qui permettrait clairement de relever la mise en éveil de l'odorat.

Tout d'abord, par rapport aux aliments, à Echirolles, le matin, lorsque les enfants mangent un gâteau, aucun ne manifeste un quelconque intérêt pour l'odeur. Seulement une fois, pour une fête d'anniversaire, après que les soignants aient cuisiné un gâteau au chocolat et que la structure ait été embaumée par cette bonne odeur, nous avons pu relever le comportement particulier de deux enfants : l'enfant dont c'est l'anniversaire et son soignant référent sont dans la salle d'équipe, dont la porte est fermée. Ils préparent la fête. Pendant ce temps, un des camarades, côté couloir, s'agite devant la porte, tandis qu'un autre, lui aussi côté couloir, reste collé à cette même porte sans vouloir en bouger. Cependant, il semble difficile de savoir quelle est la place de la dimension odorante dans les conduites des enfants. L'odeur était-elle un facteur déclenchant de ces comportements ? Est-ce l'attente du gâteau ? L'excitation de la fête ?

Cependant, lors des repas nous pouvons affirmer que les enfants sont sensibles aux odeurs. En effet, nous avons pu observer de façon presque quotidienne des enfants se pencher au dessus de leur assiette, principalement de leur plat principal (viande en sauce, plats cuisinés souvent très odorants). Certains même sentent chaque bouchée, généralement lorsque l'aliment a une odeur relativement forte ou particulière comme le fromage ou le pâté. Cependant, ces gestes ne s'accompagnent d'aucun commentaire nous permettant d'en dire davantage.

Mais ce facteur sensoriel concourt aussi quelques rares fois à l'isolement de l'enfant : celui-ci se concentre sur l'odeur d'un objet, d'un matériau. La sensation odorante peut ainsi renforcer une situation d'isolement, mais ne semble pas être, la plupart du temps, l'élément majeur mis en jeu dans ce type de situations.

Par rapport aux objets et aux personnes, seuls quelques enfants accordent une grande importance au sens de l'odorat de manière évidente. De façon récurrente, une petite fille garde « son foulard » (objet transitionnel) contre son nez, puis de temps en temps va sentir les foulards des soignants, leur cou, le mur ou encore la vitre de la porte. Un petit garçon, à son arrivée le matin, vient s'asseoir sur mes genoux et pose son nez dans mon cou. Une des soignantes, témoin de la situation, m'explique qu'il vérifie que j'ai bien toujours la même odeur. Au cours d'une même journée, un autre enfant sent régulièrement ses mains.

Autant de situations qui nous permettent de penser que l'odorat est un moyen de vérifier le monde, au même titre que la vue par exemple, un moyen de prendre ses repères, un moyen de contrôle, d'identification, une source d'informations importante qu'il s'agisse d'un objet ou d'une personne.

Mais ne pouvons-nous pas penser que l'odorat représente pour certains un moyen de communication, un lien important avec l'autre ? Dans ce cas, l'odorat n'aurait-il pas un rôle social, permettant d'établir ou non un contact ? L'odorat n'est-il pas, d'ailleurs, le premier sens qui permet au tout petit de reconnaître sa mère ?

Cependant, les conduites de « flairages » d'enfants autistes, sont-elles réellement à associer à l'odeur ou sont-elles uniquement des conduites stéréotypiques ?

Nous pensons que l'odorat constitue un repère important pour l'enfant (odeur d'un doudou, de ses propres mains, d'un adulte), une relation à l'environnement très importante, souvent même inconsciente, étant donné qu'une personne sent, les odeurs sans toujours en avoir l'aperception, ni les nommer.

Le seul moment où l'odorat peut être observé de manière évidente est pendant les repas, où nous avons constaté qu'un certains nombre d'enfants y attachent beaucoup d'importance. En effet, certains approchent leur nez de chaque plat, certaines fois de chaque bouchée et particulièrement lorsqu'il s'agit d'aliment à forte odeur. Lors des repas l'olfaction semble principalement combinée à la vue et au toucher.

Mais nos informations semblent insuffisantes pour s'avancer plus avant sur ce facteur sensible et ses éventuelles combinaisons avec d'autres.

4.10 - FACTEUR GUSTATIF

A Echirolles, le matin, à leur arrivée dans la structure, les enfants ont pour habitude de manger un gâteau. **Dans ce cas, le goût permet à l'enfant de mieux vivre ce moment difficile, de se rassurer, de prendre ses repères.** Lors des repas, nous pouvons affirmer que les goûts des enfants sont très variés : certains aiment les légumes, d'autres refusent d'y goûter, certains ont une préférence pour le sucré, d'autres pour le salé ; certains ont une alimentation très diversifiée, d'autres, très restreinte. Cependant, le goût semble être paradoxal pour la plupart des enfants.

En effet, nous pouvons observer le plaisir que peuvent éprouver la plupart d'entre eux à manger une gourmandise, de par leur enthousiasme à demander un gâteau ou un bonbon, leurs mimiques souriantes et leur mastication exagérée, comme s'ils étaient dépassés par tant de plaisir. Plaisir aussi visible lorsque l'enfant a terminé son gâteau : il continue de mâcher en gardant la même expression ravie sur son visage. Est ce le goût toujours présent dans la bouche qui procure ce plaisir et la continuité de la mastication ? Ou est ce que l'enfant continue à mastiquer pour une recherche de sensation?

Cependant, il apparaît clairement que les repas suscitent très souvent des comportements alimentaires extrêmes. Certains enfants ont tendance à très peu manger

et parfois même à se faire oublier pour que les soignants ne remarquent pas leur maigre appétit ; tandis que d'autres se remplissent de nourriture et d'eau. Nous pouvons citer l'exemple d'un enfant qui mange à toute allure et qui ne supporte pas de laisser quoi que ce soit dans son assiette. Il l'engloutit, puis lèche ses couverts, les couverts de service propres sur la table, chipe un haricot dans l'assiette de son voisin, un grain de maïs qui traîne sur la table etc. Lorsqu'on lui sert un verre d'eau, il le boit intégralement dans l'instant. Même chose pour le pain, il engloutit son morceau en trois bouchées. Cet enfant n'aime pas les pousses de soja et pourtant lorsqu'il y a de salade composée en entrée, dans un premier temps, lorsque son assiette est pleine, il les met de côté ou les retire de sa bouche pour les remettre dans son assiette. Puis lorsqu'il a terminé ses autres crudités, il finit par les manger. Nous voyons bien ici la difficulté qu'a cet enfant à laisser quelque chose de côté à s'arrêter de manger et à attendre ses camarades sans rien faire.

Parfois, il semble que l'enfant ne puisse rien avaler, d'autres fois, au contraire, il semble qu'il soit dans une recherche incessante de remplissage (ses gestes sont précipités). Le plus souvent, l'enfant ne prend pas le temps de se poser pour profiter de ce moment qui, dans notre culture est symboliquement privilégié. Aussi, le goût semble à la fois source de plaisir et d'angoisses.

Par rapport aux situations d'isolement**, même s'il arrive parfois, que l'enfant porte à la bouche des objets pour s'isoler, le goût est généralement concentré sur son propre corps ce qui l'aide à concentrer ses sensations sur lui-même et à faire abstraction de son environnement.**

Nous pouvons aussi noter que ce facteur sensible permet parfois à l'enfant de faire connaissance avec les objets ou les personnes (même si dans ce cas, c'est de l'ordre de l'exceptionnel). Certains enfants, en effet, vont goûter avec leur langue les objets ou les personnes comme pour établir un contact, une reconnaissance, glaner des informations.

Enfin, nous pensons que le plus souvent, le goût est convoqué dans une recherche de sensation : l'enfant goûte le miroir, la réglette métallique, le revêtement plastique du fauteuil etc. dans le but de découvrir diverses sensations gustatives et tactiles.

Cependant, de même que pour le sens de l'odorat, ces conduites ne sont-elles pas stéréotypiques ?

En dehors des repas et qu'il soit sollicité par un aliment, un objet ou une personne, le goût semble convoqué dans une recherche premièrement de plaisir, deuxièmement de sensation dans le but de s'isoler et, troisièmement, dans le but de se rassurer. Pendant et hors des repas, le goût semble parfois source d'échange, de partage avec l'autre, tandis que les repas en eux-mêmes sont vécus de façon très différentes selon les enfants. Dans des situations d'isolement, le goût est le plus souvent combiné aux autres modalités sensibles : la vue, le sonore, le toucher, l'odorat, le kinesthésique. Tandis que lors des repas le goût est principalement combiné à la vue, au toucher ainsi qu'à l'odorat.

4.11 - COMBINAISONS VISUELLES, SONORES ET KINESTHESIQUES

Ce type de combinaisons sensorielles est principalement convoqué par les enfants les plus régressés, lorsqu'ils trépignent d'envie de rejoindre leurs camarades pour jouer avec eux, lorsqu'ils sont excités par les jeux moteurs de ces derniers, qu'ils les suivent ou lorsqu'ils sont agités.

En effet, nous pouvons citer l'exemple récurrent d'un enfant, qui, lorsque les plus grands sont présents dans la structure et qu'ils s'amusent à faire du tricycle dans les couloirs, celui-ci trépigne d'envie de les rejoindre ou de les suivre. Il trottine en faisant de petits pas et en balançant son buste légèrement d'avant en arrière ; son déplacement n'est pas régulier, parfois il ralentit pendant quelques pas en laissant traîner ses pieds sur le sol puis trottine à nouveau de façon régulière puis accélère et ainsi de suite. Il tape sa main sur son torse, sa main ne semble avoir aucune tonicité musculaire, le bras est replié sur le côté du buste, seul le poignet permet les mouvements de la main, mouvements dont le rythme ne s'accorde absolument pas à celui du déplacement mais sont assez réguliers. Il regarde ses camarades devant lui, puis pendant un instant, accentue le balancement avant de son buste en baissant la tête et en regardant ses pieds. L'enfant est hilare et rit parfois très bruyamment. Il fredonne sans discontinuer.

Un autre exemple est celui d'un enfant qui regarde ses camarades jouer autour de la table du groupe de vie. Son regard oscille sans cesse entre ses deux camarades, exactement comme s'il avait peur de perdre un instant du jeu, ses yeux sont écarquillés.

Son visage semble radieux, l'enfant rit de façon sonore, sa bouche est le plus souvent entrouverte, il bave. Comme à son habitude, dés son arrivée dans le groupe, il a ôté ses chaussures et ses chaussettes, il est pieds nus. Debout, les jambes écartées, les pieds ouverts vers l'extérieur, les genoux pliés, le dos légèrement recourbé en avant. Il tape lourdement son pied bien à plat sur le sol sans aucun rythme particulier. Le bruit d'impact est si important que nous nous demandons comment l'enfant arrive à maintenir une telle pression sans que cela l'indispose, voire même le fasse souffrir. Mais il tape toujours avec la même énergie son pied gauche et de temps à autre le droit. A chaque fois, lorsqu'il relève sa jambe, il accompagne son mouvement en relevant son buste, puis, lorsqu'il frappe son pied sur le sol, recourbe à nouveau son buste en avant. Ses bras ont des mouvements désordonnés mais incessants, tantôt il met une main sur la tête, tantôt il tape l'autre sur sa cuisse, tantôt il empoigne son tee-shirt. Il n'a qu'une envie, c'est participer au jeu de ses camarades.

Un troisième exemple est celui d'un enfant particulièrement agité. Il se déplace sans discontinuer en faisant des pas chassés, sur la longueur du groupe de vie. Ses pas sont lourds et d'une extrême régularité. Lorsqu'il arrive au bout de sa course, il ralentit puis repart à nouveau en accélérant son déplacement et ainsi de suite. Lorsque l'enfant est agité, si pendant un moment il est ouvert à son environnement, assez rapidement, il s'enferme dans ses sensations kinesthésiques et se coupe de tout ce qui l'entoure : il évite soudain le regard de l'autre, perd le sien dans le vide, ne répond plus aux paroles que nous lui adressons. Le kinesthésique est alors la seule modalité sensible convoquée par l'enfant. Lorsque l'enfant trépigne d'envie de se mêler au jeu de ses camarades, la plupart du temps l'enfant finit aussi par se couper de son environnement quel qu'il soit, envahit par tant de sensations, cependant la situation d'isolement se met en place bien plus lentement que lorsque l'enfant est agité.

Ainsi, la combinaison visuelle, sonore et kinesthésique est principalement convoquée par l'enfant lorsque celui-ci est agité ou lorsqu'il a très envie de se mêler au jeu de ses camarades. Cette combinaison est relativement éphémère dans le temps.

5 - CONFIGURATIONS SENSIBLES

5.1- CONFIGURATION SPATIALE, SOCIALE, VISUELLE ET SONORE

a- Regroupement au fond du couloir

Nous avons vu précédemment, que l'enfant mettait à profit les affordances de l'espace. De nombreux exemples montrent que, selon ses besoins ou envies, il choisit aussi, sélectionne les configurations sensibles qu'il investit.

Citons l'exemple de la conduite « se réunir » avec les autres enfants au fond du couloir à Echirolles. Comme nous l'avons vu, chaque enfant vit ce moment de façon différente mais le choix de l'endroit où ils se réunissent ne semble pas le fait du hasard. Cet espace se trouve en effet à l'opposé de l'espace commun où se trouvent la plupart du temps les soignants. Ainsi, grâce à cette configuration spatiale, les enfants se trouvent non seulement isolés physiquement, visuellement des adultes mais aussi de façon sonore.

Regroupement au fond des couloirs

Regroupement au fond des couloirs :
Même si leur position les uns par rapport aux autres varie selon les jours, nous pouvons, à chaque fois, retrouver des enfants regroupés et très proches les uns des autres (sur des tricycles ou debout), noyau autour duquel d'autres se tiennent plus ou moins en retrait.
En effet, souvent un des enfants se place sur le toit de la cabane, un peu en retrait par rapport aux autres et en situation dominante. Un autre reste toujours debout cramponné à la rambarde de bois, tandis qu'un autre encore est couché par terre, les pieds sur le mur ou debout appuyé contre le mur. Les autres sont généralement sur des tricycles ou debout, positionnés à l'angle des couloirs du fond, ou dans la cabane mais toujours très proches les uns des autres.

De même, très souvent nous avons pu observer que les enfants les plus grands et possédant un langage, se regroupent dans les couloirs pour discuter. Deux d'entre eux, même, se munissent d'une trottinette qu'ils installent vers le fond du couloir (prés de la cabane) pour s'y asseoir et discuter tranquillement. Leur situation spatiale confirme leur isolement par rapport aux soignants. De plus, nous avons réalisé les mesures qui semblaient nécessaires afin d'aborder les conditions d'intelligibilité des discussions des soignants, situés dans l'espace fauteuils, depuis les couloirs, proches de la cabane. La Clarté depuis les couloirs de la structure s'élève à 1,2 dB (A), le STI et RASTI à 0,60 et enfin le TR est de 0,8 s (moyenne des fréquences 500 Hz à 2 kHz). Ces valeurs sont relativement bonnes d'un point de vue de l'intelligibilité, mais étant donné la

configuration spatiale à laquelle nous nous intéressons, il est clair que le bloc central des sanitaires masque les discussions des soignants situés dans l'espace commun.

L'ensemble des mesures acoustiques montrent que tous les espaces accessibles aux enfants sont favorables à leurs activités : bruit de fond faible, temps de réverbération courts, intelligibilité de la parole excellente, définition et clarté des sons bonnes. Dans cet espace « clair », d'un point de vue acoustique, les enfants trouvent les stratégies pour échapper (visuellement) à la surveillance tout en maintenant un confort sonore pour eux.

Ainsi, les caractéristiques acoustiques des couloirs sont propices à ce que les enfants se sentent coupés, isolés de l'environnement sonore des soignants et peuvent construire, à leur tour, leur propre univers sonore, loin du champ visuel des soignants, de leur surveillance pour se retrouver entre camarades.

b - La cabane : une configuration enveloppante

Les structures d'Echirolles et de la Fondation Vallée disposent d'une cabane de bois à l'intérieur des espaces de vie. De façon quotidienne, les enfants investissent ces sous-espaces. Premièrement, **à l'intérieur de la cabane, les enfants sont physiquement isolés des autres personnes, de leurs activités et de leurs regards du fait des caractéristiques spatiales de ces sous-espaces.** Parfois leurs situations dans l'espace peuvent souligner cet isolement. A Echirolles par exemple, une des cabanes se trouve au fond des couloirs et l'autre dans l'espace commun, dans le recoin que forme la cloison qui sépare « l'espace jeux » de « l'espace fauteuils ». De plus, leurs caractéristiques physiques contribuent à cet isolement. Premièrement, l'éclairement à l'intérieur des cabanes est faible, nous relevons une moyenne de 5 lux (par temps gris sans éclairage) et de 9 lux (par beau temps et sans éclairage). L'homogénéité des éclairements ainsi que les valeurs de luminances traduisent parfaitement une ambiance lumineuse très homogène et sombre, autant d'éléments qui semblent concourir à un effet d'enveloppement. **De la même manière que l'enfant apprécie les configurations spatiales et sonores enveloppantes, nous pouvons penser qu'il apprécie l'effet d'enveloppement[198] lumineux permis par les conditions d'éclairement à l'intérieur**

[198] « *Effet par lequel la lumière homogène et diffuse, donne l'impression d'être complètement plongée dans l'espace nocturne. La lumière donne le sentiment d'être enveloppé. Cette toile de fond ou*

des cabanes. Le faible éclairement peut aussi produire un effet de rétrécissement, soulignant l'effet contenant de la cabane. De plus les caractéristiques acoustiques de ces sous-espaces semblent disposer d'un potentiel intéressant. Par exemple, à Echirolles, nous avons mesuré une valeur de Clarté 80 négative (-1,1 dB), ce qui signifie qu'un enfant placé à l'intérieur de la cabane n'entend pas très distinctement son environnement sonore extérieur à la cabane. Aussi, nous avons pu noter que beaucoup d'enfants profitent de ces caractéristiques pour aller y passer un moment, pour s'y isoler. A l'inverse, les caractéristiques acoustiques à l'intérieur de la cabane sont tout à fait propices aux échanges, l'intelligibilité y est très bonne : l'acoustique est très « sèche », le TR étant de 0,55 s à Echirolles et de 0,4 s à la Fondation, les critères de salles (STI et RASTI) sont bons, compris entre 0,68 et 0,72. Ce sous espace est donc favorable aux discussions entre camarades ainsi qu'aux situations d'isolement dans une enveloppe sonore. En effet, les productions sonores des enfants, à l'intérieur de la cabane, masquent leur environnement sonore, configurations souvent recherchées par l'enfant et relevées au cours de la phase d'observations.

Les configurations spatiales, visuelles et sonores d'un site permettent aux usagers de choisir leur place (physique, matérielle, psychologique et sociale) les uns par rapport aux autres : loin de, à côté de, à proximité mais hors du champ de vision de, à l'opposé de etc. Elles jouent donc un rôle important dans la construction du Moi, dans la connaissance de l'individu par lui-même et dans sa reconnaissance dans le groupe, par les autres.

dominance du micro milieu est dans la plupart du temps offerte par l'éclairage public. » Cf. MOUILLAUD, Claire. *Ambiances urbaines nocturnes et perception de l'éclairage commercial*. DEA : architecture : Grenoble : 2003. Cependant, l'effet d'enveloppement est ici plus entendu dans le sens d'une perception usagère plus englobante.

c- Configurations propices à l'isolement

Nous avons développé un certains nombres de conduites relatives à l'isolement qui ont démontré que l'enfant s'isole dans des situations extrêmement variées que ce soit par rapport au contexte social, spatial ou physique. Cependant nous avons pu relever des configurations sensibles dans lesquelles l'enfant se trouve non seulement isolé de son environnement de façon psychique mais aussi de façon physique, visuelle, lumineuse et sonore. Ce type de configurations n'a été observé que dans la structure d'Echirolles étant donné ses caractéristiques spatiales et physiques (espaces ne bénéficiant pratiquement que d'éclairages artificiels, espaces isolés physiquement, visuellement et de façon sonore de l'espace commun).

Nous évoquerons ici trois exemples. Tout d'abord, celui d'une enfant seule dans les couloirs éteints au fond de la structure. Elle est assise sur une patinette et fait des va et vient incessants et réguliers d'avant en arrière par l'impulsion de ses jambes. Son visage est figé, tendu, sa mâchoire supérieure pince sa lèvre inférieure. Ses yeux sont fixés au plafond, sa tête légèrement penchée en arrière. Tantôt ses mains gesticulent de par et d'autre de son visage tantôt se posent sur le guidon. L'enfant s'est isolé physiquement et psychologiquement de ses camarades et des soignants.

Un autre exemple est celui d'un enfant, seul, allongé par terre dans le hall d'entrée, pendant que ses petits camarades jouent dans l'espace jeux. La lumière des couloirs est éteinte, l'éclairement y est par conséquent faible (3 lux). Cependant, l'enfant s'est placé au seul endroit qui bénéficie d'une lueur, grâce à l'éclairage du bureau des soignants. Il fredonne sans discontinuer et se bouche les oreilles pour s'enfermer dans son propre paysage sonore, les yeux dans le vague, son regard dirigé vers le plafond. L'enfant est immobile.

Nous pouvons ici encore faire référence aux enfants qui s'isolent dans la cabane mais plus précisément, ici, dans celle située au fond des couloirs d'Echirolles.

Autant d'exemples qui soulignent l'importance de la configuration spatiale qui permet à l'enfant de s'isoler physiquement de ses camarades et des soignants restés dans l'espace commun de la structure, mais isolement aussi visuel et sonore. L'enfant ne voit et n'entend personne. Cependant nous pensons que les conditions d'éclairement sont un facteur déterminant dans le choix de l'enfant. En effet, le très faible éclairement de ces

espaces induit une quasi inexistence des sensations visuelles et un rétrécissement du champ de vision de l'enfant sur son environnement, paramètres l'aidant à faire abstraction visuellement et psychologiquement de ce dernier. De plus, un espace à faible éclairement représente pour l'enfant un moyen de s'effacer du regard des autres. Par rapport à la surveillance qu'il pratique opère presque systématiquement, soit de façon directe, soit grâce à une attention flottante, sur son entourage, l'enfant sait qu'il est seul dans les couloirs et nous pensons qu'il concentre son attention sur les informations sonores venant de l'environnement.

Précisons ici que nous avons observé certains enfants éteindre délibérément l'éclairage artificiel des espaces de circulations avant de s'y isoler. Cependant, nous pouvons remarquer que les enfants ne sont jamais dans un espace totalement sombre, obscur : la lumière du bureau illumine le hall d'entrée, la cabane et le fond des couloirs bénéficient d'un peu de clarté provenant de la fenêtre.

Ainsi, nous avançons l'hypothèse qu'un espace à faible éclairement, mais non obscur, est propice aux conditions d'isolement. L'espace est reposant (réduction des sensations visuelles), limite la perception visuelle que l'enfant peut avoir de son environnement mais reste sécurisant.

Nous pouvons insister sur le fait que ces situations d'isolement sont les seules fois où nous avons pu observer un enfant seul dans un espace sombre de la structure.

Mais nous pouvons affirmer que l'enfant recherche non seulement des stimulations sensorielles pour s'isoler mais recherche aussi des configurations lui permettant de gommer le plus possible les diverses stimulations environnementales.

5.2- CONFIGURATIONS SPATIALES VISUELLES, SONORES ET TACTILES

Dans la première partie de nos résultats nous avons abordé la conduite « se poster » comme prise de repère importante pour les enfants, que ce soit à leur arrivée le matin ou

au retour d'une activité extérieure à la structure. Nous avons pu relever que les endroits où se postent les enfants ne sont pas anodins.

a- Un angle contenant

L'enfant affectionne particulièrement les angles rentrant, où il s'adosse, s'accroupit, s'assoit ou s'allonge. Cette configuration spatiale présente l'avantage de réduire les angles de vision morts mais aussi les possibilités d'attaque. Les angles les plus souvent investis sont généralement ceux qui offrent le meilleur champ de surveillance sur les différents espaces des structures tout en offrant à l'enfant la plus grande marge de manœuvre, possibilité d'anticiper en cas de nécessité mais nous observons de nombreuses configurations (Cf. figures suivantes). L'enfant regarde et écoute attentivement tout ce qui se passe autour de lui ou s'isole en gardant un œil ou une oreille sur ce qui l'entoure. Nous verrons que, lorsque l'enfant investit une configuration contenante qui n'offre pas d'angle de surveillance stratégique ni de possibilité de fuite, c'est parce que celui-ci n'a pas de raison de se trouver en danger (Cf. dernière figure « un angle contenant »).

Un angle contenant :
L'enfant s'asseoit dans un angle du groupe de vie. Il semble coupé de son environnement. Pourtant, lorsque ses camarades s'approchent de lui, il replie ses jambes contre sa poitrine.

0 1 2 3 4 m

L'enfant se blottit dans un angle de couloir, principalement celui-ci parce qu'il semble offrir non seulement le meilleur point de surveillance sur ce qui se passe dans les couloirs mais aussi la plus grande liberté d'action si l'enfant se sent en danger (possibilité de fuite dans deux directions opposées). En effet, les angles situés aux fonds des couloirs, dans les culs de sac, semblent bien plus contenant mais moins intéressants du point de vue de l'angle de vision et de la liberté d'action qu'ils offrent.

Lorsque ses camarades se trouvent au fond des couloirs, proches de la cabane, il ne les quitte pas des yeux, cependant s'il entend des grincements de tricycle provenant de l'autre côté (côté entrée), il se retourne précipitamment. Tant que son camarade sur le tricycle n'apparaît pas, il fait osciller son regard entre le fond des couloirs, où se trouvent certains de ses camarades, et l'entrée, d'où proviennent les grincements. Puis, lorsque le tricycle apparaît il ne le lâche pas des yeux jusqu'à qu'il se soit éloigné de lui. **En définitive, les dimensions visuelle et sonore lui permettent toutes deux de monter la garde mais l'enfant privilégie toujours la surveillance de ses camarades les plus proches de lui. Lorsque l'un d'entre eux passe devant et proche de lui, l'enfant a tendance à se coller à la paroi ou à s'accrocher à la rambarde ; il refuse le regard de l'autre**. Quelquefois, l'enfant se déplace, s'avance un peu, pour essayer de voir plus loin, mais dès qu'une personne arrive, il regagne rapidement son poste : prioritairement l'angle rentrant dans lequel il se trouvait. Mais, s'il se trouve au milieu des couloirs, trop loin de son poste d'origine, il colle son dos au mur, jusqu'à ce que la personne passe son chemin. Le toucher est ici capital.

Un angle contenant :

L'enfant s'est accroupi dans un angle très contenant de la structure : situé dans une alcôve du bâtiment. Celui-ci semble en retrait par rapport à la vie sociale de la structure et, contrairement aux configurations précédentes, n'offre pas à l'enfant une vue très dégagée sur son environnement.

Un angle contenant :

A Echirolles, un des enfants passe le plus clair de son temps assis dans l'espace fauteuil, toujours à la même place : sur un fauteuil, dos aux baies vitrées, où personne ne peut passer derrière lui et où l'espace est contenant grâce au retour de cloison qui réduit aussi son champ de vision.

Un angle contenant :
A la Fondation Vallée, beaucoup d'enfants investissent la seconde partie du groupe mais nous nous limiterons ici à évoquer l'un d'entre eux dont les comportements sont particulièrement intéressants. Mais tout d'abord soulignons le fait que cette partie du groupe, de petite surface, se situe derrière les meubles « de séparation », en retrait par rapport à la porte d'entrée et aux larges fenêtres qui donnent sur la cour de la structure et par conséquent en retrait par rapport aux allers et venus de certains enfants qui vont et viennent entre l'extérieur et l'intérieur du groupe et par rapport aux nuisances sonores extérieures (jeux de ballon, cris, productions sonores extérieures à la structure comme les aboiements de chien). Elle est d'autant plus contenante que l'enfant s'installe à même le sol, sur le tapis. Du point de vue des conditions de l'éclairage, nous pouvons noter le faible éclairement présent dans l'angle formé par la paroi vertical et les meubles de séparation[199].

Cependant, contrairement aux configurations abordées précédemment, celle-ci n'offre aucune vue dégagée sur le groupe. D'ailleurs, lorsque l'enfant s'y installe, premièrement, ce n'est jamais pour observer ce qui se passe dans le groupe, mais principalement pour s'isoler ou faire une activité (pâte à modeler, dessin, lecture) et, deuxièmement, c'est principalement soit parce qu'il est seul dans le groupe soit parce que peu de ses camarades les moins turbulents sont présents. La posture de l'enfant ainsi que l'importance du contact varie d'une situation à l'autre. Lorsque l'enfant dessine ou fait de la pâte à modeler, il est principalement installé autour de la table ; lorsqu'il regarde un livre, il est assis sur le tapis tandis que lorsqu'il est en situation d'isolement, l'enfant est principalement allongé sur le tapis (le plus souvent à plat ventre ou sur le côté).

b- Un champ de vision le plus large possible

A Mosaïque, l'enfant s'adosse dans l'entrée de la structure, au niveau de la courbe saillante qui lui offre le meilleur point de vue et d'écoute depuis l'entrée jusque dans les couloirs. L'enfant balaye attentivement du regard son environnement. **Lorsque la structure est calme, son regard ne s'attarde sur rien de particulier et parfois même**

[199] Par beau temps, nous y relevons 20 à 22 lux, par mauvais temps avec éclairage artificiel : de 2 à 4 lux et par mauvais temps sans éclairage artificiel : de 45 à 70 lux.

relâche son attention tandis que si ses camarades sont agités et ont des activités dans l'entrée ou les espaces de circulations alors l'enfant ne les quitte pas des yeux et suit leurs déplacements avec beaucoup d'intérêt. De façon systématique, le dos est consciencieusement collé au mur. Rappelons ici une anecdote soulignant bien l'importance du contact. Un matin, dés son arrivée dans la structure G. se précipite contre la courbe saillante de l'entrée. Tout son corps est en contact avec la paroi, depuis sa tête jusqu'à ses bras et ses talons. Un moment après, une adulte lui demande d'enlever sa veste. G. s'exécute. Il enlève d'abord un bras en ne décollant de la paroi qu'une partie de son corps. Puis l'autre, toujours en prenant garde de ne jamais perdre totalement le contact. Puis il reprend sa position initiale. G. a enlevé les manches de sa veste mais celle-ci est coincée entre son dos et le mur. L'enfant restera ainsi un moment avant de venir s'asseoir par terre proche des soignants devant l'entrée du groupe de vie. **Nous pensons que le contact de l'enfant avec la paroi est proportionnel soit à l'agitation de la structure soit à sa difficulté à vivre le moment**. Suivant les enfants, l'échange de regard est parfois accepté, parfois refusé.

Un large champ de vision : Ce poste est très apprécié des enfants, particulièrement le matin, à leur arrivée dans la structure : il offre un large champ de vision sur les espaces de circulation et se trouve à proximité de l'entrée.

c- Une courbe contenante

De nombreux enfants viennent s'adosser mais, le plus souvent encore, s'asseoir dans le couloir de Mosaïque, au niveau de l'espace concave de la courbe. Celle-ci offre non seulement un point de vue intéressant à l'enfant (sur toute la circulation), avec la réduction de son champ de vision par rapport à la configuration précédente mais aussi un espace contenant. En effet, cet espace est l'endroit le plus contenant des espaces de circulation. De plus, soulignons que la posture de l'enfant nous renseigne sur sa vigilance par rapport à son environnement. Lorsque l'enfant est debout nous observons qu'il est davantage aux aguets par rapport à son environnement visuel et sonore que lorsqu'il est assis. Il semble alors davantage dans une situation propice à l'isolement, plus détendu.

Une courbe contenante :
En se postant dans cette partie concave de la paroi courbe, nous pouvons souligner que l'enfant choisit une configuration relativement contenante mais aussi un point de vue imprenable sur tous les espaces de circulation. En effet, dans la structure, il existe d'autres configurations contenantes (portions de courbes concaves, comme par exemple devant l'entrée des groupes de vie) mais celles-ci offrent un point de vue beaucoup moins avantageux.

d- Une paroi sécurisante

Toutes les parois des espaces de vie offrent un potentiel intéressant à l'enfant : la possibilité de s'y adosser pour observer son environnement. Cependant nous pouvons noter que l'enfant choisit des emplacements différents offrant un champ de vision plus ou moins important, une configuration plus ou moins contenante.

Une paroi sécurisante :

Un enfant investit très souvent cet espace au cours de la journée, espace qui semble le plus approprié pour surveiller son environnement. Tout d'abord, l'enfant peut suivre ce que font ses camarades souvent regroupés prés de la cabane dans les espaces de circulations, puis, il peut surveiller tout ce qui se passe devant l'espace commun et les allers et venus des soignants entre l'espace commun et la salle d'équipe. Enfin, il profite d'une vue imprenable sur l'entrée et les jeux moteurs de ses camarades. Tout ceci, en préservant toujours une certaine distance bien rassurante. Cependant, nous avons pu observer que l'enfant est généralement assis par terre, le dos appuyé contre le mur mais que si un certain nombre de ses camarades vont et viennent dans les couloirs et passent régulièrement près de lui, celui-ci reste debout en collant consciencieusement son dos au mur.

Une paroi sécurisante :
De nombreux enfants s'adossent ou s'accroupissent contre le mur, face aux groupes de vie. De là, ils bénéficient d'une vue intéressante sur les espaces de circulation ainsi que sur la porte d'entrée des groupes, qu'ils soient proches de soignants et d'enfants ou pas.

Une paroi sécurisante :

L'enfant est adossé contre un mur du groupe de vie, derrière la petite table, entre le meuble haut et la baie. Cette configuration est contenante, mais peut sembler enfermante, étant donné que pour quitter cet espace l'enfant doit contourner la table et emprunter des passages le plus souvent encombrés (chaises, enfants, adultes). Aussi, nous pensons que c'est la raison pour laquelle cette situation est principalement observable en été, lorsque les baies sont largement ouvertes sur l'extérieur.

Une paroi rassurante :
Chaque matin, un des enfants se poste contre le mur, face à l'espace commun et y reste un moment avant d'investir les espaces de jeux. Tantôt son regard est absent, l'enfant semble perdu dans ses pensées, tantôt il regarde autour de lui. Au cours de la journée, il lui arrive de réinvestir son poste, mais toujours lorsque la plupart de ses camarades se trouvent dans l'espace commun et n'investissent pas les couloirs avec des jeux moteurs (courses, tricycle). Par conséquent, à des moments où l'enfant ne sera pas dérangé par des allers et venus intempestifs. Aussi, nous pensons que la situation de retrait par rapport à une forte densité d'occupation, le point d'observation ainsi que la liberté d'action (possibilité de fuite) qu'offre cet espace est particulièrement apprécié par l'enfant.

Ainsi, nous avons relevé différentes configurations qui soulignent parfaitement la manière dont l'enfant, selon ses possibilités, ses besoins, sélectionne les espaces qu'il investit et profite de leurs affordances. En effet, les configurations relevées ne sont pas innocentes, mais le plus souvent stratégiques. Cependant, en fonction de ses possibilités, l'enfant réduit ou augmente l'ampleur de son champ de vision, l'ampleur du territoire qu'il surveille, la dimension contenante des configurations, sa distance par rapport aux autres ainsi que ses possibilités de fuites en cas de danger. Dans sa quête incessante de protection, l'enfant se sert de l'espace construit et de ses caractéristiques physiques pour se protéger.

Ainsi, certaines configurations sont en adéquation avec la volonté des usagers et permettent de conforter leur volonté. Nous pouvons penser qu'il existe des configurations spatiales qui « mettent en scène », qui « protègent », qui « regroupent », qui « séparent ».

5.3- CONFIGURATIONS SPATIALES MOTRICES

Au cours de nos observations nous avons pu relever des configurations motrices, motivées par la dimension spatiale, sonore, visuelle ou tactile.

a- Configuration spatiale motrice, visuelle et sonore

A Echirolles, lorsque les grands sont accueillis dans la structure, nous constatons premièrement qu'ils investissent davantage les couloirs que les autres espaces de vie de la structure et deuxièmement que l'ambiance y est beaucoup plus dynamique que les autres jours où la structure accueille peu d'enfants et principalement les plus petits, soit les plus régressés : l'activité principale des grands étant les jeux moteurs (trottinette, tricycle, course).

Nous pensons que les caractéristiques spatiales et physiques des couloirs offrent aux enfants un parcours propice aux jeux moteurs.

Premièrement, la grande longueur des couloirs (environ 29 m) entièrement éclairée offre à l'enfant un champ de vision profond, ce qui lui permet d'anticiper : d'accélérer quand il n'y a personne devant lui et de ralentir dans le cas inverse. De plus, les éclairages artificiels (tubes de 1,2 m de longueur) créent un effet d'approfondissement.

En se réfléchissant sur le sol et en dessinant de grands rais lumineux longitudinaux au niveau de l'axe central des couloirs, ils soulignent la perspective, l'impression d'étroitesse et de longueur de ces espaces (Cf. photo « perspective des espaces de circulations »). Sachant que la lumière construit l'espace et participe à la perception qu'en a un individu celle-ci peut favoriser certaines activités usagères, certaines formes d'occupation et la dimension dynamique de l'ambiance.

Deuxièmement, les rambardes de bois foncé mises en œuvre de part et d'autres des couloirs à 1 m du sol soulignent également la perspective que nous pouvons en avoir.

Troisièmement, l'étroitesse des couloirs semble, quant à elle, intervenir de deux façons. En effet, elle conditionne l'investissement de l'espace central du couloir[200] pour conserver une liberté de mouvement loin des deux murs latéraux. Mais ne peut-elle pas également accentuer une sensation de vitesse : à vitesse identique, des parois latérales proches de la trajectoire seront perçues comme beaucoup plus vite dépassées que des parois latérales plus éloignées de la trajectoire. Ainsi cette perception augmente une sensation de vitesse.

Perspective sur les espaces de circulations

Parcours de jeux

[200] Ceci concerne les plus grands et par conséquent les moins régressés. A l'inverse, les enfants les plus en difficulté investissent davantage les espaces proches des parois voir même en contact avec les parois et la rambarde de bois pour trouver un soutien psychologique.

Quatrièmement, le fait que les couloirs soient isolés visuellement et de façon sonore des soignants offre aux enfants l'impression d'échapper davantage à la surveillance des soignants et une plus grande liberté d'action quant à l'intensité de leurs productions sonores.

Ce type de configurations a été principalement observé à Echirolles qui dispose de longs couloirs et de divers jeux moteurs à l'intérieur même des locaux. Même si Mosaïque dispose de larges espaces de circulations, ces configurations sont beaucoup moins observables et ne concernent que quelques enfants qui se courent après.

b- Configuration spatiale motrice et tactile

Une configuration récurrente dans nos différents terrains d'observations est celle d'enfants franchissant le passage d'une porte. Nous observons une accélération notable du déplacement des enfants qui s'intensifie encore au niveau du rétrécissement du cheminement. Lorsqu'un seul enfant passe par une porte, cela est très variable selon le contexte, selon la localisation de la porte et le fait qu'elle soit habituellement ouverte ou fermée. Comme nous l'avons abordé précédemment, l'ouverture d'une porte attire irrésistiblement l'enfant. Cependant lorsque plusieurs enfants franchissent une porte généralement fermée, nous observons cette accélération et lorsque un groupe important d'enfants la franchit, l'accélération se vérifie même lorsque les portes sont généralement ouvertes. Nous pensons que la dimension sociale, le nombre et la densité

des enfants, est ici très importante. La densité d'enfants provoque forcément le ralentissement de leur déplacement et nous ressentons davantage que lorsqu'il y a moins

Plan du passage salle à manger/couloir

d'enfants, tout d'abord leur trépignement, leur impatience puis l'accélération au niveau du passage lorsque le chemin se dégage. La promiscuité des enfants, le fait qu'ils soient en contact les uns des autres amènent à un refus du regard : l'enfant baisse les yeux et ne regarde pas autour de lui, il guette le moment où il pourra franchir le rétrécissement. Curieusement, alors que ces enfants ont du mal à vivre une grande proximité avec l'autre, ils s'engagent, s'agglutinent devant la porte.

Même si la configuration spatiale (passage étroit) joue un rôle important de canalisation du flux, et participe à l'accélération du mouvement, la concentration des enfants semble prépondérante dans leur vitesse de déplacement. Cependant, le désir de franchir la porte semble rester prédominant pour l'enfant.

c- Configuration spatiale motrice, visuelle et tactile

Nous avons évoqué dans les conduites d'isolement en mouvement, qu'à l'hôpital Mosaïque une partie des espaces de circulation constituée un chevêtre pour les enfants de la structure : la partie concave de la courbe et, dans sa continuité, la naissance de la courbe saillante (pour mémoire se référer au plan de situation ci-après).

La plupart des enfants qui s'isolent en mouvement empruntent ce même chemin, et maintiennent un contact avec le mur, dont le degré varie d'une fois sur l'autre et d'un enfant à l'autre. Le contact peut aller de tout le côté du corps à une main au bout du bras tendu. Lorsque tout le côté du corps est en contact avec le mur, nous pouvons souligner que cela concerne généralement les enfants les plus régressés, alors qu'il semble difficile d'appuyer les autres cas de figures par une quelconque explication. En effet, au cours de nos observations, lorsque apparaît ce *chevêtre*, cette portion de couloir n'est jamais investie par un grand nombre d'enfant. Aussi, dans ce cas précis, la densité, la proximité et la population ne peuvent en rien motiver le besoin de contact de l'enfant. Cependant, précisons que dans ce type de conduites, certains enfants passent proches de la paroi verticale sans jamais la toucher. Lors d'une configuration précédente, nous avons noté que le creux de la courbe était non seulement contenant mais soulignait l'animation des espaces de circulation. De plus, nous pensons que la lumière peut avoir une grande importance. En effet, comme le souligne les photographies ci-après, grâce à l'existence de larges baies au fond des espaces de circulation, la lumière naturelle met en relief la courbe et la matière, alors que la partie convexe qui lui fait face semble toujours dans l'ombre. Les luminances[201] relevées ne soulignent l'existence d'aucun contraste mais illustrent nos propos.

La lumière naturelle met en relief les courbes des espaces de circulation (luminances relevées par beau temps en Cd/m²).

[201] Rappel : la luminance permet de quantifier l'impression lumineuse perçue par un observateur.

Nous pouvons ajouter que, le plus souvent, les enfants vont jusqu'aux baies avant de revenir vers les groupes de vie en empruntant la zone centrale des espaces de circulation. Là encore, nous pouvons penser que la luminosité, qu'offrent les larges baies qui s'ouvrent sur le jardin, constitue un effet d'attraction visuelle pour l'enfant.

La lumière semble ici souligner les *affordances* de l'espace sensible : l'animation de la paroi courbe, sa matière et la qualité contenante de sa partie concave.

5.4- CONFIGURATIONS SPATIALES, SENSORIELLES ET SOCIALES

a- La concentration

L'exemple de concentration le plus éloquent est celui de l'arrivée des enfants dans le hall d'entrée de l'hôpital d'Echirolles.

Les soignants, les enfants et les chauffeurs de taxis sont réunis dans le hall d'entrée de faible superficie (environ 5 m² au niveau de l'élargissement de l'entrée, environ 13 m² en comptant le prolongement des couloirs). L'ambiance y est très sonore, mais nous percevons, ici, davantage les productions sonores des soignants que celles des enfants. Ces derniers restent pour la plupart assez calmes. Les activités sont ciblées (dire bonjour, poser ses affaires…), effectuées comme des rituels habituels. Ce premier moment dans la structure est chaque jour identique, mais reste toujours un peu inquiétant pour les enfants : ils appréhendent les retrouvailles, la journée à venir.

Les facteurs sensibles convoqués sont principalement l'ouïe, la vue et le tactile. Dés l'arrivée des enfants dans la structure, le regard est capital : il est à l'affût du moindre repère sécurisant, par conséquent prioritairement axé vers le soignant de l'enfant. Une fois ce repère localisé, la vue peut être refusée. L'enfant agit comme s'il avait besoin d'un premier repère affectif avant de s'isoler de son environnement social, situation dans laquelle il restera jusqu'à ce qu'il ait pris ses repères au sein de la structure (de l'espace de référence des enfants : l'espace commun). Pour certains, le sonore est implicitement convoqué comme moyen de communication avec leur soignant. Pour d'autres, le sonore est comparable à la vue : il est souvent accepté dans les premières minutes pour être très

vite refusé. En effet, aucun enfant ne se bouche les oreilles, mais les questions qui leurs sont adressées restent souvent sans réponses, jusqu'à ce qu'ils aient trouvé leur place dans la structure.

Le toucher semble ici très important : soit l'enfant garde à la main un objet personnel pendant un moment, soit, il concentre son toucher sur son propre corps, sur ses vêtements.

Cette forme d'occupation se caractérise par une forte concentration d'individus dans un espace de petite superficie. Il existe donc une grande proximité entre les chauffeurs de taxis, les soignants et les enfants, mais elle ne semble pas ici gêner ces derniers qui semblent faire abstraction de leur environnement pour se concentrer sur leur soignant. Les niveaux sonores sont élevés, les activités sont axées sur « l'arrivée ».

b- La dispersion

Souvent, au cours de la journée, les enfants se dispersent dans la structure : certains jouent dans les couloirs, d'autres dans l'espace jeux, d'autres encore restent avec les soignants qui, eux, sont regroupés dans l'espace fauteuils.

Cette configuration est beaucoup moins sujette à de forts niveaux sonores, une forte agitation. Chacun est à ses occupations, mais presque tous les enfants sont isolés les uns des autres, seuls quelques groupes de deux ou trois se forment. Il est tout de même important de préciser qu'il est tout à fait possible qu'un groupe de deux ou trois s'agite mais ceci est tout de même moins fréquent que pour les configurations caractérisées par une concentration supérieure. Cette agitation, quoi qu'il en soit, sera toujours moins sonore et motrice.

Dans ce type de configuration, la plupart des enfants acceptent leur environnement sonore et visuel, même si certains s'appliquent encore à le refuser (main sur les oreilles, fredonnements incessants, regards dans le vide). En effet, les jeux de regards, la dimension sonore et tactile permettent à l'enfant de créer des liens (communiquer, prendre quelqu'un par la main). Nous relevons des c**onfigurations multisensorielles** mettant en éveil la quasi totalité des facteurs sensibles mais principalement **le sonore, le visuel et le tactile.** Ici le sonore et le visuel permettent le plus souvent à l'enfant de surveiller son environnement et tiennent un rôle social. Quant au tactile, en plus d'un rôle social, il est sollicité comme source de réconfort.

Exemple de dispersion

Il semble que la dispersion se caractérise par de plus faibles niveaux sonores que précédemment. Chacun vaque à ses occupations. Nous observons diverses activités comme la « lecture », les jeux sur le trampoline, les jeux de construction, mais beaucoup profitent de cette situation pour s'isoler. Est-ce la dispersion, la faible densité d'enfants qui favorise l'isolement de ces derniers ? Ou est-ce au contraire, la recherche d'isolement qui est à l'origine de la dispersion ?

c- La « file indienne »

A la Fondation Vallée, lorsque les enfants qui empruntent le car de la structure arrivent dans les locaux, ils sont très nombreux. Une fois la porte d'entrée franchie, ils empruntent les espaces de circulations relativement étroits. Ils se suivent tous en file indienne pour regagner leur groupe, ils sont proches les uns des autres. Lorsqu'un ou plusieurs adultes sont présents dans les couloirs et leur disent bonjour, nous observons divers comportements. Par rapport à la vue, la plupart des enfants refusent catégoriquement d'échanger un regard et se déplacent les yeux rivés au sol.

0 1 2 3 4 m

« La file indienne »

Cependant, quelques uns jettent un regard furtif, timide, la tête penchée en avant, seuls les yeux bougent. Par rapport à la dimension sonore, il en va de même. Certains enfants répondent aux bonjours des adultes, d'autres restent mutiques tandis que d'autres encore hésitent et finissent à leur tour par dire bonjour, principalement lorsque les adultes s'adressent à eux de façon nominative et en réitérant leur paroles « bonjour G. ».

Le contact a ici une grande importance. Premièrement, il arrive que les enfants mettent la main sur le cartable du camarade qui se trouve devant eux ou le touchent indépendamment de leur volonté à cause d'un ralentissement. Certains se déplacent en faisant glisser leur main sur le mur. Deuxièmement, nous observons de nombreux enfants concentrer leur toucher sur leurs vêtements ou leur propre corps : un enfant entortille le cordon de sa veste autour de sa main, un autre a empoigné son tee-shirt et ne le lâche plus tandis qu'un autre encore frotte ses mains l'une contre l'autre. La vitesse de déplacement est variable, mais nous pouvons souligner le fait que lorsque celle-ci est lente, du fait de l'engorgement des espaces de circulations, l'enfant semble davantage refuser son environnement visuel et sonore et solliciter davantage le toucher.

Dans un espace de circulation, étroit qui plus est, lorsque des personnes sont présentes à un moment donné du déplacement, regardent les enfants et s'adressent à eux, nous observons la plupart du temps l'évitement du regard, la difficulté de répondre aux soignants et à la concentration du toucher sur l'enfant.

Tous les facteurs précédemment cités sont à envisager dans une dynamique temporelle. En effet, comme nous l'avons souligné dans la problématique, les usages, sont fondamentaux dans la formation d'une ambiance située, mais le temps est aussi un facteur prépondérant.

Dans un contexte donné, c'est au cours du temps que varie, se modifie une ambiance ; c'est au cours du temps que se modifient les facteurs sociaux, physiques, spatiaux et sensibles qui concourent à la formation d'une ambiance. Le temps nous apparaît ici comme un facteur traversant les ambiances, ses différents autres facteurs et les combinaisons de facteurs déjà abordés.

6 - FACTEURS TEMPORELS

6.1 - ENTRE IMMUTABILITE ET INSTABILITE

Les enfants présentant des troubles psychiques sont dans une quête permanente de repères temporels et affectionnent particulièrement la stabilité du quotidien. Premièrement, comme l'illustrent les conduites mises à jour dans la première partie de nos résultats, l'enfant met en place des rituels pour l'aider à prendre ses repères le matin à son arrivée dans la structure et à différents moments de la journée, principalement lorsqu'il revient d'une activité qui se déroule à l'extérieur des locaux, après le repas ou, parfois aussi, après avoir été très perturbé, angoissé. En effet, chaque matin, pendant les dix à quinze premières minutes, chaque enfant réitère les mêmes rituels et ce quelque soit la structure : se diriger dans son groupe de vie, déposer ses affaires, garder un moment sa veste, faire un tour dans le groupe pour voir si rien n'a changé, faire toujours la même activité etc. : autant d'actions et d'activités immuables et indispensables à la prise de repère de l'enfant. Deuxièmement, chaque enfant possède un emploi du temps. Celui-ci répartit sur la semaine les différentes prises en charges (école, jardin d'enfants, sport, pataugeoire etc.) de l'enfant et reste le même pendant toute l'année. Nous avons pu observer très fréquemment que le fait de questionner son soignant sur son emploi du temps, sur la nature de la prochaine activité, sur l'heure de l'école, était plus un besoin d'être rassuré, de vérifier, cette fois-ci au niveau du temps, que rien n'avait changé plutôt que de vraiment découvrir son planning de la journée. A force d'explications, de sédimentation des choses et du temps, la plupart d'entre eux finissent par connaître globalement leur emploi du temps. Cependant, au-delà des activités planifiées, les jeux des enfants au cours de la journée pendant leurs moments libres montrent à leur tour une certaine récurrence, particulièrement pour les enfants les plus régressés : l'enfant joue toujours au même jeu, regarde toujours le même livre, va toujours jouer dans le cour avant le repas, va systématiquement faire la même chose mais avec des petits jeux différents etc. Lorsqu'une activité ne peut pas avoir lieu en l'absence, par exemple, du soignant responsable, certains enfants ont beaucoup de mal à vivre ce changement qui

pour eux représente un bouleversement très angoissant. Un retard peut parfois être aussi mal vécu.

Ainsi, les rituels de prises de repères, les activités et les jeux récurrents des enfants sont autant d'éléments soulignant la dimension immuable du temps au sein de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques. Chaque jour doit respecter un déroulement sans surprise depuis le matin jusqu'au départ de l'enfant.

Pourtant, paradoxalement, quelque soit la situation et la conduite des enfants (que ceux-ci soient dans l'échange, en train de bouquiner, de faire du tricycle etc.), la dimension temporelle reste toujours instable. En effet, l'enfant peut à tout moment soit quitter son activité, être soudain profondément angoissé, soit se refermer sur lui-même, se couper de son environnement sans qu'il y ait systématiquement un élément extérieur clairement repérable. Aussi, toutes les activités des enfants sont relativement éphémères, nous constatons régulièrement, après un moment plus ou moins long selon l'enfant, que celui-ci a basculé dans une situation d'isolement. **Nous pensons d'ailleurs que la fréquence à laquelle s'isolent les enfants participe à rendre le temps immuable, suspendu, lisse sans plus aucune stimulation extérieure.**

Pour mieux comprendre, appuyons-nous ici sur l'exemple de l'activité pataugeoire. En effet, nous avons vu précédemment que les enfants actionnent les moteurs du jacuzzi pour le plaisir de l'effet de bourdon que cela procure. Sitôt que le programme est terminé, un des enfants sort du bassin et vient le réamorcer. Cependant, après environ une vingtaine de minutes d'activité, il semble difficile d'associer le geste de l'enfant à une recherche d'effet de bourdon, car celui-ci n'attend plus la fin du programme pour venir appuyer sur le bouton. Il semble que l'enfant se soit enfermé dans une enveloppe sonore, un parcours et des gestes récurrents.

Aussi la dimension sonore essentiellement temporelle reste paradoxale pour l'enfant qui est à la fois dans une recherche d'immuable et à la fois dans l'incapacité de se poser. Pouvons-nous penser que la trop grande sensibilité de l'enfant à son environnement est ici déterminante ?

6.2 - LES ENTRE-DEUX D'ACTIVITES

Les moments les plus agités que nous pouvons observer dans les différentes structures sont les moments d'entre-deux d'activités. Ce sont tous les moments où l'enfant passe d'une activité à l'autre, d'un espace à un autre - comme l'arrivée, le départ- ou à une activité qui a lieu en dehors des locaux de la structure, ou encore les après repas, les retours d'activités etc. Ces entre-deux d'activités sont souvent difficiles à vivre pour les enfants présentant des troubles psychiques. Mis à part la mise en place de rituels, qui les aident à mieux vivre ces transitions comme nous l'avons vu précédemment, nous observons que ces moments sont les plus sonores, comme s'il fallait un temps pour que chacun ait repris ses marques, se soit posé.

Aussi la difficulté à vivre ces transitions des enfants nous amène à nous questionner sur l'espace. A Echirolles, le matin, comme nous l'avons détaillé précédemment, chaque enfant est accueilli par son soignant référent qui constitue pour lui un repère primordial. Ce fonctionnement et l'aménagement de l'espace (entrée repérée et marquée par la présence de casiers, différenciée des espaces de vie) semblent offrir à l'enfant un temps de transition privilégié pour l'enfant. En effet, nous savons que l'arrivée est un moment difficile à vivre pour l'enfant. Dans cette configuration, même si il y a beaucoup de monde en même temps étant donné que les chauffeurs de taxis accompagnent les enfants jusque dans l'entrée et que les enfants arrivent généralement par petits groupes, l'enfant est en présence de son soignant, il sait qu'on l'attend, il est accueilli personnellement, il échange quelques mots, parfois quelques regards avec son soignant qui le soutient si le moment est particulièrement difficile. Les quelques premières minutes passées avec l'enfant permettent aux soignants de voir si ce matin l'enfant va bien ou semble inquiet, voire même très angoissé et, en fonction de cette appréciation, il met en place plus ou moins de soutien. Une fois que l'enfant et son soignant se sont dit bonjour, embrassés, vient le moment de poser ses affaires, son sac, sa veste, moment souvent difficile comme l'ont souligné les conduites spatiales, sociales et affectives des enfants. Encore une fois, le soignant est présent pour aider l'enfant dans cette démarche, il l'accompagne, parfois l'aide à déboutonner son manteau ou à déposer ce qui risque d'encombrer l'enfant. Cependant, à aucun moment, un soignant n'a obligé un enfant à enlever sa veste. Dans cette nouvelle étape, la présence des casiers pourrait jouer un rôle important. En effet, chaque enfant possède son propre casier, souvent personnalisé par

un prénom, une image. Le fait de déposer son sac, son blouson dans son casier représente un rituel important, au niveau pratique comme au niveau symbolique. En effet, le casier est un repère pour l'enfant : ses affaires y sont déposées à son arrivée dans la structure et il sait, qu'à tout moment, il peut venir y chercher quelque chose (un pull, un jouet, un objet personnel) ou, à l'inverse, y déposer quelque chose. Ils savent aussi que ce repère est stable, immuable. Au niveau symbolique, le casier est la formalisation de la transition d'un lieu à un autre, d'une activité à une autre.

Nous pouvons ici évoquer des situations familières. Au théâtre, les transitions du comédien sont les costumes, les loges et les coulisses. Avant chaque représentation, il revêt un costume, élément qui lui permet de se mettre dans la peau d'une autre personne et donc souvent de se comporter différemment que dans la vie de tous les jours. Une fois son costume enfilé, il n'est plus le même, "tout est permis". Le fait de passer par ces différents temps intermédiaires l'aide à se mettre dans l'ambiance de son rôle ou à rejoindre une autre réalité lorsque la représentation est terminée. Pour un enfant en difficulté psychique qui assiste dans une journée à différentes activités, chacune lui faisant vivre des choses différentes, parfois même le plongeant dans de fortes angoisses, un espace de transition pourrait lui permettre de mieux vivre les temps d'accueil, le passage d'un espace à l'autre. Une fois les affaires déposées, l'enfant et son soignant pénètrent ensemble dans les lieux de vie de la structure, moment privilégié pour l'enfant : le soignant peut lui adresser quelques mots de réconfort, lui tenir la main ou écouter ce que l'enfant peut vouloir lui dire.

Il est vrai qu'à Echirolles, contrairement aux deux autres structures, étant donné que chacun d'eux a déjà retrouvé son soignant au moment de leur arrivée dans les locaux, les enfants, une fois dans les espaces de vie, ne semblent plus préoccupés par la recherche de leur présence. De plus, nous remarquons qu'aucun d'eux ne garde sa veste un moment, seuls deux d'entre eux préservent un objet personnel ; cependant cet élément semble bien secondaire par rapport au précédent.

Aussi nous pensons que cette configuration spatiale et sociale est susceptible d'offrir à l'enfant un espace de transition, espace matérialisant un temps de transition, un moment privilégié que l'enfant peut partager avec son soignant. Ils peuvent échanger quelques mots, quelques regards. Le soignant peut entourer l'enfant, s'il sent que l'arrivée est particulièrement difficile et peuvent se diriger

vers l'espace de vie ensemble, main dans la main ou chacun de leur côté selon les besoins de l'enfant. Il en va de même lors du départ de l'enfant.

Nous discutons ici de la possibilité de matérialiser par différents aménagements un temps de transition, d'arrivée pour les enfants mais cette réflexion peut se développer à différentes échelles de la structure (de l'espace de la famille à l'espace de la structure, du groupe de vie aux espaces d'activités, du groupe de vie à l'école etc.)**.**

6.3- LES EVENEMENTS

Les événements sont les faits inhabituels qui se produisent dans la structure. Ils sont très variés : organisés ou accidentels, heureux ou malheureux. C'est par exemple une fête d'anniversaire, un carambolage, une chute, la présence dans le service d'une personne inconnue des enfants. Ces divers événements qui ponctuent certaines journées des enfants dans la structure sont directement liés aux différentes activités et tiennent une grande place dans la co-détermination du sujet et de son environnement. Même si nous avons relevé un certain nombre d'événements heureux, la plupart perturbent le quotidien des enfants et conduisent à l'émergence de l'angoisse, renforcent par conséquent, soit les situations d'isolement, soit une forte agitation motrice et sonore. Même si les petits accidents et les fêtes d'anniversaires peuvent être quantitativement équivalent, d'un point de vue sonore, la différence évidente se fait au niveau qualitatif. Nous pouvons citer l'exemple d'un carambolage de deux enfants sur des tricycles entre deux enfants qui redoublent alors de cris, de pleurs : ce qui constitue une activité sonore très importante. Cette situation provoque l'angoisse, l'inquiétude de leurs camarades, certains se figent tandis que d'autres redoublent de questions, d'onomatopées, de productions sonores en tous genres. L'agitation devient alors générale. Lors d'une fête d'anniversaire, par exemple, l'excitation est aussi générale, cependant les intonations joyeuses, les rires et les chansons remplacent les pleurs.

Tous ces évènements bousculent le quotidien et les habitudes des enfants. Cependant, les évènements gais (les fêtes) animent les structures tandis que les petits accidents, les crises d'angoisses et les visiteurs inconnus sont autant d'éléments perturbateurs et angoissants.

Enfin, il faut mentionner la dimension temporelle de tous les facteurs développés précédemment, afin d'analyser leurs variations ou leur stabilité.

Au cour du temps, la plupart des facteurs spatiaux sont stables, toujours de même nature. Seuls le mobilier, les portes, les baies etc. peuvent être déplacés. Dans ce cas, ce sont leurs caractéristiques qui varient dans le temps, en fonction des facteurs physiques : par exemple, selon le moment de la journée, la lumière, suivant si elle est rasante, directe ou diffuse met en valeur de façons différentes les textures (relief, brillance, douceur) ou anime les espaces de façons différentes.

Les facteurs physiques, comme l'acoustique des salles ne varie pas en fonction du temps. Le temps de réverbération et les critères de salles d'un espace sont stables à partir du moment où les facteurs spatiaux sont permanents (même volume, même qualité et quantité de mobilier, même matières et matériaux). A l'inverse les niveaux sonores se modifient dans le temps, s'intensifient ou s'abaissent principalement en fonction des facteurs sociaux (nombre et densité d'usagers présents, activités) et des facteurs spatiaux. De même, d'un point de vue qualitatif, la dimension sonore varie au cours du temps suivant la population présente.

En ce qui concerne le facteur lumineux, il est préférable de distinguer la lumière artificielle de la lumière naturelle. En effet, cette dernière, selon l'orientation des locaux et les conditions météorologiques va varier au cours du temps : contraste, éblouissement, éclairement homogène. Des stores, des volets peuvent permettre à l'usager de modifier ce paramètre. La lumière artificielle varie au cours du temps selon les besoins et l'intervention des usagers. Mais cette variation reste réduite à partir du moment où l'espace ne bénéficie pas de variateurs de lumière : il est soit éclairé soit éteint. De même, les facteurs thermique et aéraulique semblent aussi varier au cours du temps, des heures de la journée, des saisons que ce soit ou non par l'intervention de l'usager (ouverture d'une fenêtre, augmenter le thermostat d'un radiateur etc.).

Les facteurs sociaux se modifient sans cesse dans le temps. Certains de manière indépendante de tout autre facteur comme la population, le nombre d'usagers alors que d'autres, comme les activités, les formes d'occupation et la densité dépendent de certains facteurs physiques, spatiaux, de la population et du nombre d'usagers.

Le facteur temps a une incidence sur l'occupation de l'espace. En effet, au cours du temps, les espaces sont investis de façons différentes par les usagers. A certains moments, différents espaces sont investis, tandis qu'à d'autres les usagers se regroupent dans un seul d'entre eux. Certains sont délaissés, d'autres habités, animés, tandis que d'autres encore sont en permanence investis.

Les facteurs sensibles sont eux aussi très différents selon le moment de la journée. En effet, même si certains sont très souvent sollicités au cours du temps comme la vue, le sonore et le tactile, tous peuvent tenir différents rôles, être combinés de façons différentes, principalement selon la charge affective des divers moments de la journée mais aussi en fonction de facteurs spatiaux, physiques et sociaux.

Au cours du temps, l'interrelation des facteurs ambiants va modifier la perception que l'usager a de son environnement. A chaque instant, selon son affectif et selon les différents facteurs ambiants, le sujet ne perçoit pas son environnement de la même manière. Ainsi, une lumière peut vite devenir agressive, une température tempérée peut rendre un espace agréable à vivre, un groupe de personne peut rassurer etc.

Mais la notion de temps peut être envisagé à long terme. En effet, au cours du temps, l'usager connaît de mieux en mieux l'espace et, par conséquent, la perception qu'il a de celui-ci évolue. Par exemple, un espace qui aura été perçu comme austère dans un premier temps, peut petit à petit devenir accueillant, au fur et à mesure que l'usager aura pris ses repères.

Ainsi, le temps est un facteur transversal des différents facteurs ambiants susceptibles de modifier les conduites usagères, qu'elles soient spatiales, sociales ou affectives.

VIII - C O N C L U S I O N

Nous rappellerons de façon succincte dans ce dernier chapitre, notre questionnement nos hypothèses puis, nous établirons un bilan méthodologique et théorique de ce travail.

1 - R A P P E L

Au regard de la prise de conscience actuelle de l'importance à accorder au cadre de vie hospitalier et pour veiller à assurer l'hospitalité des lieux de soins, leur qualité de vie et leur bon fonctionnement, ce travail se propose de repenser l'architecture hospitalière de structures de jour spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves (psychoses et autismes). Axée sur l'observation des ambiances, notre recherche met au centre de ses préoccupations les usages et les interrelations qui d'existent entre le patient et son environnement quel qu'il soit (spatial, physique, social ou sensible).

Divers cliniciens et principalement ceux appartenant au courant de la psychologie et de l'analyse existentielle se sont intéressés aux rapports entre la pathologie, l'espace et le temps mais principalement dans le monde des adultes et dans un contexte psychothérapique ou analytique bien particulier. Ce travail propose de s'attacher au vécu des ambiances d'enfants présentant des troubles psychiques dont les comportements semblent beaucoup moins sédimentés que ceux des adultes présentant une pathologie mentale. Nos observations ethnographiques ont porté sur divers contextes apparentés à celui d'un vécu quotidien (temps libres, repas, très peu

d'activités thérapeutiques) où, le plus souvent, l'enfant est libre de ses activités. De plus, nous proposons la prise en compte d'une grande diversité d'éléments du contexte et de l'ambiance tels que les facteurs sociaux, spatiaux, physiques, sensibles, ainsi que les combinaisons de facteurs.

Nous tenons à rappeler ici, que ce n'est pas la pathologie de cette population, mais les éléments qu'elle est susceptible de nous révéler sur la relation que le sujet entretient avec son environnement qui sont au centre de notre démarche. Démarche dont nous rappelons ici le fondement.

Premièrement, notre questionnement s'est organisé autour de deux interrogations principales :

Pouvons-nous évaluer le rôle des ambiances dans les structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves ?

Cette observation peut-elle aider à repenser les ambiances au sein des structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves ?

Deuxièmement, à la suite de cela nous avons émis trois hypothèses.

La première suppose qu'il existe des conduites spatiales, sociales et affectives types des enfants présentant des troubles psychiques au sein de leur milieu d'accueil et ces conduites là, s'illustrent à travers un certain nombre de modes d'action récurrents.

La deuxième avance **que certains facteurs ambiants et combinaisons de facteurs sont déterminants dans les conduites des enfants au sein de structures spécialisées.**

La troisième annonce **que les éléments mis à jour, les conduites types, les facteurs et les combinaisons de facteurs ambiants nous permettent de préciser des aides à la programmation et des aides à la conception de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques.**

Afin de répondre au mieux à nos préoccupations, nous avons énoncé comme hypothèse méthodologique que **le détour par la pathologie spatiale et ambiantale des enfants est un moyen heuristique d'aborder la complexité des liens entre ambiances, conduites spatiales et comportements (collectifs)** et nous nous sommes placés dans une démarche méthodologique essentiellement basée sur des observations

ethnographiques. A ces observations se sont ajoutés des discussions avec les soignants, des enregistrements sonores, la réalisation de vidéos et divers relevés (spatiaux et mesures physiques).

Ainsi, ce travail a élaboré deux types de répertoires. Le premier concerne les conduites des enfants au sein d'hôpitaux de jour spécialisés dans l'accueil d'une population présentant des troubles psychiques graves qui permettent de caractériser la relation de l'enfant par rapport à l'espace, au temps, à son repli sur soi, aux autres et à son ressenti. Le deuxième met à jour certains facteurs ambiants et combinaisons de facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur les conduites des enfants, l'ambiance d'un lieu quel qu'il soit.

Tous deux ouvrent sur deux types de résultats. Premièrement d'un point de vue théorique, nos résultats nous permettent d'affiner nos connaissances sur la relation que le sujet entretient avec son environnement global (spatial, physique, sensible, social) mais aussi sur la perception qu'un individu a d'un espace à travers la convocation et la combinaison de différents facteurs sensibles. Et nous visions enfin à donner une contribution nouvelle à la théorie des ambiances. Deuxièmement, ce travail, grâce à une meilleure compréhension et par conséquent une meilleure prise en compte des usages, ouvre des pistes de réflexions relatives à la programmation et à la conception de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques.

Ainsi, au regard de notre positionnement théorique, méthodologique et de nos résultats, les pages suivantes proposent :

1) de dresser un bilan succinct de notre méthode, en asseyant certaines étapes ou certains éléments qui se sont avérés positifs ou, au contraire, en évoquant les difficultés que nous avons rencontrées au cours de ce travail ;

2) de revenir sur notre première question théorique, en discutant les rôles des ambiances ;

3) de faire le point sur l'heuristique spatiale et ambiantale des enfants présentant des troubles psychiques, et de compléter notre hypothèse méthodologique ;

4) de discuter notre deuxième hypothèse théorique, relative aux facteurs ambiants et de l'ajuster afin de souligner la co-détermination entre le sujet et son environnement ;

5) de faire le point sur les aides relatives à l'élaboration d'un projet de structures spécialisées sur lesquelles ouvre ce travail, et de compléter notre troisième hypothèse théorique ;

6) de discuter, du point de vue du vécu des ambiances, de la différence entre le normal et le pathologique ainsi que de l'existence d'une architecture psychiatrique et, au regard de cette ouverture, nous reformulerons nos différentes hypothèses théoriques.

2 - RETOUR SUR LA MÉTHODE

Dans l'optique de prendre du recul sur la démarche de ce travail et essayer d'en tirer les aspects positifs et négatifs pour d'éventuels travaux de recherche à venir, il semble intéressant de faire le point sur notre méthodologie.

2.6- DESCRIPTIONS ETHNOGRAPHIQUES

a- Entre observation participante et observation passive

Le fait de travailler dans un hôpital de jour pour des enfants plongés dans des difficultés psychiques, dans un milieu très riche du point de vue humain mais aussi un milieu de grande souffrance a des répercussions sur notre travail d'observateur et nos observations en elles-mêmes. Dans les moments de grande crise, lorsqu'un enfant est extrêmement angoissé, notre position est délicate. Lorsqu'un enfant va très mal, il faut non seulement s'occuper de lui mais aussi des autres enfants, le plus souvent tétanisés par la situation, leur expliquer ce qui se passe, les rassurer, puis, parfois, aller alerter le responsable du service. Même si nous essayons, dans la mesure du possible, de garder en tête notre intérêt, celui de mener à bien notre recherche, il est tout de même très difficile, dans ce type de situation, de garder un œil extérieur et de ne pas aider les soignants et les enfants. Dans ce cas, il est difficile d'avoir une approche réellement fine des interrelations existantes entre l'enfant et son environnement, de repérer les éventuels facteurs susceptibles de participer soit à l'accentuation de l'angoisse, l'agitation soit à l'apaisement de l'enfant. **Dans un premier temps, ce que nous retenons principalement d'une telle situation, c'est la violence qu'elle mobilise et les répercussions sur l'entourage, les autres enfants. Seule la récurrence de ce type de**

crise et les discussions avec les soignants peuvent nous aider à formuler des éléments de réponses quant aux facteurs prépondérants. Cependant, les crises d'une extrême violence ont été relativement rares dans nos temps d'observation. Celles plus modérées et plus fréquentes ne nous mobilisent pas de la même manière, premièrement, parce que leur intensité ne nous renvoie pas à une situation d'urgence et, deuxièmement, parce que n'avons généralement pas besoin d'intervenir directement.

b- L'activité perceptive. Perception située. Importance du contexte.

D'autres situations que la précédente nous mobilisent de manière particulière. En effet, lorsque nous sommes seuls avec un groupe d'enfants, parce que les soignants sont occupés dans d'autres lieux, cela modifie considérablement nos observations. Lorsque les enfants en présence sont calmes, cela ne nous pose aucun problème. Mais, à l'inverse, si un ou plusieurs d'entre eux sont agités, il est alors très difficile de garder une attention générale, de s'intéresser aux diverses activités des enfants, notre attention se dirigeant principalement sur les enfants à surveiller. Aussi, l'échelle de nos observations s'en voit modifiée et parfois, dans certains cas, nos prises de notes sont quasi inexistantes. **Cependant, nous pensons que premièrement le changement d'échelle d'observation peut être intéressant dans ce type de travail et deuxièmement que nos temps d'observations sont suffisamment importants pour nous permettre de balayer une grande diversité de situations.**

c- Question d'objectivité

Il est clair que, comme l'explique très bien Devereux, la personnalité de l'observateur et ce qui l'habite ont des conséquences sur ses observations. Nous pouvons, dans notre cas, citer une anecdote à ce sujet. L'espace commun de l'hôpital d'Echirolles Sud est agrémenté d'une cabane en bois dont le faîtage du toit se trouve à 1,45 mètre du sol. C'est un jeu très apprécié des enfants qui grimpent sur le toit et qui, parfois, se mettent la tête en bas, les pieds en l'air et se tiennent uniquement par les pieds. Autant de singeries peu rassurantes à notre égard et qui n'inquiètent pourtant pas les soignants. Par conséquent, il n'était donc pas possible d'interdire cette pratique enfants. Aussi, dans les premiers temps d'observation à Echirolles, nous refusions de rester seuls face à ce type de situation et parfois même nous quittions l'espace commun pour être bien sûr

que les soignants surveillaient les enfants et prenaient la responsabilité de telles escalades !

Cette anecdote illustre le fait qu'il faut garder à l'esprit que tous les moments de présence au sein de nos terrains d'observation n'ont pas eu pas la même plénitude et qu'il est donc important d'avoir des temps d'observations relativement confortables.

2.7- TROIS TERRAINS D'INVESTIGATION

Nous n'allons pas ici lister à nouveau toutes les variables relatives à nos différents terrains d'observation (architecture, organisation spatiale, conditions d'éclairement, fonctionnement interne des structures, aménagement intérieur, etc.) mais nous pouvons souligner le fait que leur grande diversité a considérablement enrichi nos observations. **Cependant, beaucoup de facteurs sont encore à approfondir, voire même à prendre intégralement en considération comme, par exemple, l'aéraulique, la couleur, les éléments de décoration, le rapport intérieur / extérieur, la course du soleil, la végétation, le goût, l'odorat, certaines combinaisons de facteurs : autant d'éléments que certaines configurations pourraient nous aider à aborder.**

2.8- UN CONTEXTE PARTICULIER

Du fait du contexte particulier de nos terrains, nous avons rencontré, au début de ce travail, de nombreux problèmes concernant le respect du secret professionnel. Mais, au cours de nos périodes d'immersion, lorsque nous avons fait **plus ample connaissance avec les soignants, davantage discuté de notre travail** et à partir du moment où l'équipe a pu observer nos attitudes face aux enfants [202], nous étions un peu plus accepté, accueillis. **La majeure partie de nos demandes ont alors trouvé de la compréhension et des réponses.**

[202] En effet, cette population fait apparaître un univers qui renvoie aux images les plus archaïques de notre identité et, par conséquent, dérange souvent la logique habituelle.

2.9- LIEUX ET TEMPS D'OBSERVATION

La grande superficie et l'organisation des espaces retenus pour nos observations à Echirolles et à Mosaïque, nous ont contraint à faire des choix. En effet, nous ne pouvions pas à la fois observer ce qui se passait dans les espaces de circulation et dans les groupes de vie. **Cependant, nous pensons que nos temps d'observation, nous ont permis d'appréhender les conduites des enfants dans ces deux types d'espaces.**

2.10- PHASE DE PRE-ENQUETE

Cette phase de pré-enquête, nous a permis de gagner du temps pour la suite de notre travail, en effectuant un relevé détaillé de la structure. Mais, elle a surtout présenté plusieurs avantages.

C'était d'abord la possibilité de nous familiariser avec le fonctionnement de la structure, avec les enfants, avec les soignants et, par conséquent, d'être réellement intégrée et d'être à l'aise, lors de nos observations des enfants en situation pathologique et de l'équipe.

C'était ensuite le temps nécessaire pour orienter, ressaisir les objectifs de ce travail.

C'était enfin l'occasion de mettre au point les moyens et dispositifs de relevés et d'observations, en fonction du contexte de chaque structure.

Ainsi cette phase a été essentielle pour le bon déroulement de l'enquête.

2.6 - PHASE D'OBSERVATION

a- La dynamique du groupe

La structure dans laquelle nous avons réalisé nos observations accueillait des enfants d'âges différents (de 5 à 12 ans) et de pathologie très diverses (psychoses et autismes). Certains enfants étaient très régressés, tandis que d'autres étaient beaucoup moins malades.

Ainsi, nous pensons que cette diversité a été bénéfique pour nos observations. Elle donnait au groupe d'enfants une certaine dynamique que nous ne retrouvons pas lorsque les enfants sont tous très malades. D'où, un enrichissement certain de nos observations.

b- L'incidence de la présence des soignants

Nos observations se sont uniquement attaché aux enfants, mais aujourd'hui, nous pouvons affirmer qu'il est indispensable de prendre aussi en compte les soignants. Leur présence, les tensions qui peuvent exister entre eux, leurs comportements par rapport aux enfants participent à l'atmosphère globale de la structure et, par ce biais, ont des retombées médiates sur les conduites des enfants. **La présence des soignants peut ainsi entrer dans le répertoire des composantes et facteurs d'ambiance que nous proposons.**

c- Relevé d'observations

Rappelons que suivant l'espace d'observation, les relevés se sont effectués par l'intermédiaire, soit d'un dictaphone, soit de prises de notes puis par la retranscription des informations sous forme de récits. Nous pouvons dire aujourd'hui que chacune des deux méthodes représente des avantages et des inconvénients.

La prise de notes nous paraît assez efficace mais principalement les jours où les enfants sont peu nombreux. En effet, la profusion d'informations à relever isole notre regard des situations en cours. Aussi, certaines fois, nous observions sans prendre de notes puis nous nous isolions pour retranscrire directement nos informations sous forme de récits.

Mais cette méthode nous semble assez contraignante étant donné que les relevés écrits, souvent succincts, nous imposent un développement des observations le plus rapidement possible afin de ne pas perdre un certain nombre de détails.

À l'inverse, l'utilisation d'un dictaphone, permet une certaine liberté. Premièrement, nous sommes libres de nos mouvements, pouvons répondre plus facilement aux demandes des enfants (les prendre sur nos genoux, leur donner à boire etc.) et,

deuxièmement, étant donné la quantité d'informations, de détails que nous enregistrons, la retranscription des observations peut ne pas s'effectuer immédiatement. Nous pouvons alors gérer notre temps comme nous l'entendons.

La retranscription sous forme de récits, étape essentielle afin de détailler et d'affiner nos relevés d'informations, nous a pris énormément de temps, particulièrement la retranscription des cassettes, si bien que nous pensons que ce mode de relevé doit être utilisé uniquement lorsque nous nous déplaçons souvent dans de grands espaces.

En somme, ces différentes méthodes semblent avoir été en adéquation avec le contexte particulier de nos lieux d'observation et la quantité d'informations à relever.

d- Niveaux sonores

Pour les relevés des niveaux sonores, la présence de sonomètres a parfois contribué à l'agitation des enfants. Certains se sont d'ailleurs mis à crier au pied des appareils. **Nous avons donc retenu uniquement les niveaux sonores représentatifs, en accord avec la réalité.** Cependant, la plupart du temps, ces relevés se sont bien déroulés.

2.10- TRAITEMENT DES RECUEILS D'OBSERVATION, PREPARATION A L'ANALYSE

Le fait de réaliser des tableaux détaillés a été d'abord très long mais, dans un deuxième temps, a facilité l'analyse des observations. En effet, **nous avons pu effectuer des filtres et trier les tableaux en fonction des actions, des lieux d'effectuation ou des sens mis en éveil.**

A priori et pour un gain de temps considérable, nous aurions pu passer directement des relevés d'informations *in situ* aux tableaux détaillés, sans élaborer de récits d'observations. Mais, nous sommes convaincue que ces récits possèdent divers avantages. Premièrement, cette retranscription nous permet de nous approprier notre corpus, de le connaître, à tel point que, plus tard, lors de l'effectuation de filtres, nous resituons très facilement un bon nombre de conduites sans toujours avoir besoin de se

référer aux situations d'origines pour en appréhender le contexte. Deuxièmement, les récits nous ont été indispensables pour la recherche d'un vocabulaire type nécessaire à la bonne réalisation de filtres.

2.11- ANALYSE

En ce qui concerne le traitement des récits d'observation et l'analyse des résultats, il a été **capital d'attendre la fin de nos relevés d'observations, de prendre du recul par rapport aux lieux et aux enfants avant de se consacrer uniquement à ce travail**, de pouvoir organiser notre corpus, le manipuler avec aisance. Cela est vrai pour tous travaux de recherche, mais nous pensons que dans ce type de contexte où la souffrance est quotidienne et la mobilisation humaine très importante, il est encore plus difficile de s'en détacher.

2.12- PRESENTATION DE NOS RESULTATS

Si nous avions disposé de plus de temps, nous pensons qu'il aurait été intéressant de présenter nos résultats à divers professionnels de la santé mentale (équipe soignante, chefs de service, directeurs d'hôpitaux) et de la conception (maîtres d'œuvre, architectes, programmateurs) afin de recueillir leurs réactions et, dans un premier temps, d'en faire une analyse pour mieux appréhender les attentes de chacun, les regrets et les apports que constitueraient ces résultats et, dans un deuxième temps, de remodeler ces derniers en fonction de cette analyse.

3- ROLES DES AMBIANCES

Pouvons-nous connaître le rôle des ambiances des structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves ?

Une des préoccupations de ce travail était de s'interroger sur la possibilité de connaître le rôle des ambiances des structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des

troubles psychiques. Cependant, nos divers résultats ont fait apparaître un certain nombre d'éléments. En effet, pour n'en rappeler que les principaux, c'est la vérification de l'efficace sensori-moteur des facteurs spatiaux, des données physiques et des configurations sensibles (combinaisons de facteurs). C'est aussi la fonction fondamentale de l'intersensorialité grâce à laquelle l'enfant gère et module les formes de sa présence et de son ouverture au monde. Sont encore mis en valeur la compétence expressive et active de l'enfant dans son environnement quel qu'il soit. On voit, mêlées aux atmosphères, la présence et le rôle de la dimension collective et des interactions entre les individus et le groupe. Tous ces éléments permettent de souligner le fait que les ambiances tiennent de multiples rôles mais aussi qu'il semble aujourd'hui difficile d'en dresser une liste exhaustive.

Aussi, avec du recul nous reformulerions notre question initiale de la manière suivante : Pouvons-nous connaître les différents rôles et statuts logiques (induction, instrumentation, liaison, supports d'expression, etc.) **des ambiances des structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques graves ?**

4 - HEURISTIQUE SPATIALE ET AMBIANTALE D'UNE PATHOLOGIE MENTALE

Au début de ce travail nous pensions que l'observation d'enfant présentant des troubles psychiques graves nous permettrait d'aborder la complexité des liens entre ambiances, conduites spatiales et comportements (collectifs) et ceci, principalement, lors de situations que nous pourrions qualifier d'« extrêmes » comme, par exemple, les situations que l'enfant a du mal à vivre, où il est très angoissé, ou encore des situations d'urgences. Cependant, nos observations nous permettent aujourd'hui d'affirmer que les situations « ordinaires », comme par exemples des situations où l'enfant joue, prend son repas, discute avec son soignant, etc., sont extrêmement riches du point de vue du contenu et ont aussi contribué au fait de relever des critères pertinents d'analyse des interrelations que l'enfant entretient avec son environnement. En effet, nous avons pu observer une alternance de moments où l'enfant est angoissé, où il met en œuvre des mécanismes de défense et de moments où l'enfant est ouvert à son environnement, où il vaque à ses occupations comme tout autre enfant. Cependant, il semble indispensable

que notre hypothèse souligne le fait que le groupe d'enfants observé doit présenter une grande diversité de troubles pathologiques (psychotiques et autistiques). Celle-ci, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, apporte une dynamique au groupe et garantit la richesse des observations et ce, quelle que soit la situation (situations extrêmes ou ordinaires).

De plus, nous sommes aujourd'hui convaincue que le terme de « collectif » relatif aux comportements est à repenser. En effet, au commencement de ce travail, nous pensions principalement étudier les comportements dans leur dimension collective c'est-à-dire non seulement les comportements des enfants au sein d'un groupe mais aussi les comportements récurrents et comparables entre sujets différents. Il est vrai que la récurrence d'une conduite, voire sa quotidienneté lui confère une validité très solide. Cependant, après l'analyse de notre corpus, nous pouvons affirmer que les comportements collectifs sont intéressants mais que les comportements qui ne concernent qu'un seul individu, avec plus ou moins de récurrence le sont tout autant. En effet, si leur statut particulier, presque exceptionnel doit être souligné dans la communication de nos résultats, ils sont le plus souvent extrêmement riches d'un point de vue du contenu et permettent de préciser finement la relation que l'enfant entretient avec son environnement. Nous pouvons d'ailleurs évoquer l'ensemble des recherches en psychologie clinique où la pratique de l'étude de cas compose le substrat essentiel de l'analyse. Aussi, en deçà même de l'individualisme méthodologique désormais admis en sciences sociales, cette investigation du singulier n'est donc pas à écarter, elle peut représenter à son tour une brèche dans l'approche des ambiances.

Enfin, nous pouvons souligner que, dans la plupart des cas, le détour par la pathologie est réellement un moyen heuristique d'approcher la complexité des liens entre ambiances, conduites spatiales et comportements. Cependant, le répertoire des conduites des enfants a fait apparaître une limite de notre parti pris méthodologique. En effet, comme nous l'expliquions, il nous a semblé difficile de relever les conduites des enfants relatives à la manifestation du sentiment de joie, tant il semble difficile de savoir réellement si l'enfant manifeste une joie authentique dans l'échange avec l'autre ou s'il est envahi, enfermé dans une autostimulation, caractéristique de la pathologie des enfants.

Ainsi, nous pouvons aujourd'hui ajuster notre hypothèse méthodologique de la façon suivante :

Dans la plupart des cas, le détour par la pathologie d'enfants présentant divers troubles psychiques graves (psychoses et autismes) est un moyen heuristique d'aborder la complexité des liens entre ambiances, conduites spatiales et comportements (collectifs et individuels) lors de situations « extrêmes » (situations d'urgence ou de forte angoisse) comme lors de situations « ordinaires ».

5 - CO-DÉTERMINATION DU SUJET ET DE SON ENVIRONNEMENT

Notre deuxième hypothèse théorique tendait à dire **que certains facteurs ambiants et combinaisons de facteurs étaient déterminants des conduites des enfants au sein de structures spécialisées.**

Le terme « déterminant » que nous employons dans cette hypothèse semble vouloir souligner le fait que ce sont les facteurs qui sont la cause ou qui provoquent[203] les conduites des enfants, ce qui estompe considérablement la part active du sujet que nous avons soulignée non seulement dans la présentation des notions théoriques sur lesquelles nous nous appuyons mais aussi que soulignent nos divers résultats. En effet, au vu de ces derniers, les choses apparaissent bien plus subtiles. Le sujet et l'environnement, qu'il soit spatial, physique, social ou sensible, sont en interrelations permanentes et se caractérisent par diverses co-déterminations extrêmement complexes, précises, variables d'une situation à l'autre, si bien qu'il semble difficile d'en faire le tour de manière exhaustive. Les diverses configurations sensibles relevées dans ce travail en témoignent. Ainsi, le répertoire de facteurs ambiants et de combinaisons de facteurs mis à jour dans ce travail se veut ouvert et susceptible d'être enrichi de nouveaux facteurs ambiants (par exemple, la présence de l'équipe soignante comme

[203] En référence à la définition du terme déterminer : « *Causer, provoque »r*. Cf. définition du *Petit Larousse*. Paris : Larousse, 1996.

nous l'évoquions précédemment) et de nouvelles configurations sensibles illustrant les co-déterminations sujet-environnement.

Plus encore, au regard de la subtilité de ces co-déterminations, le terme de « facteur » n'est peut-être pas le plus approprié. En effet, même si ce terme existe dans le domaine de la psychologie, il est davantage utilisé dans le domaine des sciences physiques et mathématiques. Aussi, ce terme ne semble pas suffisamment illustrer l'interdisciplinarité des ambiances au carrefour des formes spatiales et physiques, des formants sensibles et des formalités sociales[204]. A l'inverse, celui de « dimension » semble plus ouvert. En effet, il semble plus adéquat pour illustrer premièrement l'interdisciplinarité des ambiances et deuxièmement la richesse de chacune des disciplines convoquées. La dimension spatiale d'un lieu se réfère non seulement à son architecture, ses volumes, son organisation spatiale mais aussi à son aménagement, les matériaux mis en œuvre, les matières etc., tandis que la dimension physique évoque à la fois l'acoustique, la lumière, la thermique etc. D'ailleurs, dans les conduites usagères, lorsque nous abordions les « facteurs sensibles », nous avons souvent employé le terme de dimension qui, par exemple, dans le cas du sonore évoquait à la fois l'ouïe et les productions sonores de l'enfant.

Aussi, aujourd'hui, pouvons-nous ajuster cette hypothèse en disant que certaines dimensions ambiantales et configurations (dimensions combinées) participent aux conduites des enfants au sein des structures spécialisées.

6- UNE AIDE A LA PROGRAMMATION, LA CONCEPTION ET LA COMMUNICATION

Notre troisième hypothèse avançait **que les éléments mis à jour, les conduites, les facteurs et les combinaisons de facteurs ambiants nous permettaient d'ouvrir sur des aides à la programmation, des aides à la conception de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques.**

[204] Cf. CHELKOFF, Grégoire. *L'urbanité des sens. Perceptions et conceptions des espaces publics urbains*. Thèse en urbanisme. Grenoble : Université Mendés France, Institut d'urbanisme de Grenoble, 1996.

Nos résultats nous ont permis, premièrement, de mieux connaître la relation que l'enfant entretient avec son environnement, par conséquent de mieux connaître les usages et, deuxièmement, d'établir un certain nombre de pistes de réflexions concernant les structures spécialisées. Par exemple, le fait de montrer l'efficace sensible, le potentiel en devenir et la liberté d'action qu'offrent l'espace et les ambiances aux enfants, nous permet de comprendre la possibilité concrète pour ces derniers de choisir leur place, qu'elle soit physique, matérielle, sensorielle, sociale et psychologique.Or, nous savons que ce processus est déterminant dans la construction du Moi, dans la connaissance de l'enfant par lui-même, dans son éveil et son développement, dans la prise de conscience de son corps et sa reconnaissance dans le groupe par les autres. Mais l'espace et les ambiances peuvent être mis en cause directement dans certaines situations telles que la difficulté des enfants à vivre des entre-deux d'activités. Le passage d'un espace à un autre renvoie directement à la conception et interroge le concepteur quant à la nécessité de matérialiser, de formaliser spatialement des temps de transitions (espaces qui pourront à leur tour constituer des repères spatiaux et symboliques pour l'enfant) etc.

Plus largement, nous pensons que le répertoire des conduites et celui des facteurs et combinaisons de facteurs ambiants constituent aussi une aide à la communication entre la maîtrise d'ouvrage, les professionnels de la santé mentale (médecins, équipe soignante) et les professionnels de la programmation et de la maîtrise d'œuvre. Ces répertoires proposent en effet une voie pour trouver un langage commun se référant aussi bien aux conduites qu'aux facteurs ambiants.

Aussi, nous pourrions maintenant avancer que les éléments mis à jour sont des aides à la programmation, à la conception, à l'amélioration des ambiances au sein de structures spécialisées dans l'accueil d'enfants présentant des troubles psychiques et une aide à la communication entre maîtrise d'ouvrage, les professionnels de la santé mentale (médecins, équipe soignante) et les professionnels de la programmation, de la maîtrise d'œuvre.

7- O U V E R T U R E

EXISTE-T-IL UNE ARCHITECTURE PSYCHIATRIQUE ?

Cet adjectif accolé au terme architecture repose sur le postulat d'une différence entre le normal et le pathologique.

Au XIXème siècle, d'un point de vue somatique, Auguste Comte et Claude Bernard pensent qu'il existe une différence quantitative entre le normal et le pathologique. En effet, Comte définit le pathologique comme « *simple prolongement plus ou moins étendu des limites de variations, soit supérieures, soit inférieures, propres à chaque phénomène de l'organisme normal* »[205]. Claude Bernard a toujours défendu le fait que physiologie et pathologie étaient identiques, à une différence de degrés près. Il s'appuie par exemple sur la glycémie en disant qu'il y a toujours du sucre dans le sang donc par conséquent, que la glycémie est autant pathologique que normale. A son tour, Georges Canguilhem les rejoint lorsqu'il affirme « *On peut dire que le pathologique est semblable au normal mais à des variations quantitatives près* »[206].

Qu'en est-il du psychique ? Existe-t-il une structure psychique commune au sujet normal et au sujet pathologique ?

C'est ce que défend Freud lorsqu'il explique que seuls le devenir des pulsions et leurs degrés d'intensité diffèrent d'un sujet normal à un autre pathologique en fonction du vécu personnel qui rend chaque sujet plus ou moins fragile et qui favorise un terrain pour telle ou telle pathologie. Aussi, nous comprenons ici que les mécanismes restent les mêmes d'un sujet à l'autre, que les limites entre le pathologique et le normal sont sensibles, fragiles et que certaines choses du normal sont décelables dans le pathologique comme Maldiney le traduit en citant Ulysse : « *J'aperçois en lui, dans sa folie même quelque chose de mien* »[207]. En effet, il existe une structure humaine universelle de l'organisme qui, comme le souligne Mucchielli donnerait lieu à des

[205] **CANGUILHEM, Georges. *Le Normal et le Pathologique*. Paris : PUF, 1966, pp 226.**
[206] ***Actualité de Georges Canguilhem : normal et le pathologique*. Actes du Xéme colloque de la société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse, organisé par F.Bing, J.F.Braunstein, E.Roudinesco ; Institut Synthélabo, 1998, pp135.**
[207] MALDINEY, Henri. Penser l'homme et la folie, A la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin. Grenoble : édition Jérôme Million, 1991. Pp 425

significations universelles, significations qui contribueraient à ce que « *les dimensions et les distances, l'espace, le temps, la pesanteur, l'air, l'eau, les aliments, la chaleur, le jour et la nuit, les autres humains de l'un et de l'autre sexe etc... se trouvent dans une certaine « zone de significations » commune, malgré les différences culturelles et individuelles* »[208].

Aussi, le normal et le pathologique font partie de l'humain, comme le précisent de nombreux cliniciens. Lorsque nous nous intéressons au pathologique nous nous intéressons à l'homme. Pour Ludwig Binswanger « *le malade mental se distingue de l'homme sain non pas d'abord comme malade mais comme homme* ».[209] Par là, l'auteur insiste sur le fait que ce qui caractérise avant tout le malade mental, c'est bien l'humanité et que sa maladie est simplement une manière d'exister le monde. En effet, l'homme sain par sa forme de présence se réalise dans le monde tandis que pour le malade mental il y a échec de la présence[210]. De plus toute personne est susceptible de connaître l'échec : « *la présomption, la distorsion et le maniérisme se révèlent comme des menaces générales et humaines, c'est-à-dire comme immanentes à la présence humaine* »[211]. Henri Maldiney partage l'avis de Binswanger en disant que « *Toute dimension pathique de l'existence a sa pathologie* »[212]. Georges Canguilhem lui-même va jusqu'à dire dans le normal et le pathologique « *qu'il n'y a pas en soi et a priori de différence entre une forme réussie et une forme manquée. Il n'y a même pas à proprement parler de formes manquées. Il ne peut rien manquer à un vivant, si l'on veut bien admettre qu'il y a mille et une façons de vivre* »[213].

---

[208] MUCCHIELLI, Roger. *Analyse et liberté*. Issy-les-Moulineaux : EAP, 1986, pp224.

[209] BINSWANGER, Ludwig. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : éditions de Minuit, 1971 (1947). (Collection Arguments).

[210] Nous pouvons aussi citer Jaspers qui dans ses travaux ne cherche pas à savoir ce qui est du normal et ce qui est du pathologique pour se concentrer sur les phénomènes vitaux en général, qui semblent communs au normal et au pathologique.

[211] BINSWANGER Ludwig. Trois formes manquées de la Présence humaine. 2ème ed. Paris : Le cercle herméneutique, 2002 (1956), 223 p.

[212] MALDINEY, H. *Existence, Crise et création*. La Versanne : Encre Marine, 2001, pp113.

[213] Mais de nombreux auteurs d'horizons différents vont dans le même sens. Parmi eux, Bleuler et Kretschmer qui démontrent l'absence de limites entre le normal et le pathologique. Lagache et Freud pensent qu'une psychologie normale est de l'ordre de l'utopie, en ce sens qu'une vie rencontre toujours, à un moment ou à un autre des difficultés voire même des traumatismes qui font que personne ne peut être considéré comme parfaitement « *normal* ». Le contraire sous-entendrait que la personne n'a pas d'histoire. Zagury ira même jusqu'à dire que « *pour le psychiatre tout le monde est fou* ». (Modèles de normalités).

Ainsi, le sujet normal et le sujet pathologique possèdent tous deux une structure humaine identique. Nous pourrions citer une multitude d'exemples, que ce soit dans nos espaces publics ou dans notre environnement personnel qui tendraient à rapprocher, à assimiler et à apparenter par exemple la mise en éveil des sens de l'enfant présentant des troubles psychiques à celle de l'individu dont le Moi est structuré. En effet, ne nous sommes nous jamais enfermés dans un soliloque silencieux, ou une chansonnette pour faire abstraction de notre environnement ? Ne nous sommes nous jamais accroché à un ami à l'approche d'un chien féroce ? N'avons nous jamais respiré profondément un « grigri » quelconque ? Ne nous est-il jamais arriver de grignoter pour oublier, quelques instants, le stress d'un travail ? etc. Ce n'est pas le sens des mécanismes mis en œuvre qui diffère mais les retenues, l'échelle plus modérée des attitudes, des façons d'agir, les règles de civilité qui auraient tendance à rendre moins lisibles, voir parfois à masquer la relation que le sujet entretient avec son environnement.

Notre première hypothèse théorique supposait **qu'il existait des conduites sociales, spatiales et affectives *types* des enfants présentant des troubles psychiques au sein de leur milieu d'accueil.**

Nous pensons ici que le terme « type » a tendance à fermer nos résultats, à souligner le fait que ces conduites sont relatives aux enfants présentant des troubles psychiques. Le terme « caractéristique » serait ici plus approprié. En effet, nous pensons que les conduites observées dans le cadre de ce travail expriment sous des formes particulières (ici, caractérisées et accentuées par une composante pathologique) des processus plus généraux que tout sujet entretient avec son environnement spatial, physiques, social et sensible. Comme le répertoire des facteurs ambiants et de combinaisons de facteurs, celui des conduites n'est donc pas exhaustif et pourrait être ainsi complété, décliné selon d'autres caractérisations remarquables (culturelles, sociétales, d'âge, etc.).

Ainsi nous pourrions reformuler nos diverses hypothèses en les ouvrant au sujet en général et en les testant dans les différents secteurs de la psychologie régionale.

Sur ces bases nouvelles d'un autre programme de recherche à faire, nous pourrions donc, dans le sens de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et

des chances[214] qui préconise des espaces publics et une voirie accessibles à tous[215], prôner une architecture qui n'enfermerait pas l'humain dans un fonctionnalisme sectorisé mais qui, grâce à un potentiel d'ambiance riche et ouvert, serait offerte à la liberté d'usages variés et caractérisés. Nous souhaitons, pour finir que les résultats de ce travail puissent ainsi aider non seulement les structures hospitalières mais aussi la conception d'architectures publiques destinées à tous.

[214] Loi N°2005-102 disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite_legislative/decrets_application/2005-102.htm

[215] Sachant que cette loi part du principe que les préconisations relatives à la population présentant un handicap physique ou sensoriel n'apportent que plus de confort à toute personne ne présentant aucun handicap.

IX- BIBLIOGRAPHIE

AMADO Gilles, GUITTET André. *Dynamique des communications dans le groupe*. Paris : Armand Colin, 1997.

Ambiances architecturales et urbaines. Les cahiers de la recherche architecturale, n°42/43, 1998.

AMPHOUX, Pascal. *La notion d'ambiance. Une mutation de la pensée urbaine et de la pratique architecturale*. Lausanne : Institut de Recherche sur l'Environnement Construit Département d'Architecture, 1998.

AUBIN, Henry. *Les Psychoses de l'enfant*. Paris : Presses universitaires de France, 1975. (Collection Psychiatrie infantile).

AUGOYARD, Jean-François. *Pas à pas*. Paris : Seuil, 1979.

AUGOYARD Jean-François. *Les facteurs lumineux du sentiment d'insécurité*. Paris : Plan Construction, 1990.

AUGOYARD, Jean-François. *La vue est-elle souveraine dans l'esthétique paysagère ? In* Le débat, n°65, mai août 1991, pp. 51-59.

AUGOYARD, Jean-François. *L'environnement sensible et les ambiances architecturales*. *In* L'espace géographique, n°4, 1995, pp. 302-318.

AUGOYARD, Jean-François, TORGUE Henry. *À l'écoute de l'environnement. Répertoire des effets sonores*. Marseille : Parenthèses, 1995.

AUGOYARD, Jean-François. *Eléments pour une théorie des ambiances architecturales et urbaines*. *In* Les cahiers de la recherche architecturale, n° 42-43, « Ambiances architecturales et urbaines », 1998, pp. 13-23.

BAKER, DAVIES, SIVADON. *Services psychiatriques et architecture*. Genève : OMS, 1960. (Cahier de Santé Publique).

BARRAU, GODARD, SACHS, et *alii*. *Environnement et qualité de la vie*. Paris : G. Le Prat, 1975.

BARRETT, Robert. *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999 (1996) (Collection Les empêcheurs de penser en rond).

BASTIDE, Roger. *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion, 1965.

BEAUD Stéphane, WEBER Florence. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte, 1998. (Collection Guide repères).

BETTELHEIM, Bruno. *Evadés de la vie*. Paris : Fleurus, 1972.

BETTELHEIM, Bruno. *Un Lieu où renaître*. Paris : le Livre de poche, 1980. (Collection Pluriel).

BINSWANGER, Ludwig. *Discours, parcours et Freud*. Paris : Gallimard, 1970 (1947). (Collection connaissance de l'inconscient).

BINSWANGER, Ludwig. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : éditions de Minuit, 1971 (1947). (Collection Arguments).

BINSWANGER, Ludwig. *Le rêve et l'existence*. Paris : éditions Desclée de Brouwer, 1954.

BINSWANGER, Ludwig. *Trois formes manquées de la Présence humaine*. Paris : Le cercle herméneutique, 2002 (1956).

BINSWANGER, Ludwig. *Mélancolie et manie. Etudes phénoménologiques*. Paris : PUF, 1987 (1960). (Collection Psychiatrie ouverte).

BINSWANGER, Ludwig. *Délire*. Grenoble : Million, 1993 (1965). (Collection Krisis).

BINSWANGER, Ludwig. *Le problème de l'espace en psychopathologie*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 1998 (19.

BLANKENBURG, Wolfgang. *La perte de l'évidence naturelle. Une contribution à la psychopathologie des schizophrènies pauci-symptomatiques*. Paris : PUF, 1991 (1971).

BOUQUEREL, J. *Les problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique. Rapport d'assistance. Congrès des médecins aliénistes et des neurologistes de France et des pays de langue française à Bordeaux*. Paris : Masson et Cie, 1956.

BOURDIN, D. *Les jeux du normal et du pathologique. Des figures classiques aux remaniements contemporains*. Paris : Armand Colin, 2002. (Collection Cursus-Philosophie).

BOURNEVILLE, Désiré Magloire. *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. Rapport fait au congrès national d'assistance publique – Session de Lyon – Juin 1894*. Paris : Alcan, 1895. (Collection Biblio. D'Education Spéciale).

BOURNEVILLE, Désiré Magloire. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (Compte-rendu du service ds enfants idiots, épileptiques t arriérés de Bicêtre pendant l'année 1902*. Paris : Alcan, 1902.

CABAL, M. *Hôpitaux, corps et âmes*. Paris : Desclée de Brouwer, 2001.

CANGUILHEM, Georges. *Le Normal et le Pathologique*. Paris : PUF, 1966.

CEFAÏ, Daniel. *Enquête de terrain*. Paris : la Decouverte : MAUSS, 2003. (Collection Recherches)

CELESTE, DELALANDE, DUMAURIER. *L'enfant du sonore au musical*. Paris : Buchet Chastel, 1982.

CHELKOFF Grégoire, THIBAUD Jean-Paul. *Les mises en vue de l'espace public*. Grenoble : Rapport de recherche Cresson, juin 1992.

CHELKOFF Grégoire, THIBAUD Jean-Paul. *L'espace public, modes sensibles. Le regard sur la ville. In* Les Annales de la Recherche Urbaine, n°57-58, décembre 1992 – mars 1993, pp. 7-16.

CHELKOFF, Grégoire. *L'urbanité des sens. Perceptions et conceptions des espaces publics urbains*. Thèse en urbanisme. Grenoble : Université Mendés France, Institut d'urbanisme de Grenoble, 1996.

CHELKOFF Grégoire, THIBAUD Jean-Paul et *alii*. *Ambiances sous la ville : une approche écologique des espaces publics souterrains*. Grenoble : Rapport de recherche Cresson, 1996.

CHELKOFF, Grégoire. *Approche écologique de kinesthèses sonores : expérimentation d'un prototype d'abri public et ergonomie acoustique. In* Acoustique et techniques, n° 41, 2005, pp. 24-31.

Colloque sur l'architecture et la psychiatrie. Organisé par l'association psychiatrique sans frontières, fondation Henri Collomb à l'abbaye de Saint-Pons, les 21 au 26 octobre 1985 et 23-24 octobre 1986. Nice : Edité par l'Ecole Supérieure Libre d'Architecture, d'Urbanisme et d'Environnement, Université Libre de la Côte-d'Azur, 1987.

COLOMBIER, DOUBLET. *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison*. Paris : imprimerie royale, 1785.

Concevoir. Les Cahiers de la recherche architecturale, n°84, 1993.

COPANS, Jean. *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris : Nathan Université, 2002 (1999). (Collection Sciences sociales 128).

COURTINE, Jean-François. *Figures de la subjectivité. Approches phénoménologiques et psychiatriques*. Etudes réunies par. Paris : édition du CNRS, 1992.

CRESSWELL, Robert. *Eléments d'ethnologie*. Paris : Armand Colin, Vol. 1 et 2, 1975. (collection U)

CRESSWELL Robert, GODELIER Maurice. *Outils d'enquête et d'analyse anthropologiques*. Paris : Maspero, 1976.

CORDIE, Anny. *Un enfant psychotique*. Paris : Éd. du Seuil, 1993. (Collection Points : essais).

CRAPLET, M. Modes architecturales en psychiatrie. In Evolution psychiatrique, T 52, Fascicule 1, Janvier-Mars 1987, pp. 109-126.

CRUNELLE, Marc. *L'architecture et nos sens*. Bruxelles : PUB, 1996.

DAGRON. *Des aliénés et des asiles d'aliénés*. Rapport, 1875.

DECADE DE CERISY. *Psychiatrie et existence*. Grenoble : Jérôme Million, 1991.

DE CERTEAU Michel. *L'invention du quotidien*. Paris : Gallimard, Volume 1 et 2, 1990.

DELIGNY, Fernand. *Cahier de l'immuable*. *In* Recherches, n°18, avril 1975, pp. 3-4.

DELIGNY, Fernand. *Nous et l'innocent*. Paris : François Maspero, 1975. (Collection Malgré).

DELIGNY, Fernand. *Les enfants et le silence*. Paris : Galilée, 1980.

DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion, 1980.

DIMEGLIO, Pierre. *La programmation générative et participative en architecture et en urbanisme : proposition pour l'élaboration du projet urbain de l'île St-Denis*. *In* Urbanisme, n°320, septembre 2001, pp. 26-31.

DIMEGLIO, Pierre. *La participation des citoyens à l'aménagement de leur cadre de vie. Pourquoi ? Comment ?*, juin 2001. Disponible sur <http://www.univ-paris12.fr/iup>. (Consulté en février 2006).

DORFLES, G. *L'intervalle perdu*. Paris : Librairie des Méridiens, 1999.

DRASS Rhône Alpes, COTEREHOS. *Hygiène et Architecture dans les établissements de santé. Aide à la conception et à la rénovation des unités de soins*. Lyon : DRASS, Avril 1997.

DUMOULIN B, LEGER D, VALVIN E. *Architecture psychiatrique contemporaine et design thérapeutique*. *In* Revue. Française de Psychiatrie, janvier 1991, n°1 Tome 9, p 20-23.

Enfance aliénée – L'enfant, la psychose et l'institution. Paris : Edition Denoël, 1984 (1967). (Collection l'espace analytique)

ESQUIROL. *Des maisons d'aliénés*. Paris : imprimerie Royale, T des M.M-T II, 1817, p446 à 526.

Etudes phénoménologiques. Phénoménologie et pathologies « mentales ». Bruxelles : Ousia, 1992.

FISCHER, Gustave-Nicolas. *Psychologie sociale de l'environnement*. Toulouse : Privat, 1992.

(La)Folie, le temps, la folie. Paris : Union générale d'éditions, 1979.

FOUCAULT, Michel. *Maladie mentale et psychologie*. Paris : PUF, 1995 (1954).

FOUCAULT, Michel. *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Plon, 1961

FOUCAULT .Michel, BARRET KRIEGEL Blandine, THALAMY Anne et *alii*. *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*. Bruxelles : Pierre Mardaga, 1979.

FRIEDMAN, Yona. *Pour l'architecture scientifique*. Paris : Pierre Belfond, 1971.(Art – Action – Architecture).

FRITH, U. *L'énigme de l'autisme*. Paris : Odile Jacob, 1992. (Collection Sciences Humaines)

GANDON, BARRY, LOISEL. *Structuration hypertextuelle des connaissances liées aux traces d'un projet architectural*. Disponible sur : <http://www.irit.fr/ACTIVITES/EQ_SMI /GRACQ/CONFERENCES/IC99/ACTES/ic8.pdf>. (Consulté en mai 2006).

GENTIS, Robert. *Guérir la vie*. Paris : Petite collection Maspéro 10/18, 1999.

GIBSON, J-J. *The ecological approach to visual perception*. London : LEA, 1986.

GOFFMAN, Erwin. *Asile*. Paris : Minuit, 1968 (1961).

GOFFMAN, Erwin. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Volume 2. Paris : Edition de Minuit, 1973.

GOFFMAN, Erwin. *Les rites d'interaction*. Paris : Edition de Minuit, 1974.

GOFFMAN, Erwin. *Façon de parler*. Paris : Edition de Minuit, 1987.

GOLDSTEIN, Kurt. *La structure de l'organisme*. Paris : Gallimard, 1951.

GPEM « Travaux et Maîtrise d'œuvre ». *Recommandation T2-99 relative à la maîtrise de la qualité pour la programmation et la conception d'une opération de bâtiment (neuf ou réhabilitation)*. Disponible sur : <http://www.minefi.gouv.fr/fonds_documentaire/daj/guide/gpem/t2-99/t2_99.pdf>. (Consulté en avril 2006).

GUIDICELLI S., AZORIN J-M., PRINGUEY D. et *alii*. *Temps dans la psychose. Temps dans l'institution. Le rapport dialectique dans la prise en charge. In* L'information psychiatrique, Vol. 58, n° spécial, mars 1982, pp. 211-225.

GUILLAUME, Paul. *La psychologie de la forme*. Paris : Flammarion, 1979.

HALL, E. *La dimension cachée*. Paris : Seuil, 1971.

HAN KIA-KI, Béatrice. *Lignes d'erres. L'expérience de la contiguïté*. Paris : L'Harmattan, 2006.

HATWELL, STRERI, GENTAZ. *Toucher pour connaître*. Paris : PUF, 2000.

HUNEMAN Philippe, KULICH Estelle. *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Armand Colin, 1997. (Collection Cursus, série « Philosophie »).

JODELET, Denise. *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF, 1989. (Collection Sociologie d'aujourd'hui).

JONCKHEERE, Paul. *Phénoménologie et analyse existentielle*. Paris : Éd. Universitaires, 1989. (Collection Oxalis)

JOSEPH, Isaac. *L'espace public comme lieu de l'action*. *In* Les Annales de la Recherche Urbaine, n°57-58, décembre 1992 – mars 1993, pp. 211-217.

JOSEPH, Isaac, Joëlle PROUST. *La folie dans la place : Pathologies de l'interaction*. Paris : Ecole des Hautes études en sciences sociales, 1996. (Raisons pratiques).

JOSEPH, Isaac. *Erving Goffman et la microsociologie*. Paris : PUF, 1998.

KAUFMAN, P. *L'expérience émotionnelle de l'espace*. Paris : Vrin, 1977.

KOVESS Viviane, SEVERO Donato, CAUSSE David, PASCAL Jean-Charles. *Architecture et psychiatrie*. Paris : Le Moniteur, 2004.

KUHN, Roland. *Phénoménologie du masque à travers le test de Rorschach*. Bruges : Desclée de Brouwer, 1957. (Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française).

LAING, Ronald David. *L'équilibre mental, la folie et la famille*. Paris : Maspero, 1971 (1964). (Collection Textes à l'appui. Série psychiatrique).

LANTERI-LAURA, G. *Phénoménologie de la subjectivité*. Paris : PUF, 1968. (Collection Epiméthée).

LAPLANTINE, François. *La description ethnographique*. Paris : Nathan Université, 1996. (Collection 128 Sciences Sociales).

LAVIGNE DELVILLE, SELLAMNA, MATHIEU. *Les enquêtes participatives en débat : ambition, pratiques et enjeux*. Paris : édition Karthala : GRET ; Montpellier : ICRA, 2000.

LECOURT, Edith. *Les limites sonores du soi*. *In* Bulletin de psychologie, Tome 36, n°360, pp. 577-582, 1990.

LECOURT, Edith. *Analyse de groupe et musicothérapie*. Paris : ESF, 1993.

LECOURT, Edith. *L'expérience musicale. Résonances psychanalytiques*. Paris : L'Harmattan, 1994.

LEFEBVRE, Henri. *Critique de la vie quotidienne*. Paris : Anthropos, 1961 (2.T.).

LEFEBVRE, Henri. *La production de l'espace*. Paris : Anthropos, 1986 (1974).

LE GUILLANT L. *Remarques à propos de la reconstruction de l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire*. *In* l'inf. Psychiat., n°2, 1946.

LE GUILLANT, Louis. *Le service psychiatrique, instrument de guérison*. *In* Chimères, n° 33, 1998.

LEMAY, Michel. *Psychoses infantiles*. Paris : Fleurus, Tome 1 et 2, 1987.

LESLIE, A.M. *Pretense and representation : the origines of « theorie of mind »*. *In* Psychological revue, n°4, 1987, pp. 412-426.

LESLIE A.M, FRITH, U. *Autistic children understanding of seeing, knowing and believing*. *In* Britich journal of developmental of psychology, n°4, 1988, pp. 315-324.

LORIES, Danielle. *Eléments pour une phénoménologie des sens ? In* Etudes phénoménologiques, Vol. 17, n° 33-34, 2001, pp. 21-46.

MALDINEY, Henri. *Existence, Crise et création*. La Versanne : Encre Marine, 2001.

MALDINEY, Henri. *Regard Parole Espace*. Lausanne : éditions l'âge de l'homme, 1994 (1973). (Collection Amers)

MALDINEY, Henri. *Penser l'homme et la folie, A la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*. Grenoble : édition Jérôme Million, 1991.

MAZET, HOUZEL. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Maloine, 1984.

MELTZER, D. *Le monde de l'autisme*. Paris : Payot, 1984. (Collection Sciences Humaines).

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 1945.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1979.

MESMIN, G. *L'enfant, l'architecture et l'espace*. Paris : Casterman, 1979.

MICHAUD, Ginette. *Figures du réel : clinique psychanalytique des psychoses*. Paris : Denoël, 1999. (L'espace analytique).

MILLOT, Patrice. *Espace thérapeutique en architecture hospitalière psychiatrique, à propos de la conception d'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais par Rayneau*. Thèse de doctorat en Médecine. Tours : faculté de médecine de Tours, Université François Rabelais, 1979.

Minefi collectivités locales. *Articles 37 et 70 – Conception-Réalisation – 20 janvier 2004*. Disponible sur < http://www.colloc.minefi.gouv.fr/colo>. (Consulté en avril 2006).

MINKOWSKI, Eugène. *Le temps vécu*. Paris : P.U.F, 1995. (Quadrige).

MINKOWSKI, Eugène. *Vers une cosmologie*. Paris : Payot, 1999.

MOSER Gabriel, WEISS Karine. *Espaces de vie : Aspects de la relation homme-environnement*. Paris : Armand Collin, 2003.

MOUILLAUD, Claire. *Ambiances urbaines nocturnes et perception de l'éclairage commercial*. DEA Ambiances architecturales et urbaines. Grenoble : Ecole d'Architecture de Grenoble, laboratoire Cresson, 2004.

MUCCHIELLI, Roger. *Analyse et liberté*. Issy-les-Moulineaux : EAP, 1986.

NINIO, J. *L'empreinte des sens : la raison perceptive*. Paris : O.Jacob, 1989.

OMS. *L'avenir des hôpitaux psychiatriques. Rapport sur la réunion d'un groupe de travail. Mannheim, 2-5 novembre 1976*. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Europe, 1980.

PANKOW, Gisela. *L'homme et sa psychose*. Paris : Flammarion, 1993.

PARCHAPPE. *Principes à suivre*. Rapport, 1851.

PENEFF, Jean. *L'hôpital en urgence, étude par observation participante*. Paris : Editions Métaillé, 1992.

PESSIN Alain, TORGUE, Henry. *Villes imaginaires*. Paris : Ed. du Champ Urbain. 1980.

PIGEAUD Mathilde, PIGEAUD Jackie. *L'asile et ses jardins*. *In* Psy. Française, Vol 23, n°4, décembre 1992, pp. 115-129.

PINEL. *Nosographie philosophique*. Paris : Mauprivez, Tome III, 1813.

PINEL, Scipion. *Traité complet du régime des aliénés, ou manuel des établissements qui leur sont consacrés*. Paris : Mauprivez, 1836.

POMERLEAU et MALCUIT. *L'enfant et son environnement*. Paris : Mardaga, 1983.

PONSART, Pascal. *Psychiatrie et architecture à la recherche d'un dialogue. Réflexions sur le bâti et essai sur l'institution psychiatrique à la recherche d'un dialogue avec l'architecte*. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, Université de Nancy, 1983.

RACAMIER P. C. *Introduction à la sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. In* Evol. Psychiat., n° 1, 1957, pp. 47-94.

RAGON, Michel. *Demain la ville*. Rapport de J-P Sueur, 1998.

RAYNIER et BEAUDOIN. *L'assistance psychiatrique Française*. Melun : Presse de l'imprimerie administrative, Volume 1, 1949.

RAYNIER et LAUZIER : *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*. Paris : Peyronnet, 1935.

« Recherches » Spécial Programmation architecture et psychiatrie : Centre d'études, de recherches et de formation institutionnelles. Paris : Fédération des groupes d'études et de recherches institutionnelles, 1967.

RESNIK, Salomon. *Personne et psychose : études sur le langage des corps*. Paris : Payot, 1973.

RICHIR, M. *Phénoménologie et psychiatrie : d'une division interne à la stimmung*. In Etudes phénoménologiques, n° 15, 1992, pp. 81-117

RICHIR Marc, TASSIN Etienne. *Merleau-Ponty : Phénoménologie et expériences*. Grenoble : Million, 1992.

RIPA, Yannick. *La ronde des folles : femme, folie et enfermement au XIXème siècle : 1838-1870*. Paris : Aubier, 1985.

ROUY, Herselie. *Mémoires d'une aliénée*. Paris : P. Ollendorff, 1883.

SACKS. *Des yeux pour entendre*. Paris : édition du Seuil, 1990.

SAMI-ALI. *Le visuel et le tactile : essai sur la psychose et l'allergie*. Paris : Dunod, 1984.

SANDRET, J. *Construction des asiles d'aliénés*. Paris : Béranger, 1900.

SANSOT, Pierre. *Poétique de la ville*. Paris : Klincksieck, 1972

SCHILDER, Paul. *L'image du corps*. Paris : Gallimard, 1968.

SCHOHN, Roland. *Psychiatrie et architecture. Recherches actuelles*. Thèse de doctorat de médecine. Bordeaux : Faculté de médecine de Bordeaux, Université de Bordeaux, 1969.

SERRE, M. *Les cinq se*ns. Paris : Grasset, 1985.

SIMMEL, S. *Sociologie et épistémologie : essai sur la sociologie des sens*. Paris : P.U.F, 1981.

SIVADON, Paul. *Espace et comportement humain*. *In* Revue Institut de la Vie, n°9, juillet 1966.

SIVADON, Paul. *Architecture psychiatrique*. *Principes, tendances actuelles*. *In* Psychiatrie. Conditions d'exercice de la psychiatrie, n° 5, section 37925 A10, 1968, pp. 1-5.

SIVADON, Paul. *Réalisations françaises d'architecture psychiatrique*. *In* Psychiatrie. Conditions d'exercice de la psychiatrie, n° 5, section 37925 C10, 1969, pp. 1-5.

SIVADON Paul, FERANDEZ-ZOILA Adolfo. Corps et thérapeutique. Une psychopathologie du corps. Paris : PUF, 1986.

Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse. *Actualité de Georges Canguilhem : "Le normal et le pathologique" : actes du Xe Colloque de la Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse, [4 décembre 1993], organisé par F. Bing, J.-F. Braunstein, E. Roudinesco*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998. (Collection Les empêcheurs de penser en rond).

SPERBER D., WILSON D. *La pertinence : communication et cognition*. Paris : Editions de Minuit, 1989.

SONOLET, Nicole. *Programmation, études architecturales et réalisation d'institutions de soins pour malades mentaux*. *In* Architecture et Santé mentale, 1982, pp. 87 – 95.

STEUDLER, François. *L'hôpital en observation*. Paris : A.Colin, 1974.

STRAUSS, E. *Du sens des sens*. Grenoble : Million, 2000 (1935).

TATOSSIAN, Arthur. *La phénoménologie des psychoses*. Puteaux : Le cercle herméneutique, 2002. (Phénoménologie)

TENON. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. Paris : imprimerie royale, 1788.

THIBAUD, Jean-Paul. *Regard en action – Ethnométhodologies des espaces publics*. Grenoble : A la croisée, 2002.

THIBAUD, Jean-Paul. *La ville à l'épreuve des sens*. HDR. Grenoble : Université Mendés France, Institut d'urbanisme de Grenoble, 2003.

THOMAS, Rachel. *L'accessibilité des piétons à l'espace public urbain : un accomplissement perceptif situé*. *In* Espaces et sociétés, n° 113-114, 2003.

TUSTIN, Frances. *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris : Éditions du Seuil, 1982. (Collection Points).

von WEIZSÄCKER. *Le cycle de la structure*. Paris : Desclée de Brouwer, 1958.

ZAGURY, D. *Modèles de normalités et psychopathologie*. Paris : l'Harmattan, 1998. (Collection Psychanalyse et Civilisations Série trouvailles et Retrouvailles)

I - INTRODUCTION……1

II- AMBIANCES ARCHITECTURALES ET STRUCTURES SPECIALISEES……7

1 - NOTION D'AMBIANCE DANS LES LIEUX D'ACCUEIL DE LA MALADIE MENTALE……8

2 - DIALOGUE PSYCHIATRIE ET ARCHITECTURE…… …….45

3 - QUESTION DES REFERENCES……....47

III- AMBIANCES ET CONDUITES USAGÈRES……49

1- LE SUJET ACTANT / PERCEVANT……49

2 - PROPOSITIONS ET PRISES DE L'ESPACE SENSIBLE……52

3- UN CADRE D'ACTION ET D'INTERPRETATION DE LA VIE SOCIALE……54

4- IMPORTANCE DU CONTEXTE D'ENSEMBLE……56

5- L'ETRE-LA, L'ETRE-AU-MONDE……57

6- LE CORPS COMME LANGAGE……62

7- APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE COMME RETOUR AUX CHOSES……67

8- RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS SUR LA PLACE DE L'ESPACE ET DE L'ENVIRONNEMENT DANS LES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ENFANT ……69

8.4- Langage socio affectif de l'enfant……69

a- L'autisme……70

b- L'immutabilité ……70

c- Les stéréotypies……71

d- Les allers-retours……71

8.5- Langage cognitif de l'enfant ……71

a- Le langage ……72

b- L'organisation perceptive ……72

c- La représentation ……73

8.6- Le langage corporel de l'enfant ……74

a- La perception du corps comme contenant……74

b- La perception du corps comme contenu……74

IV- PROBLEMATIQUE……75

1 - CONDUITES CARACTERISANT LA RELATION SUJET – ENVIRONNEMENT……76

2 - FACTEURS ET COMBINAISONS DE FACTEURS DETERMINANTS DES CONDUITES……78

3- UNE AIDE A L'AMELIORATION DES AMBIANCES……79

V- MÉTHODE ……82

1- HEURISTIQUE SPATIALE ET AMBIANTALE D'UNE PATHOLOGIE ……82

2- DESCRIPTION ETHNOGRAPHIQUE……86

2.1- Entre observation participante et observation passive……87

2.2 - Activité perceptive……89
2.3- La notion d'objectivité……90

3 - TROIS TERRAINS D'INVESTIGATIONS……91
3.1 - Choix du type de structures……91
3.2- Nécessité d'une pluralité et d'une diversité de structure……92

4- PRÉSENTATION DES TERRAINS……94
4.5- Hôpital de jour d'Echirolles sud ……94
a- Présentation du site……94
b- Présentation de la structure……94
c- Fonctionnement de la structure……97

4.6- Hôpital de jour de la Fondation Vallée……99
a- Présentation du site ……99
b- Présentation de la structure ……99
c- Fonctionnement de la structure ……103

4.7- Hôpital de jour Mosaïque……104
a- Présentation du site ……104
b- Présentation de la structure ……105
c- Fonctionnement de la structure ……108

4.8- L'équipe soignante ……109

5- UN CONTEXTE PARTICULIER……110
5.1- Secret professionnel……110
5.2- Cadre particulier des activités thérapeutiques……111
5.3- Absence de langage des enfants……111

6 – OBSERVATIONS……112
6.1 - Lieux et temps d'observation……112
a- Hôpital de jour d'Echirolles Sud……113
b- Hôpital de jour de la Fondation Vallée ……114
c- Hôpital de jour de Sainte Geneviève des Bois ……114

6.2 - Descriptions des lieux d'observation……116
A- Hôpital de jour d'Echirolles Sud……116
a- Enveloppe et organisation spatiale ……116
b- Mobilier intérieur ……118
c- Matières, matériaux et couleurs ……120
d- Caractéristiques acoustiques ……121
e- Caractéristiques lumineuses ……123

B- Hôpital de jour de la Fondation Vallée……124
a- Enveloppe et organisation spatiale ……124
b- Mobilier intérieur ……125
c- Matières, matériaux et couleurs ……127
d- Caractéristiques acoustiques ……128
e- Caractéristiques lumineuses ……130

C- Hôpital de jour de Sainte Geneviève des Bois……131
a- Enveloppe et organisation spatiale ……131
b- Mobilier intérieur ……132
c- Matières, matériaux et couleurs ……133
d- Caractéristiques acoustiques ……134
e- Caractéristiques lumineuses ……134

7 - PHASE DE PRÉ-ENQUÊTE ……136
7.1 - Période d'intégration……136
7.2 - Réajustement des méthodes……136
7.3 - Recherche bibliographique……136

8 - PHASE D'OBSERVATIONS……137
8.1- Relevés ethnographiques……137
8.2 - Discussions avec les soignants……138
8.3 - Enregistrements sonores……139
8.4 - Relevés métrologiques……139
A - Relevés métrologiques concernant la l u m i è r e ……139
a- Luminance ……139
b- Eclairement ……140
c- Caractéristiques des luminaires ……140

B - Relevés métrologiques concernant l'a c o u s t i q u e……140

a- Niveaux sonores ……140
b- Critères de salles ……143

8.5- Vidéos……144
a- Les vidéos comme support d'analyse ……144
b- Signature, par les familles, du consentement ……145
c- Réalisation des vidéos ……145

9 - TRAITEMENT DES RÉCITS D'OBSERVATIONS……146
Préparation de l'Analyse
9.1 - Tableaux……146
9.2 - Filtres……148
9.3 - Prise en compte de la notion d'effet……149

VII- CONDUITES SPATIALES, SOCIALES ET AFFECTIVES EN CONTEXTE……150

1- PRENDRE SES REPERES……151
1.1 - Rechercher la présence d'un adulte……151
A - Facteurs sociaux……152
B - Facteurs temporels……152
C - Facteurs sensibles……152
D - Facteurs spatiaux……154

1.2 - Déposer ses affaires ……154
A - Facteurs sociaux……154
B - Facteurs temporels……155
C - Facteurs spatiaux……155
D - Facteurs sensibles……155

1.3 - Garder un moment un objet personnel ……156
A - Facteurs sociaux……156
B - Facteurs temporels……157
C - Facteurs sensibles……157

1.4 - Se diriger directement dans les lieux de vie ……158
A - Facteurs spatiaux……158
B - Facteurs sensibles……158
C - Facteurs temporels……159

1.5 - Vérifier que rien n'a changé / ranger ……159
A - Facteurs spatiaux……159
B - Facteurs sociaux……160
C - Facteurs sensibles……160
D - Facteurs temporels……161

1.6 - Se poster ……161
A - Facteurs spatiaux……161
B - Facteurs sensibles……162
C - Facteurs temporels……163

1.7 - Prendre toujours le même jouet ……164
A - Facteurs spatiaux……164
B - Facteurs sensibles……164

1.8 - Toujours faire la même activité ……165
A - Facteurs spatiaux et sociaux……165
B - Facteurs sensibles……165
C - Facteurs temporels……166

1.9 - Enlever ses chaussures, ses chaussettes……167
A - Facteurs spatiaux et sociaux……167
B - Facteurs sensibles……167
C - Facteurs temporels……168

1.10 - Prendre des reperes temporels……168
A - Facteurs sociaux……169
B - Facteurs sensibles……169

2 - S' I S O L E R……172
2.1 - S'isoler en mouvement……172
A - Facteurs spatiaux……173
B - Facteurs sociaux……178
C - Facteurs sensibles……179
2.2 - S'isoler dans le mouvement d'un objet……179
A - Facteurs spatiaux……180
B - Facteurs sociaux……180
C - Facteurs sensibles……180
2.3 - S'isoler dans une enveloppe sonore……181
A - Facteurs spatiaux et sociaux……182
B - Facteurs sensibles……182
2.4 - S'isoler dans un espace contenant ……183
A - Facteurs spatiaux……183
B - Facteurs sociaux……183
C - Facteurs sensibles……184
2.5 - S'isoler en regardant une source lumineuse ……185
A - Facteurs physiques……185
B - Facteurs sensibles……185
2.6 - S'isoler en se regardant dans……195
A - Facteurs spatiaux……162
B - Facteurs sociaux……162
C - Facteurs sensibles……162
2.7 - S'Isoler en faisant des traces sur un vitrage……187
A - Facteurs spatiaux et sociaux……187
B - Facteurs sensibles……187
2.8 - S'isoler recroquevillé……188
A - Facteurs sociaux……188
B - Facteurs sensibles……188
2.9 - S'Isoler en mangeant un gâteau……189
A - Facteurs spatiaux et sociaux……189
B - Facteurs sensibles……189
3. ETRE EN RELATION AVEC L'AUTRE……194
3.1- S'approcher de quelqu'un……194
A - Facteurs sociaux……194
B - Facteurs sensibles……195
3.2 - Contourner quelqu'un……197
A - Facteurs sociaux……197
B - Facteurs sensibles……197
3.3 - Passer proche de quelqu'un ……199
A - Facteurs sociaux……199
B - Facteurs sensibles……199
3.4 - Etre en contact avec quelqu' u n……201
A - Facteurs sociaux……202
B - Facteurs sensibles……202
3.5 - Se regrouper……203
3.5.1 - Se réunir entre camarades……203
A - Facteurs spatiaux et sociaux……203
B - Facteurs sensibles……204
3.5.2 - Se suivre ……205
A - Facteurs spatiaux et sociaux……205
B - Facteurs sensibles……205
3.5.3 - Jouer ensemble……206
A - Facteurs spatiaux et sociaux……206
B - Facteurs sensibles……206

3.5.4 - Discuter……207
A - Facteurs spatiaux et sociaux……207
B - Facteurs sensibles……207

4. VIVRE SES SENTIMENTS……209
4.1 - Manifester sa colère, son mécontentement……209
A - Facteurs sociaux……210
B - Facteurs spatiaux……210
C - Facteurs sensibles……210

4.2 - Manifester sa peur……211
A - Facteurs sociaux……212
B - Facteurs sensibles……213

4.3 - Manifester son inquiétude……214
A - Facteurs sociaux……215
B - Facteurs sensibles……215

4.4 - Manifester sa joie ……216

4.5 - Manifester sa surprise ……217
A - Facteurs spatiaux et sociaux……217
B - Facteurs sensibles……217

4.6 - Manifester sa curiosité……218
A - Facteurs sociaux……219
B - Facteurs sensibles……219

4.7 - Manifester son désir de participer ……219
A - Facteurs sociaux……220
B - Facteurs spatiaux……220
C - Facteurs sensibles……220

VII - FACTEURS AMBIANTS ET CONFIGURATIONS SENSIBLES……224

1 - FACTEURS SOCIAUX……225
1.1 - Facteur d'activités……225

1.2 - Facteur de population……226
a- Variation d'ambiance suivant la population présente……226
b- Les soignants et les enfants comme repère……227

1.3 - Facteurs de nombre / densité……229

2 - FACTEURS SPATIAUX ……233
2.1 - Facteurs d' enveloppe et d'organisation spatiale……233
a- *Affordance* de l'enveloppe spatiale ……233
b- Réinventer la fonction première des espaces……233
c- Modifications de l'enveloppe spatiale……234

2.2 - Facteurs mobilier intérieur ……237
a- Créativité des usagers en accord avec la fonction première du mobilier……238
b- Réinventions de la fonction du mobilier ……238
c- Repère par rapport aux usages ……239
d- Le mobilier comme modulateur d'ambiance ……239

2.3 - L'espace aménagé ……241
a- Repère spatial ……241
b- Solidité de l'enveloppe spatiale et du mobilier……242

2.4 - Facteurs de matières / matériaux……243
a- La recherche de confort ……243
b- La matière pour la recherche de sensation ……244
c- Les matières dures ……245
d- Le miroir comme modulateur d'ambiance ……246

2.5 - Facteurs de couleurs et d'éléments de décoratifs……247

3 - F A C T E U R S P H Y S I Q U E S……249
3.1 - Facteurs acoustiques……249
a- *Affordances* sonores de l'espace ……249
b- *Affordances* du paysage sonore ……250

3.2 - Facteurs lumineux…….252
a- Le confort de la lumière naturelle……253
b- Les « cachettes» ……254
c- Les jeux de lumières ……255
d- La lumière comme sensation visuelle ……256
e- Paradoxe des zones d'ombres… entre invitation et peur ……257
f- Prise de repères temporels ……258

3.3 - Facteur thermique……260
a- La chaleur comme source de bien-être ……260
b- La chaleur comme source de sensation ……260
c- Le froid comme recherche de sensation ……262

3.4 - Facteur météorologique……264

3.5 - Facteur aéraulique……266

4 - F A C T E U R S S E N S I B L E S……266
4.1 - Facteurs visuels……266
a- Le regard comme intrusif ……266
b- Le regard comme moyen de communication ……267
c- Le regard comme moyen de surveillance ……268
e- Le regard comme moyen de prendre ses repères ……268

4.2 - Facteurs sonores……270
a- Le sonore comme intrusif ……270
b- Variation de l'intervalle sonore du soi ……271
c- Le sonore comme source d'angoisse ……272
d- Le sonore comme enveloppe ……273
e- Le sonore comme espace identitaire et personnel ……274
f- Le sonore comme attractif ……275
g- Le sonore comme moyen de surveillance ……275
h- Le sonore comme moyen de communication ……276
i- Le sonore comme moyen de prendre ses repères ……276
j- La qualité de l'environnement sonore ……277

4.3 - Facteurs de combinaisons visuelles et sonores……278
a- Moyen de surveillance ……278
b- Moyen de communication ……279

4.4 - Facteurs tactiles……279
a- Recherche de sensation ……279
b- Le contact comme intrusif ……280
c- Aide psychologique ……280

4.5 - Facteurs de combinaisons visuelles et tactiles……282

4.6 - Facteurs de combinaisons visuelles, tactiles et sonores……283
a- Moyen de surveillance dans les moments difficiles ……283
b- Source de renseignements ……283
c- Moyen de communication ……284

4.7 - Facteurs de combinaisons tactiles et sonores……292
a- Moyen de surveillance dans les moments difficiles à proximité de personnes ……284
b- Moyen de communication ……284

4.8 - Facteur kinesthésique……285

4.9 - Facteur olfactif……286

4.10 - Facteur gustatif……288

4.11 - Facteurs de combinaisons visuelles, sonores et kinesthésiques……290

5 - CONFIGURATIONS SENSIBLES ……292
5.1- Configurations spatiales, sociales, visuelles et sonores ……292
a- Regroupement au fond des couloirs ……292
b- La cabane : une configuration enveloppante ……294
c- Configurations propices à l'isolement ……296

5.2- Configurations spatiales, visuelles, sonores et tactiles ……297
a- Un angle contenant ……298
b- Un champ de vision le plus large possible ……301
c- Une courbe contenante ……303
d- Une paroi sécurisante ……304

5.3- Configurations spatiales motrices ……307

a- Configuration spatiale motrice, visuelle et sonore ……307
b- Configuration spatiale motrice et tactile ……309
b- Configuration spatiale motrice, visuelle et tactile ……310

5.4- Configurations spatiales sensorielles et sociales ……312
a- La concentration ……312
b- La dispersion ……313
c- La file indienne ……315

6 - F A C T E U R S T E M P S ……317
6.1- Entre immutabilité et instabilité ……317
6.2- Les entre deux d'activités……319
6.3- Les évènements ……321

VIII - C O N C L U S I O N……324

1 - R A P P E L ……324

2 - R E T O U R S U R L A M É T H O D E ……327
2.11- Descriptions ethnographiques……327
a- Entre observation participante et observation passive ……327
b- L'activité perceptive. Perception située. Importance du contexte……328
c- Question d'objectivité ……328

2.12- Trois terrains d'investigation……329

2.13- Un contexte particulier……329

2.14- Lieux et temps d'observation……330

2.15- Phase de pré-enquête……330

2.6- Phase d'observation……330
a- La dynamique du groupe ……330
b- L'incidence de la présence des soignants ……331
c- Relevé d'observations ……331
d- Niveaux sonores ……332

2.13- Traitement des recueils d'observation, préparation à l'analyse……332

2.14- Analyse……333

2.15- Présentation de nos résultats……333

3- R O L E S D E S A M B I A N C E S……333

4 - HEURISTIQUE SPATIALE ET AMBIANTALE D'UNE PATHOLOGIE MENTALE……334

5 - CO-DÉTERMINATION DU SUJET ET DE SON ENVIRONNEMENT……336

6- UNE AIDE A LA PROGRAMMATION, LA CONCEPTION ET LA COMMUNICATION……337

7- O U V E R T U R E
EXISTE-T-IL UNE ARCHITECTURE PSYCHIATRIQUE ?……339

IX - B I B L I O G R A P H I E……343

T A B L E D E S M A T I E R E S……354

S O M M A I R E A N N E X E S……361

Ce document comporte :

- Trois planches hors texte relatives aux espaces observés de nos trois terrains afin de faciliter le repérage du lecteur.
- Un CD audio.

SOMMAIRE ANNEXES

ANNEXE 1 - Luminances, éclairements, caractéristiques des luminaires ……..…362

ANNEXES 2 – Relevés de niveaux sonores.…….……..….390

ANNEXES 3 – Echantillon de tableaux d'analyse.…….…….399

ANNEXES 4 – Définitions des effets sonores utilisés dans ce travail.……...…….414

ANNEXES 5 - Définitions des effets lumineux utilisés dans ce travail……..…….417

ECHIROLLES SUD

Luminances de l'espace jeux par beau temps, en Cd/m². (15/01 à 10h20).

Les luminances par mauvais temps ne sont pas jointes, étant donné que ces mesures ne nous ont pas permises d'en dégager des résultats pertinents.
Aucun contraste n'est à relever.

Localisation de la prise de vue

ECHIROLLES SUD

Luminances de l'espace jeux par beau temps, en Cd/m². (7/06/03 à 10h45).

Les mesures de luminances soulignent de forts contrastes au niveau des baies ouvertes au Sud sur le jardin de la structure. Les valeurs sont supérieures à 5000 Cd/m², comprises entre 8200 à 9000 Cd/m².

Localisation de la prise de vue

E C H I R O L L E S S U D
Luminances de l'espace fauteuils par beau temps
(Cd/m²)

Localisation de la prise de vue

E C H I R O L L E S S U D

Luminances et éclairements des couloirs éclairés, beau temps, en Cd/m² et en lux.
(7/06 à 10h30)

Luminances

Eclairements

E C H I R O L L E S S U D

Luminances des couloirs éclairés, en Cd/m². (22/01)

E C H I R O L L E S S U D

Eclairements de l'espace jeux par beau temps, en lux. (15/01/03 à 10h30).

Bonnes conditions d'éclairements, valeurs situées entre 183 et 351 lux, sachant qu'un bureau doit présenter des conditions d'éclairements de 200 lux.

Localisation de la prise de vue

ECHIROLLES SUD

Eclairements de l'espace jeux par temps de pluie, sans éclairage artificiel (espaces de circulation éclairés), en lux. (22/01 à 10h30)

Localisation de la prise de vue

Les mesures d'éclairements par temps de pluie sont faibles sachant que la réglementation en vigueur impose un minimum de 200 lux dans un bureau. Cependant, quelles que soient les conditions météo, l'espace commun n'est jamais éclairé, ce qui signifie que ces conditions d'éclairements conviennent aux usagers (nous pouvons penser que le fait que l'espace commun est largement ouvert sur l'extérieur participe à ce confort).

ECHIROLLES SUD

Eclairements de l'espace jeux par beau temps (espaces de circulation éclairés), en lux. (15/01 à 10h30).

Localisation de la prise de vue

Bonnes conditions d'éclairement.
Proches des baies exposées au Sud, nous relevons des zones à forts éclairements dont les valeurs sont comprises entre 1405 et 3738.

E C H I R O L L E S S U D

Eclairements de l'espace jeux par temps de pluie, sans éclairage artificiel, en lux. (20/01 à 10h45).

Par temps de pluie, les mesures d'éclairement de l'espace jeux sont relativement faibles. Cependant, ces conditions semblent convenir aux usagers étant donné que pendant nos temps d'observation, les éclairages artificiels n'ont jamais été allumés.

Localisation de la prise de vue

E C H I R O L L E S S U D

Eclairements de l'espace fauteuils par beau temps (espaces de circulation éclairés), en lux. (7/06 à 10h45)

E C H I R O L L E S S U D

Eclairements de l'espace fauteuils par mauvais temps (pluie) sans éclairage artificiel (espaces de circulation éclairés), en lux. (20/01 à 10h20).

Localisation de la prise de vue

E C H I R O L L E S S U D

Eclairements des couloirs éclairés, en lux.

E C H I R O L L E S S U D

Eclairements des couloirs éteints avec porte de la salle d'équipe ouverte (salle d'équipe éclairée), en lux. (22/01)

F O N D A T I O N V A L L E E

Luminances du groupe de vie par beau temps, en Cd/m². (14/05/03 à 11h30).

Les mesures de luminances ne soulignent aucun contraste.

Localisation de la prise de vue

Vue 1

Vue 2

F O N D A T I O N V A L L E E

Luminances du groupe de vie par temps de pluie, sans éclairage artificiel, en Cd/m². (8/12 à 11h30).

Localisation de la prise de vue

Vue 1

Vue 2

F O N D A T I O N V A L L E E

Luminances du groupe de vie par mauvais temps (pluie) avec éclairage artificiel. Cd/m². (8/12 à 10h30).

Localisation de la prise de vue

Les mesures de luminances sont de faibles valeurs et ne soulignent aucun contrastes.

F O N D A T I O N V A L L E E

Eclairements du groupe de vie par beau temps, sans éclairage artificiel, en lux.
(14/05/03 à 10h45).

Localisation de la prise de vue

Vue 1

Vue 2

Les mesures des éclairements sont faibles dans la seconde partie du groupe de vie (derrière les meubles de séparation), qui s'ouvre au Nord sur l'entrée de l'hôpital grâce à une fenêtre. Les éclairements de la première du groupe qui s'ouvre largement à l'Ouest sur la cour, sont plus élevés, compris entre 129 et 532.

F O N D A T I O N V A L L E E

Eclairements du groupe de vie par temps de pluie, sans éclairage artificiel, en lux. (8/11 à 11h).

Localisation de la prise de vue

Vue 1

Vue 2

F O N D A T I O N V A L L E E

Eclairements du groupe de vie par mauvais temps (pluie) avec éclairage artificiel, en lx. (8/12 à 11h)

Localisation de la prise de vue

Les mesures d'éclairements illustrent le faible éclairement de la seconde partie du groupe de vie (située derrière les meubles de séparation) par mauvais temps, malgré l'éclairage artificiel. En effet, les valeurs sont comprises entre 80 et 100 lux, sachant que la réglementation en vigueur impose un minimum de 200 lux dans un bureau.

M O S A I Q U E
Luminances du groupe de vie par beau temps (cd/m²). (28/07 ; 15h)

Les mesures de luminances font apparaître au sol d'importants contrastes (valeurs supérieures à 5000cd/m²) qui se dessinent proches des baies exposées au Sud.

Photo N° 4 : Groupe de vie

Photo N°3 : Groupe de vie

M O S A I Q U E

Luminances des espaces de circulation par beau temps (cd/m²). (29/07 ; 10h45)

Un important contraste apparaît au niveau du skydom situé au niveau de l'entrée des groupes de vie.

N°0

N°0'

M O S A I Q U E

Luminances des espaces de circulation par temps de pluie, sans éclairage (cd/m²). (21/12 ; 15h)

Les luminances des espaces de circulations par temps de pluie ne sont pas répertoriées avec éclairages artificiels étant donné que ces derniers ne sont jamais allumés.

Les mesures de luminances soulignent l'absence de contrastes. Cependant, leurs valeurs relativement élevées soulignent la mise en œuvre de matériaux réverbérants.

N°0

N°0'

M O S A I Q U E

Eclairements du groupe de vie par beau temps (lx). (25/07, 15h).

Les mesures d'éclairements montrent que le groupe de vie est largement éclairé, sachant que la réglementation en vigueur impose un minimum de 200 lux dans un bureau. En effet, au fond du groupe, nous relevons des éclairements compris entre 200 et 300 lux.

Photo N° 4 : Groupe de vie

Photo N°3 : Groupe de vie

M O S A I Q U E

Eclairements des espaces de circulation par beau temps (lx). (29/07 ; 14h30)

Les mesures des éclairements des espaces de circulations sont relativement homogènes. Cependant nous relevons des espaces fortement éclairés : au niveau du skydom, devant l'entrée des groupes de vie et au niveau de la grande baie qui s'ouvre au Sud sur le jardin. Ces sources de lumière naturelle expliquent les importantes valeurs d'éclairements relevées.

N°0

N°0'

M O S A I Q U E

Eclairements des espaces de circulation par temps de pluie, sans éclairage artificiel (lx). (21/12 ; 15h)

Les éclairements des espaces de circulations par temps de pluie ne sont pas répertoriés avec éclairages artificiels étant donné que ces derniers ne sont jamais allumés.
Les espaces de circulation de Mosaïque bénéficient d'un bon éclairement, étant donné que les mesures les plus basses sont aux environs de 104 lux sachant que la réglementation en vigueur (circulaire du 11 avril 1984) précise que les espaces de circulations doivent présenter un éclairement mimimum de 40 lux.

N°

N°0'

EAN/Produit: 4050300777474
Désignation produit : DED VB KIT WT 230-240V4L18/840HFVS1
Divers: Autres informations et images disponibles sous ici

Description générale	
Culot	G13
Remarque	Garanti 2 ans

Données électriques	
Fréquence de fonctionnement en hertz	50 Hz
Puissance lampe en watts	18 W
Tension d'alimentation en volts	230 V

Dimensions	
Distance inter luminaire	1.3 * h [1)]
Hauteur en mm	95 mm
Largeur en mm	596 mm
Longueur en mm	596 mm

Applications	
Classe de protection	IP 20
Entraxe de fixation en mm	460 mm
Protection anti-chocs IK	IK07
Protection anti-feux	F
Type d'appareillage	BE

Données logistiques	
Poids du produit en grammes	4400 g

Punch

T26 (FD)	G13	18-58W
Classe I	Classe II	
960 °C	IP 21	IK 07
PROMOTELEC Salles de classe (PUNCH BD6, BS, ALU, AS)		
Certification ENEC		
CE		

Gamme de plafonniers polyvalents pour tubes fluorescents T26 (T8) destinée à l'éclairage général ou localisé de locaux tertiaires tels que établissements scolaires ou universitaires, administrations, bureaux, etc. offrant à la fois confort, efficacité et esthétique

- Esthétique : embouts moulés
- Faible encombrement : H = 85 mm
- Choix des optiques
- Ballasts conventionnels ou électroniques
- Version directe/indirecte suspendue
- Applique pour éclairage tableau

Installation

Directement au plafond par 2 "trous de serrure" ;
Suspendu en utilisant les suspensions SCP, SEN ou SCA : voir page 259 ;
En applique murale pour éclairer des tableaux, des panneaux d'affichage, des rayons de rangement en utilisant les fixations SMU : version AS uniquement.

Entrée de câble unique placé au centre des appareils permettant le passage de 2 câbles ; raccordement réseau sur bornier automatique : capacité = 2 câbles de 3 x 2,5 mm^2 (passage en coupure possible).
Mise en ligne continue : un operculable au centre des joues d'extrémité permet le passage du câble entre 2 luminaires.

Matériaux et finitions

Corps en acier laqué blanc, profilé à froid fermé par 2 embouts blanc en ABS injecté (RAL 9016).

Auxiliaires d'alimentation conventionnels ou électroniques à cathode chaude (ECC).

Optiques en aluminium anodisé (brillant ou satiné) ou grilles de défilement en acier laqué blanc selon les versions ; fixation au caisson par 4 languettes assurant par ailleurs la mise à la terre et permettant de garder les habillages suspendus pour faciliter les opérations de maintenance.

Dimensions (mm)	L	I	H	A	B
PUNCH 1 x 36 W	1243	209	85	950	-
PUNCH 1 x 58 W	1543	209	85	950	-
PUNCH 2 x 36 W	1243	209	85	950	-
PUNCH 2 x 58 W	1543	209	85	950	-
PUNCH 4 x 18 W	625	625	75	450	450

Tubes fluorescents

Linéaires Ø 26 mm "Extrême" : T26 (T8 Extrême)

La durée de vie ainsi que la fiabilité de ces tubes en font la solution idéale partout ou la maintenance se doit d'être réduite à son minimum sans pour autant réduire la qualité de la lumière.

- Utilisable sur ballasts conventionnels et électroniques
- Durée de vie utile : 36000 heures
- Diamètre 26 mm
- Interchangeable avec les tubes "standard" et "super"
- I.R.C. : 82 / 83

Applications
Spécialement conçus pour réduire les coûts de maintenance, ces tubes peuvent être installés en particulier dans des endroits difficiles d'accès (plafond de grande hauteur, chaînes de production, tunnels…).

Type	Désignation	Ilcos	Puissance (W)	Température de couleur (K)	Longueur (mm)	Culot	IRC	Flux (lm)	Ancien code	Nouveau code
T8 EXTREME	T26 18W/830 G13 Xtreme PH	FD	18	3000	604	G13	83	1350	352723	96308785
T8 EXTREME	T26 18W/840 G13 Xtreme PH	FD	18	4000	604	G13	82	1350	352724	96308786
T8 EXTREME	T26 36W/830 G13 Xtreme PH	FD	36	3000	1213,6	G13	83	3250	352725	96308787
T8 EXTREME	T26 36W/840 G13 Xtreme PH	FD	36	4000	1213,6	G13	82	3250	352726	96308788
T8 EXTREME	T26 58W/830 G13 Xtreme PH	FD	58	3000	1514,2	G13	83	5150	352727	96308789
T8 EXTREME	T26 58W/840 G13 Xtreme PH	FD	58	4000	1514,2	G13	82	5150	352728	96308790

Linéaires Ø 26 mm "Super" : T26 (T8 Polylux)

Disponibles dans de nombreuses teintes, ces tubes offres de très bonnes performances en terme de qualité de lumière et efficacité lumineuse.

- Utilisable sur ballasts conventionnels et électroniques
- Durée de vie utile : 18000 heures
- Diamètre 26 mm
- I.R.C. : 85

Applications
Toutes applications tertiaires ou industrielles.
Bureaux, écoles, halls industriels, zones de stockage…

Type	Désignation	Ilcos	Puissance (W)	Température de couleur (K)	Longueur (mm)	Culot	Flux (lm)	Ancien code	Nouveau code
T8 Super	T26 18W/830 G13 PH	FD	18	3000	604	G13	1350	302897	20710789
T8 Super	T26 18W/835 G13 PH	FD	18	3500	604	G13	1350	352720	96308774
T8 Super	T26 18W/840 G13 PH	FD	18	4000	604	G13	1350	302898	20698258
T8 Super	T26 36W/830 G13 PH	FD	36	3000	1213,6	G13	3350	302896	20710909
T8 Super	T26 36W/835 G13 PH	FD	36	3500	1213,6	G13	3350	352721	96308775
T8 Super	T26 36W/840 G13 PH	FD	36	4000	1213,6	G13	3350	302895	20710918
T8 Super	T26 58W/830 G13 PH	FD	58	3000	1514,2	G13	5200	302894	20711002
T8 Super	T26 58W/835 G13 PH	FD	58	3500	1514,2	G13	5200	352722	96308776
T8 Super	T26 58W/840 G13 PH	FD	58	4000	1514,2	G13	5200	302893	20047536

Autres teintes disponibles. Nous consulter.

Linéaires Ø 26 mm "Standard" : T26 (T8)

Egalement disponibles dans de nombreuses teintes, les tubes standards diffusent une lumière basique de qualité moyenne avec un faible rendu des couleurs.

- Utilisable sur ballasts conventionnels et électroniques
- Durée de vie utile : 12000 heures
- Diamètre 26mm

Applications
Destinés aux applications où le rendu des couleurs et le confort visuel n'ont que peu d'importance.

Type	Désignation	Ilcos	Puissance (W)	Température de couleur (K)	Longueur (mm)	Culot	IRC	Flux (lm)	Ancien code	Nouveau code
T8 Standard	T26 18W/530 G13 PH	FD	18	2900	604	G13	51	1250	303006	20710748
T8 Standard	T26 18W/641 G13 PH	FD	18	4100	604	G13	63	1200	303007	20696502
T8 Standard	T26 18W/762 G13 PH	FD	18	6200	604	G13	72	1050	350547	96501384
T8 Standard	T26 30W/529 G13 PH	FD	30	2900	908,8	G13	51	2175	303012	96308780
T8 Standard	T26 30W/641 G13 PH	FD	30	4100	908,8	G13	63	2100	350548	96308781
T8 Standard	T26 30W/762 G13 PH	FD	30	6200	908,8	G13	72	1825	350549	96308782
T8 Standard	T26 36W/530 G13 PH	FD	36	2900	1213,6	G13	51	2975	303008	20710864
T8 Standard	T26 36W/641 G13 PH	FD	36	4100	1213,6	G13	63	2850	303009	20696751
T8 Standard	T26 36W/762 G13 PH	FD	36	6200	1213,6	G13	72	2500	350550	96501399
T8 Standard	T26 58W/530 G13 PH	FD	58	2900	1514,2	G13	51	4700	303010	20710971
T8 Standard	T26 58W/641 G13 PH	FD	58	4100	1514,2	G13	63	4600	303011	20698126
T8 Standard	T26 58W/762 G13 PH	FD	58	6200	1514,2	G13	72	4000	350551	96501410

Autres teintes disponibles. Nous consulter.

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Mercredi 4 juin	9h00	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Arrivée des enfants	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	62,5	61	65	695
Mercredi 4 juin	9h30	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Temps libre, peu d'enfants dans l'espace commun	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	54	60	71	930
Mercredi 4 juin	10h45	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Temps libre, peu d'enfants dans l'espace commun	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles, grincement de tricycle, cris	47,1	52	/	87
Mercredi 4 juin	11h15	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Sortie des pièces, les enfants rejoignent les lieux de vie.	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles d'intensités plus ou moins fortes	57,5 saturé	69 saturé	63	874
Mercredi 4 juin	11h30	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Arrivée des enfants de l'après-midi	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles d'intensités plus ou moins fortes. Agitation au niveau de l'entrée et de l'espace commun où tous les enfants viennent fai	70,6	70	58	68
Mercredi 4 juin	11h 50	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Temps libre, tous les enfants sont présents	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles, grincement de tricycle, cris	58,8	77 saturé	56	497
Mercredi 4 juin	11h 55	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Avant le repas, tous les enfants sont réunis dans l'espace fauteuils.	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles	62	66	48	803
Mercredi 4 juin	13h00	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Après le repas	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles, cris. Agitation générale	60,9	76	69	651
Mercredi 4 juin	13h30	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Départ des enfants du matin. Les enfants sont excités soit par leur futur départ soit par le départ de leurs camarades.	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles, cris, agitation	62,7	71 saturé	64 saturé	320
Mercredi 4 juin	13h45	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Temps libre après le départ des enfants du matin.	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles	58,3	60	58	543

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Jeudi 5 juin	9h00	Très beau temps	Arrivée des enfants	paroles d'intensité plus ou moins fortes, beaucoup d'agitation.	71,2	70 saturé	62 saturé	1196
Jeudi 5 juin	9h30	Très beau temps	Temps libre, peu d'enfants dans l'espace commun	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	62,4	75 saturé	55	582
Jeudi 5 juin	11h20	Très beau temps	Fin des pièces, les enfants rejoignent les espaces de vie + Arrivée des enfants de l'école	paroles d'intensités plus ou moins fortes - agitation	77,1	70 saturé	67	218
Jeudi 5 juin	11h 45	Très beau temps	Temps libre	paroles, grincement de tricycle, cris	71,4	69	65	393
Jeudi 5 juin	11h55	Très beau temps	Avant le repas	paroles, cris	55,4	75	54	1081

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Mardi 10 juin	13h15	Très beau temps	Aprés le repas, les enfants regagnent les espaces de vie	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	64,8	75 saturé	70	472
Mardi 10 juin	13h 20	Très beau temps	Temps libre	paroles, grincement de tricycle, cris	68,3	79, position haute	71 saturé	417
Mardi 10 juin	11h30	Très beau temps	Après le goûter, les enfants regagnent l'espace commun	paroles d'intensités plus ou moins fortes	63,1	70	50	408
Mardi 10 juin	11h 40	Très beau temps	Les enfants sont sur le départ, ils attendent leur taxi dans l'espace fauteuils	paroles, grincement de tricycle, cris. Agitation	69,2	74	57	562
Mardi 10 juin	11h 55	Très beau temps	Avant le repas, tous les enfants sont réunis dans l'espace fauteuils.	paroles	61,7	67	55	478

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Mercredi 11 juin	9h00	Très beau temps	Arrivée des enfants	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	60,1	66	70	1462
Mercredi 11 juin	9h40	Très beau temps	Temps libre	paroles	61,4	77	60	610
Mercredi 11 juin	/	Très beau temps	A vide	/	39,2	/	/	48
Mercredi 11 juin	11h 20	Très beau temps	Sortie des pièces et arrivée des enfants de l'après-midi	paroles, grincement de tricycle, cris	59,8	70	53	490
Mercredi 11 juin	11h 40	Très beau temps	Temps libre	paroles, grincement de tricycle, cris	56,8	68	46	528
Mercredi 11 juin	13h 00	Très beau temps	Aprés le repas.	paroles	63,2	73	57	330
Mercredi 11 juin	13h15	Très beau temps	Temps libre après le repas	paroles, cris. Agitation générale	60,6	84	59	519
Mercredi 11 juin	13h30	Très beau temps	Départ des enfants du matin. Les enfants sont excités soit par leur futur départ soit par le départ de leurs camarades.	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles, cris, agitation	67,1	74 saturé	47	216
Mercredi 11 juin	13h45	Très beau temps	Temps libre après le départ des enfants du matin.	Les fenêtres sont ouvertes, les nuisances sonores de la pelle mécanique du chantier pénètrent dans les locaux de la structure, paroles	62,5	65	46	462

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Jeudi 12 juin	9h00	Très beau temps	Arrivée des enfants	paroles d'intensité plus ou moins fortes, agitation.	66,2	69	63	781
Jeudi 5 juin	9h30	Très beau temps	Temps libre	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	57,8	68	70 saturé	545
Jeudi 5 juin	11h20	Très beau temps	Fin des pièces, les enfants rejoignent les espaces de vie + Arrivée des enfants de l'école	paroles d'intensités plus ou moins fortes - agitation	66	74	69	457
Jeudi 5 juin	11h 25	Très beau temps	Temps libre. Tous les enfants sont dans l'espace jeux	paroles, grincement de tricycle, cris	62,6	78	57	274
Jeudi 5 juin	11h35	Très beau temps	Arrivée des enfants de l'après-midi	paroles, cris	67,1	75 position haute	62	205
Jeudi 5 juin	11h45	Très beau temps	Temps libre	paroles d'intensité plus ou moins fortes, grande agitation (enfant en crise).	63,8	80	72	348
Jeudi 5 juin	12h05	Très beau temps	Avant le repas, tous les enfants sont dans l'espace fauteuils	paroles, grincement de tricycle, cris	59	73	57	969
Jeudi 5 juin	13h00	Très beau temps	Après le repas, les enfants regagnent les espaces de vie	paroles, cris - Agitation	56,7	78 position haute	65	351

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Vendredi 13 juin	9h00	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Arrivée des enfants	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	63,7	64	59	416
Vendredi 13 juin	9h40	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Temps libre, la plupart des enfants sont dans l'espae jeux	paroles	62,3	65	59	773
Vendredi 13 juin	11h15	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Après les pièces + arrivée des enfants de l'école	paroles d'intensités plus ou moins fortes	63,8	73	58	211
Vendredi 13 juin	11h 20	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Temps libre	paroles, grincement de tricycle, cris	57,8	78	62	323
Vendredi 13 juin	11h 30	Très beau temps, fenêtres ouvertes	Avant le repas, tous les enfants sont réunis dans l'espace fauteuils.	paroles	67	80	64	199

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Mercredi 18 juin	11h 15	Temps nuageux	Après le temps des pièces + arrivée des enfants de l'école	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	64	69	65	411
Mercredi 18 juin	11h 20	Temps nuageux	Temps libre après les pièces.	paroles, grincement de tricycle, cris	65,1	60	65	329
Mercredi 18 juin	11h30	Temps nuageux	Arrivée des enfants de l'après-midi	paroles d'intensités plus ou moins fortes	66,6	67	/	440
Mercredi 18 juin	11h 40	Temps nuageux	Temps libre, tous les enfants sont présents	paroles, grincement de tricycle, cris	65,9	69	60	280
Mercredi 18 juin	11h 55	Temps nuageux	Avant le repas, tous les enfants sont réunis dans l'espace fauteuils.	paroles	61,7	67	55	478
Mercredi 18 juin	13h00	Temps nuageux	Après le repas	paroles, cris	62,3	76	63	357
Mercredi 18 juin	13h15	Temps nuageux	Temps libres, les garçons sont dans les couloirs	paroles d'intensités plus ou moins fortes, cris, grincemens de tricycle	56,9	70	76	523
Mercredi 18 juin	13h30	Temps nuageux	Départ des enfants du matin. Les enfants sont excités soit par leur futur départ soit par le départ de leurs camarades.	paroles, cris, agitation	67,5	77	64	276
Mercredi 18 juin	13h45	Temps nuageux	Temps libre après le départ des enfants du matin.	paroles	62,1	67	68	321

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
vendredi 7 février	9h00	Très beau temps	Arrivée des enfants	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	60,8	68 position haute	63	959
vendredi 7 février	9h50	Très beau temps	Temps libre	paroles	59,4	/	52	2310
vendredi 7 février	11h 20	Très beau temps	Sortie des pièces + arrivée des enfants de l'après-midi	paroles	65,9	76	54	688
vendredi 7 février	11h 45	Très beau temps	Temps libre	paroles, grincement de tricycle, cris	61,7	74	71	977
vendredi 7 février	13h55	Très beau temps	Avant le repas. Tous les enfants sont dans l'espace fauteuils	paroles	58,8	74	50	230
vendredi 7 février	13h00	Très beau temps	Après repas	paroles, cris. Agitation générale	62,7	80	70	2153
vendredi 7 février	13h45	Très beau temps	Temps libre après le départ des enfants du matin.	paroles	62,7	72	60	1053

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
Jeudi 8 février	9h00	Très beau temps	Arrivée des enfants	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	62,5	74	62	820
Jeudi 8 février	10h00	Très beau temps	Temps libre, peu d'enfants dans l'espace commun	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	56,8	71	48	741
Jeudi 8 février	11h15	Très beau temps	Temps libre, peu d'enfants dans l'espace commun	paroles, grincement de tricycle, cris	55,3	73	61	1721
Jeudi 8 février	11h20	Très beau temps	Arrivée des enfants de l'école	paroles d'intensités plus ou moins fortes	/	79	59	183
Jeudi 8 février	11h 45	Très beau temps	Temps libre	paroles, grincement de tricycle, cris	60,3	78	67 position haute	1051
Jeudi 8 février	12h50	Très beau temps	Après le repas	paroles, cris	60	78	74	960
Jeudi 8 février	13h30	Très beau temps	Départ des enfants du matin. Les enfants sont excités soit par leur futur départ soit par le départ de leurs camarades.	paroles, cris, agitation	62	77	74	1411
Jeudi 8 février	13h45	Très beau temps	Temps libre après le départ des enfants du matin.	paroles	60,3	67	57	1513
Jeudi 8 février	13h30	Très beau temps	Après les pièces les enfants vont goûter, ils rejoignent la salle à manger	paroles, cris, agitation	60,3	61 saturé	/	743
Jeudi 8 février	13h45	Très beau temps	Les enfants sot réunis dans l'espace fauteuils, ils attendent leur départ	paroles	59,4	67	53	349

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Entrée	Espace jeux	fond du couloir	Temps en secondes
mercredi 12 février	9h00	Temps gris	Arrivée des enfants	paroles d'intensité plus ou moins fortes, forte agitation (enfant en difficulté).	75,2	72	61	1354
mercredi 12 février	10h00	Temps gris	Temps libre	paroles	60,1	69	63	1885
mercredi 12 février	11h 30	Temps gris	Avant les pièces	paroles	62,7	68	67	499
mercredi 12 février	11h 30	Temps gris	Temps libre après les pièces	paroles	60,8	76	61	499
mercredi 12 février	11h 45	Temps gris	Arrivée des enfants de l'après-midi	paroles, cris	63,1	67	53	357

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Sur le bureau des soignants position 40/90 Leq	Temps
Mardi 28 avril	10h45 à 10h55	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Dans le groupe : 2 adultes et 2 enfants, tout le monde est dehors. La porte du groupe est ouverte.	productions sonores qui viennent de l'extérieur : les enfants s'agitent autour du toboggan qui se situe devant le groupe, cris… et productions sonores intérieures au groupe : paroles.	74,9	1000 s
Mardi 28 avril	10h55 à 11h05	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	La porte du groupe est ouverte, les enfants jouent dehors au basket devant le groupe. Très peu d'enfant et d'adultes dans le groupe.	paroles, bruits relatifs à de petits objets + productions sonores venant de l'extérieur : paniers, cris, rires, paroles	55,7	1160
Mardi 28 avril	11h25 à 11h30	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	1 adulte et 1 enfant dans le groupe	paroles d'enfants, K tape sur la table au fond du groupe. Dehors très calme	48,5	501
Mardi 28 avril	12h00	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Un peu d'animation car H. et AM entrent dans le groupe. + K et 2 adultes	paroles, grincements des chaises sur le sol, claquement de mains, chantonnement	65,4	1000
Mardi 28 avril	Repas	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Repas assez calme, mais à la fin grande agitation	paroles, bruits de vaisselle, grincements des chaises sur le sol, cris	74,4	2773
Mardi 28 avril	13h15	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Seuls un enfant et 2 adultes dans le groupe.	"Crise" d'un enfant. Saturation : beaucoup de cris	64,7	423
Mardi 28 avril	13h30 à 13h40	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Seul un enfant et un adulte dans le groupe, les autres sont dehors. Porte fermée	paroles, grincement de chaise	55,3	1118
Mardi 28 avril	Goûter	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Tout le monde est dans la cuisine	Les enfants sont relativement calmes	65,9	595

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Sur le bureau des soignants Leq	Temps
Mardi 29 avril	9h15 à 9h30	Beau temps mais températures fraîches	Temps d'accueil, tous les enfants sont réunis, agitation. 3adultes et 5 enfants	paroles avec irruption sonore de cris, va et vient, bruit de chaise, ...	position haute 75	1405s
Mardi 29 avril	9h35 à 9h40	Beau temps mais températures fraîches	3 adultes et 3 enfants, l'agitation est retombée	paroles, bruits relatifs à de petits objets	position 40/90 60.6	616
Mardi 29 avril	9h 55 à 10h00	Beau temps mais températures fraîches	2 enfants, 1 adultes. Calme	paroles d'enfants, fredonnements, aboiement de chien, la porte est ouverte	58,5	389
Mardi 29 avril	10h15 à 10h20	Beau temps mais températures fraîches	1 enfant et un adulte	paroles, chantonnement	51.9	536

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Contenu sonore	Sur le bureau des soignants position 40/90 Leq	Temps
Mercredi 30 avril	12h15	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Les enfants sont réunis dans le groupe, on attend 2 enfants pour aller manger	paroles d'intensité plus ou moins fortes, un peu d'agitation.	61.8	497
Mercredi 30 avril	Repas	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Agitation, saturation du sonomêtre	paroles, bruits de vaisselles, grincement de chaises	66	2850
Mercredi 30 avril	13h30	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Après le repas, K. fait pas pas chassés en tapant des mains dans le groupe. A. s'installe autour de la table de l'entrée et joue à la maîtresse. A leur tour, N et VA s'y installe pour jouer. Ils font pas mal de bruit : rires, ils parlent assez fort.	paroles d'intensités plus ou moins fortes, K tape dans ses mains. Dehors très calme	63,3	605
Mercredi 30 avril	14h	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	Seul deux enfants et un adulte dans le groupe	paroles	57	387
Mercredi 30 avril	14h55	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les température es restent fraîches	3 enfants et 4 adultes, calmes : lecture, jeux calme	paroles	55	1106

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Niveaux sonores	Contenu sonore
Mercredi 17 Novembre 2002	Début du repas	Temps gris	Repas relativement calme, même si les niveaux sonores sont élevés	72 dB(A) position basse Cuisine	paroles d'intensité plus ou moins forte, bruit de vaisselles, grincement des chaises sur le sol
Mercredi 17 Novembre 2002	Fin du repas	Temps gris	Repas relativement calme, même si les niveaux sonores sont élevés	77 dB(A) position basse Cuisine	paroles d'intensité plus ou moins forte, bruit de vaisselles, grincement des chaises sur le sol
Mercredi 17 Novembre 2002	14h00 à 14h10	Temps gris	4 enfants et 2 adultes. J est agité	70 dB(A) position basse groupe	paroles d'intensité plus ou moins forte, grincement de chaises
Mercredi 17 Novembre 2002	14h15 à 14h25	Temps gris	Plus calme car J est sorti, les filles sont plus calmes	62 dB(A) position basse groupe	paroles d'intensité plus ou moins forte, grincement de chaises
Mercredi 17 Novembre 2002	14h50 à 15h00	Temps gris	4 enfant et 3 adultes, H est assez agité, il bouscule le mobilier	70 dB(A) position basse groupe	paroles d'intensité plus ou moins forte, grincement de chaises
Mercredi 17 Novembre 2002	15h30	Temps gris	C'est le grand calme dans le groupe, toutes les filles du groupe sont là etK leur lit une histoire. 3 adultes	53 dB(A) lorsque KA ne lève pas le ton et 57 dB(A) lorsqu'elle lève le ton. Groupe position basse	paroles
Mercredi 17 Novembre 2002	Goûter	Temps gris	Tous le senfants prennent leur goûter avant de rentrer	75 dB(A) position basse Cuisine	paroles d'intensité plus ou moins forte, grincement de chaises

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Niveaux sonores	Contenu sonore
28-nov-02	11h30 à 11h40	Temps gris	Seuls deux enfants sont dans le groupe mais ils sont agités.	70 dB(A) position 60-120 groupe	paroles d'intensité plus ou moins forte, onomatopées

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Niveaux sonores	Contenu sonore
27-nov-02	Dans la matinée	Beau temps	groupe vide	34dB(A) position 30-90	bruit d'impact mais très faible, lointain + chien qui aboit au loin

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Niveaux sonores	Contenu sonore
12-déc-02	9h05 à 9h20	Temps gris	Agitation à l'arrivée des enfants puis alternance de calme et d'agitation	78 dB(A) position basse Cuisine	paroles d'intensité plus ou moins forte, bruit de vaisselles, grincement des chaises sur le sol
12-déc-02	9h30 à 9h40	Temps gris	2 enfants et 2 adultes. Un des enfants hurle	93 dB(A) position basse groupe	paroles d'intensité plus ou moins forte, grincement de chaises
12-déc-02	9h45 à 9h50	Temps gris	2 enfants agités dans le groupe, alternance de moments calmes et d'agitation	81 dB(A) position basse groupe	paroles d'intensité plus ou moins forte, grincement de chaises
12-déc-02	11h à 11h10	Temps gris	2 enfants agités dans le groupe	76 dB(A) position basse groupe	paroles d'intensité plus ou moins forte

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Couloir, devant l'entrée des groupe de vie	Contenu sonore	Groupe de vie 1	Contenu sonore
Jeudi 13 Nov	9h05	Beau Temps	A, C et N sont arrivés, la plupart des adultes sont dans la salle équipe. A leur arrivée les enfants vont faire un tour dans le groupe. A et C reviennent aussitôt dans le hall d'entrée et le couloir	60 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants	60 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants
Jeudi 13 Nov	9h20	Beau Temps	Tous les enfants sont arrivés (C., A, N, Y, M, B, D, P). La plupart des adultes sont sortis de la salle équipe et sont avec les enfants dans le couloir, devant le groupe 1. Seul un enfant et un adulte sont dans le groupe.	68 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants	57 dB(A) position basse	on perçoit les sons provenant du couloir car la porte est ouverte. Quelques bavardages
Jeudi 13 Nov	9h30	Beau Temps	A, Y. et M sont en activité. Personne dans le groupe, seul quelques enfants y font un tour puis retourne dans les couloirs.	58 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles d'enfants	55 dB(A) position basse	paroles d'enfants, grincement de chaises
Jeudi 13 Nov	9 h45	Beau Temps	Beaucoup d'enfants en activités, reste B. et P. dans les couloirs. B est totalement silencieux, P est plongé dans un soliloque calme. Les adultes discutent dans la salle équipe. Personne dans le groupe	48 dB(A) position basse	bavardages adultes de la salle équipe, paroles calme de P., sons provenant de l'art thérapie	40 dB(A) position basse	on perçoit les sons provenant du couloir car la porte est ouverte.
Jeudi 13 Nov	10h20	Beau Temps	Grande agitation. La plupart des adultes et des enfants se trouvent dans les couloirs, devant le groupe. Principalement 2 enfants sont agités, dont un très agité. Dans le groupe, certains enfants prennent une collation.	71 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants, cris	69 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants + productions sonores du couloir car porte ouverte
Jeudi 13 Nov	12h20	Beau Temps	Il n'y a pas grand monde dans les couloirs : seuls deux enfants s'isolent dans le hall. Dans le groupe c'est la grande agitation.	69 dB(A) position basse	productions sonores du groupe que l'on perçoit dans le couloir devant celui-ci	80 dB(A) position basse	cris, bruits de chaises, bavardages
Jeudi 13 Nov	13h30	Beau Temps	Après le repas, très grande agitation, soulignée par une crise entre deux enfants	76 dB(A) position basse	agitation des enfants + perception des productions du groupe	82 dB(A) position basse	CRIS, bruits de chaises : crise entre deux enfants
Jeudi 13 Nov	14h00	Beau Temps	Petit à petit le calme revient. Mais mesures faussées car trois enfants jouent sous le sonomètre dans le groupe. Les petits sont dans le couloir.	70 dB(A) position basse	perception des productions du groupe	76 dB(A) position basse	3 enfants jouent sous le sonomètres

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Couloir, devant l'entrée des groupe de vie	Contenu sonore	Groupe de vie 1	Contenu sonore
Vendredi 14 Nov	9h00 à 9h15	Temps gris	Tous les enfants sont arrivés, et tous se sont précipités pour poser leur veste aux vestiaires devant l'entrée des groupes de vie et faire un tour dans le groupe avant de revenir dans le hall et le couloir. Agitation, effervescence de l'arrivée. Seuls deu	77 dB(A) position basse saturée	cris, paroles et rires d'enfants, bruit des affaires au niveau des vestiaires	74 dB(A) position basse saturée	paroles et rires d'enfants
Vendredi 14 Nov	9h15 à 9h30	Temps gris	Ça se calme un peu même si ça reste assez sonore. Alternance de calme et d'agitation. Les grands jouent dans le hall d'entrée et les petits sont dans le groupe.	76 dB(A) position basse saturée	bavardages adultes, paroles animées et rires d'enfants	70 dB(A) position basse	on perçoit les sons provenant du couloir car la porte est ouverte. Productions sonores d'enfants
Vendredi 14 Nov	9h30 à 9h45	Temps gris	Les activités ont commencées, il y a peu d'enfants dans la structure. Reste deux grands qui jouent dans le couloir. Les adultes sont pour la plupart dans la salle équipe.	63 dB(A) position basse	paroles, cris d'enfants	61 dB(A) position basse	on perçoit les sons provenant du couloir car la porte est ouverte.
Vendredi 14 Nov	11h30 à 11h45	Temps gris	Beaucoup d'enfants sont en activité, pas d'enfants dans les couloirs, les enfants et les adultes sont dans le groupe.	58 dB(A) position basse	perception des productions du groupe	70 dB(A) position basse	bavardages adultes, paroles et cris d'enfants, bruits de mobilier.
Vendredi 14 Nov	11h45 à 12h00	Temps gris	Effervescence avant le repas. Agitation générale.	79 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants, cris	74 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants porte du placard sur lequel se trouve le sonomètre qui claque
Vendredi 14 Nov	13h00	Temps gris	Départ des enfants, effervescence du départ	74 dB(A) position basse	paroles, cris, bousculades, bruit des affaires au niveau des vestiaires		

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Couloir, devant l'entrée des groupe de vie	Contenu sonore	Groupe de vie 1	Contenu sonore

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Couloir, devant l'entrée des groupe de vie	Contenu sonore	Groupe de vie 1	Contenu sonore
Mardi 18 Nov	9h30	Pluie	Aujourd'hui, beaucoup de personnes en retard à cause des embouteillages. Après un moment dans les couloirs, seul un enfant y reste. Tous les adultes et les enfants sont dans le groupe.	62 dB(A) position basse	va et vient, bruit des vestiaires, paroles, onomatopées d'enfants, perception de la discussion d'adulte dans la salle d'équipe	66 dB(A) position basse	paroles, rires d'enfants et d'adultes
Mardi 18 Nov	10h30	Pluie	Les adultes et les enfants sont soit en activités soit dans le groupe dont la porte est fermée.	53 dB(A) position basse	adulte en conversation téléphonique dans la salle d'équipe, passage de personnes dans le couloir		

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Couloir, devant l'entrée des groupe de vie	Contenu sonore	Groupe de vie 1	Contenu sonore
Mardi 25 Nov	9h00 à 9h15	Pluie	Ce matin c'est très calme, peu d'enfants sont arrivés : seuls trois enfants sont là et trois adultes, les autres sont dans la salle d'équipe.	59 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants	55 dB(A) position basse	bavardages adulte, paroles et rires d'enfants
Mardi 25 Nov	9h30 à 9h45	Pluie	Maintenant tous les enfants sont arrivés dans la structure. La plupart des adultes et des enfants sont dans le couloir. Les autres adultes enfants dans le groupe, ils dessinent.	66 dB(A) position basse	bavardages	61 dB(A) position basse	on perçoit les sons provenant du couloir car la porte est ouverte. Quelques bavardages, irruption sonore de C
Mardi 25 Nov	10h15 à 10h25	Pluie	A est seul dans les couloirs	59 dB(A) position basse	bruit de pluie sur le skydom, passage de personnes dans le couloir	60 dB(A) position basse	paroles d'enfants, grincement de chaises
Mardi 25 Nov	11h45 à 11h55	Pluie	Dans le couloir : CLA, BA discutent, D et C. C crient dans le tonneau et ça résonne. Et JA et A jouent au baby foot prés de la salle à manger. Dans le groupe : musique, N et CA.	73 dB(A) position basse	cris, paroles, bruits liés au glissement de tonneau sur le sol, bruits liés au baby	65 dB(A) position basse	musique, paroles, perception des productions sonores du couloir.
Mardi 25 Nov	12h00	Pluie	Arrivée des enfants qui viennent de l'école à l'extérieur de la structure. Agitation générale.	78 dB(A) position basse	cris, paroles, bruits liés au glissement de tonneau sur le sol, bruits liés au baby	68 dB(A) position basse	musique, paroles, perception des productions sonores du couloir.
Mardi 25 Nov	12h15	Pluie	Juste avant le repas, l'agitation s'est un peu apaisée	76 dB(A) position basse	cris, paroles, bruits liés au baby	62 dB(A) position basse	musique, paroles, perception des productions sonores du couloir.

Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Groupe de vie 1	Contenu sonore
Jeudi 24 Juillet	9h00 à 9h10	Beau temps, mais le ciel se couvre vite	Tout le monde est dehors, les enfants et adultes ont traversés le groupe pour aller dans le jardin. Les portes de la baie sont ouvertes.	54 dB(A) position basse	bruits extérieurs
Jeudi 24 Juillet	9h30 à 9h40	Beau temps, mais le ciel se couvre vite	Tout le monde est dehors, les enfants et adultes ont traversés le groupe pour aller dans le jardin. Beaucoup sont installés avec les adultes devant la baie. Grande tablée Portes ouvertes	60 dB(A) position basse	on perçoit les paroles des enfants et soignants devant la baie.
Jeudi 24 Juillet	10h00 à 10h10	Pluie	Tout le monde est à l'intérieur car il pleut	69 dB(A) position basse	paroles d'enfants, grincement de chaises
Jeudi 24 Juillet	10h30 à 10h40	Pluie	Tout le monde est à l'intérieur car il pleut	71 dB(A) position basse	musique, paroles, perception des productions sonores du couloir.
Jeudi 24 Juillet	11h00 à 11h10	Pluie	Tout le monde est à l'intérieur car il pleut, agitation	77 dB(A) position basse	musique, paroles, perception des productions sonores du couloir.
Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Groupe de vie 1	Contenu sonore
Lundi 28 Juillet	9h00 à 9h10	Très beau temps	Peu d'enfants dans le groupe, mais surtout se sont les plus calmes / sonores sauf un mais comme il se trouve avec des enfants calme…	60 dB(A) position basse	paroles d'intensité plus ou moins forte
Lundi 28 Juillet	9h15 à 9h25	Très beau temps	Petite agitation des enfants : D saute sur le matelas, C court dans le groupe…	70 dB(A) position basse	on perçoit les sons provenant de l'extérieur + dans le groupe : paroles d'intensités plus ou moin simportantes, irruptions sonores de C
Lundi 28 Juillet	9h40 à 10h55	Très beau temps	Trés calme, les enfants sont dehors	58 dB(A) position basse	Portes du groupe ouverte : on perçoit les productions sonores des enfants et des adultes qui viennent de l'extérieur : cris, paroles.
Lundi 28 Juillet	14h00 à 14h15	Très beau temps	Deux enfants sans langage verbal sont dans le groupe, les autres sont dehors.	63 dB(A) position basse	Productions sonores onomatopées de N dans le groupe + Portes du groupe ouverte : on perçoit les productions sonores des enfants et des adultes qui viennent de l'extérieur : cris, paroles.
Lundi 28 Juillet	14h30 à 14h45	Très beau temps	Tout le monde dehors	58 dB(A) position basse	on perçoit les sons provenant de l'extérieur
Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Groupe de vie 1	Contenu sonore
Vendredi 25 Juillet	9h00 à 9h15	Très beau temps	Agitation de l'arrivée des enfants. D est très agité, il se manifeste de façon sonore.	74 dB(A) position basse	paroles, cris, allers et venus

TABLEAUX D'ANALYSE
Echantillon

Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
FV Avril 1 Fondation Vallée	Lundi 28 avril.2003	10 h10	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les températures restent fraîches	Une adulte est absente, il n'y aura donc pas Jardin d'enfant. Tous les enfants sont dehors, dans la cour, sauf Kévin… Un chien aboie dans les environs. Je suis seule dans le groupe avec K.	Groupe, dans la cabane	Très calme, sauf que l'on entend les aboiements du chien	Lumière naturelle, lumière de faible intensité dans la cabane.	proche de moi		K.	Rechercher le réconfort de quelque chose de contenant, s'isoler dans une forme contenante.	Assis sur un petit tabouret dans le coin de la cabane, à l'opposé de la porte de celle-ci	Il reste assis mais parfois il fait des mouvements en avant avec son buste.	Il se bouche les oreilles quasiment en permanence. Si il débouche ses oreilles pendant que le chien aboie alors il se les rebouche précipitamment et augmente l'intensité sonore de ses paroles.	Visage tendu, figé, très inquiet.	Le regard dans le vide devant lui.	Il ne cesse de parler comme pour se protéger dans un enveloppe sonore, enveloppe qui participe au fait de l'isoler des aboiements du chien. Il parle du chien. Je propose à K. de venir dessiner pour qu'il passe à autre chose et il me répond qu'il ne peut pas parce que le chien aboie et qu'il "appeler la fourrière", qu'il "faut fermer la porte" et "se barricader du chien."	ses oreilles	O, le sonore est au premier plan dans cette situation. Il fait tout pour s'isoler des aboiements du chien mais pourtant il est ouvert à mes productions sonores puisqu'il me répond. Donc il ne s'isole pas de son environnement sonore dans son ensemble. Ici K. prend refuse dans la cabane, un sous espace du groupe très contenant, enveloppant, où la lumière est de faible intensité. Voir quelles sont les caractéristiques acoustiques de la cabane.	
FV Avril 1 Fondation Vallée	Lundi 28 avril.2003	10h30		La situation n'a pas bougé. Les enfants sont toujours dehors, le chien n'aboie plus et K. est toujours dans la cabane	Groupe dans la cabane			proche de moi		K.	S'isoler dans un espace contenant, en se mettant à plat ventre et en gommant le plus possible de données de son environnement	assis sur un petit tabouret dans le coin de la cabane, à l'opposé de la porte de celle-ci puis soudain il se met à plat ventre par terre, la tête vers le fond de la cabane et les pieds vers l'entrée. Corps tendu. Sa main gauche bouche son oreille gauche et son bras droit s'enroule autour de sa tête, face au sol . Il se bouche son oreille droite avec son bras.	immobile	aucun	je ne vois pas l'expression de son visage mais je constate que celui-ci est orienté vers le sol.	je ne vois pas son regard	aucune	le sol, carreaux froids et dur	Il semble s'être coupé de son environnement. Il ne me répond plus lorsque je lui propose de venir me rejoindre, que le chien n'aboie plus et qu'il ne risque rien.	

FV Avril 5	Lundi 28 avril.2003	11h05	Temps gris - mais le temps se lève rapidement mais les températures restent fraîches	La porte du groupe est ouverte. Puis je lui dis que l'on peut fermer la porte…						K.	Fermer la porte d'entrée du groupe pour s'isoler de son environnement sonore. Passer à autre chose. S'isoler dans un espace contenant	debout, corps tendu	déplacements rapides mais un peu hésitant par moments lorsqu'il est dans le groupe et qu'il se dirige vers la porte mais une fois qu'il s'agit de sortir pour saisir la poignée de la porte et pouvoir la fermée il se précipite encore plus, comme s'il fallait se dépêcher parce que le danger venait de l'extérieur, comme s'il redoutait de se trouver un instant à l'extérieur. On sent qu'il trésaille de peur. Puis il s'assure qu'il a bien fermé la porte. (lorsque K. se dirige vers la porte pour la fermer le chien s'arrête d'aboyer).	rapides	visage très inquiet	regard droit devant	aucune		il ne me regarde à aucun moment	Puis il vient s'asseoir à côté de moi sur le canapé le long du mur. Visage ravi, souriant, joyeux et il dit d'un air très satisfait que le chien s'est fini.
FV Avril 10	Mardi 29 avril 2003	10h00	Beau temps mais températures fraîches	La porte du groupe est ouverte. Je suis seule dans le groupe avec V. et K. V. est très calme elle joue autour de la table.	groupe, sur le canapé	Calme mais on entend les aboiements du chien. Leq : 58.5, pendant 4 minutes environ, pendant que le chien aboie.	LN	proche d'un enfant et d'un adulte		K.	S'isoler de son environnement sonore. S'allonger sur le canapé en s'enfermant dans une enveloppe sonore pour s'isoler de son environnement sonore. S'isoler dans un soliloque	Allongé sur le canapé, sur le côté, le dos contre le dossier. Le bras allongé, tête appuyée dessus, il se bouche les oreilles avec son bras allongé et sa main gauche. Il se bouche les oreilles fortement.	de façon très régulière il donne des impulsions avec son bassin ce qui le fait osciller légèrement	aucun	visage tendu, inquiet	regard dans le vide	il fredonne sans cesse, intensité sonore assez élevée. Cela lui fait une véritable enveloppe sonore, d'autant plus qu'avec ses mouvements de bassin cela l'aide augmente son intensité sonore et l'aide à garder une certaine régularité, peut-être même cela l'aide à s'enfermer non seulement dans une enveloppe sonore mais dans quelque chose qui le mobilise tout entier.	canapé, oreilles	kinesthésies, regard dans le vide, enveloppe sonore.	Un moment après, vers 10h05, le chien s'arrête d'aboyer, mais il faudra environ 10h15, que la porte se ferme pour que K. passe à autre chose, se relève et aille prendre une livre en disant "ça y est la porte est fermée".
FV mai 12	mardi 6 mai	10h00	pluie, températures fraîches à l'extérieur	Un moment après lorsque A s'est calmé	groupe	Très calme	LN et LA	proche d'enfants et de soignants		A	Après une crise, aller chercher les petits jeux habituels et s'enfermer dans une activité. S'isoler dans le mouvement d'objet	assis sur une chaise prés de l'entrée	aucun	il fait rouler sa petite voiture sur la tranche extérieure de sa paume de main. mouvement de faible amplitude. Visiblement, il s'enferme dans le mouvement des roues.	visage absent	regard fixé sur la petite voiture ou sa paume de main	aucun	voiture	sensation visuelle quand il regarde les roues tournées, d'autant plus qu'il fait varier la distance qui sépare ses yeux de la voiture mais en règle générale ses yeux sont toujours assez proche de la voiture. L'amplitude de la distance ne doit pas dépasser 20 cm. Sensation au niveau de la main lorsqu'il fait rouler sa voiture dessus, V entièrement à ce qu'il fait	

FV mai 13	mardi 6 mai	11h00	pluie, températures fraîches à l'extérieur	La pluie s'est calmée, tout le monde est dehors.	groupe : aller et retour entre l'entrée du groupe et la cabane.	Très calme	LN et LA	proche d'un adulte		K.	S'isoler en mouvement dans un soliloque	debout	tantôt immobile, tantôt il fait des va et vient dans le groupe.	il tape des mains, puis se bouche les oreilles avec ses deux index	visage sans grande expression, lorsqu'il tape des mains en étant immobile il rentre un peu son menton. Il semble dans ses pensées	lorsqu'il tape dans les mains, qu'il soit immobile ou en mouvement, son regard est fixé sur un point. Sauf que lorsqu'il est en mouvement il avance vers ce point.	Il ne cesse de dire des phrases qui sortent de je ne sais où : "Mademoiselle vous êtes vivante ?", "il démarre, ne t'inquiète pas, il démarre". Ces phrases ont toujours beaucoup d'intonation, souvent beaucoup de mise en scène comme s'il les avait sorti d'un filme ou un dessin animé (ce qui est tout à fait possible car il en regarde beaucoup).	il tape fortement dans ses mains	T, V, O, K	
FV mai 15	mercredi 7 mai 2003	10h00	Beau temps mais températures fraîches	K est seul dans le groupe, tous les enfants sont dehors. Moi je suis sur le canapé	groupe, tapis au fond du groupe	Très calme	LN	proche d'un adulte		K.	S'isoler. S'allonger sur le côté, sur le tapis vert en s'enfermant dans une enveloppe sonore, s'isoler dans un soliloque	allongé sur le côté, les jambes légèrement repliées vers l'avant, le bras droit replié pour relever sa tête.	immobile	il bouche ses oreille, son bras droit sur lequel est appuyé sa tête bouche son oreille droite, son oreille gauche est bouchée avec un coussin que K maintien avec sa main bien à plat.	visage absent	regard dans le vide	Il fait en permanence des productions sonores : soit il parle doucement (impossible de comprendre ce qu'il dit), soit il fredonne d'un ton monocorde	oreille et coussin, tapis très épais douillet	V, T, O, sensation auditive lorsqu'il parle ou fredonne en se bouchant les oreilles. Tous ses sens participe à cette situation d'isolement.	
FV mai 15	mercredi 7 mai 2003	10h00	Beau temps mais températures fraîches	Puis KA vient ouvrir la porte du groupe…	groupe	Très calme	LN	proche d'un adulte		K.	Se précipiter pour venir fermer la porte. S'isoler dans un espace contenant.	debout	rapide	il tire la porte pour qu'elle se ferme plus rapidement	je ne vois pas l'expression de son visage	je ne vois pas son regard	aucune	porte d'entrée	V,T	Puis K se réinstalle au fond du groupe.
FV mai 17	Lundi 5 mai 2003	9h15	Temps gris	H s'est illustré et ça sent terriblement mauvais, tous les enfants veulent sortir dans la cour même K qui ne sort jamais. Les adultes ouvrent la porte mais explique aux enfants qu'on ne sort pas. K insiste pour sortir, les adultes lui disent Non.	groupe	Très calme	LN	proche d'adultes et d'enfants		K.	Manifester son refus d'écouter ce qu'on lui dit. S'isoler de son environnement sonore, s'isoler dans une enveloppe sonore	debout	il va et vient dans le groupe, ni rapide ni lent	Il se bouche les oreilles, les mains sont bien à plat sur ses oreilles , ses coudes en l'air de chaque côté et non plaqué contre son buste	visage figé, absent	il regarde devant lui mais ne croise jamais le regard de quiconque	il fredonne sans cesse, intensité sonore assez élevée. Cela lui fait une véritable enveloppe sonore	ses oreilles	O : enveloppe sonore	il semble en avoir oublié l'odeur et être bloqué sur le refus d'écouter le Non des adultes.
FV mai 19	Mercredi 14 mai 2003	Repas	Ciel bleu + nuages, températures fraîches	K a finit de manger son entrée	cuisine	Sonore	LN	proche d'adultes et d'enfants		K.	S'isoler en tapotant sur différentes matières. S'isoler en touchant	assis	immobiles	Tantôt il fait osciller sa fourchette devant les yeux, tantôt il tapote ses doigts contre la lame de couteau, ça fait de petits bruits sur la table, tantôt il tapote sur la table. D'autre fois il prend des aliments avec ses mains puis se frottent les mains.	visage figé, absent	il regarde dans le vide	aucunes	les aliments, le couteau, la table	T, V, O : isolement et sensations visuelles et tactiles	

Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
FV Nov. 5	Jeudi 6 Novembre 2002	14h00	Beau temps	KA lui explique qu'il est interdit de monter sur le toit de la cabane et l'aide à descendre	groupe, cabane	Très calme	LN	proche d'adultes (KA et moi dans le groupe) et d'enfants		A.	S'isoler dans un espace contenant, dans la cabane	assis par terre au fond de la cabane	immobile	il fait osciller doucement la petit table qui se trouve dans la cabane	je ne vois pas son visage	je ne vois pas son regard	aucune	table	il semble isolé de son environnement, enveloppe sonore avec le petit bruit régulier de la table	Cette situation s'interrompt un quart d'heure après lorsque sa maman vient le chercher.
FV Nov. 9	12-nov-02	Activité pataugeoire	Temps gris - ciel bleu par endroit	tous les enfants sont dans le jacuzzi… Les adultes font comme moi, juste les jambes. G se plaint de la température de l'eau et frissonne en y rentrant mais H et A s'y plonge sans sourciller.	pataugeoire, au centre du jacuzzi	sonore car toutes les productions sonores sont réverbérées.	LN + LA	proche		A.	S'isoler en mouvement	il met en route les bulles puis se place au centre du jacuzzi où il s'accroupit et saute doucement sur ses jambes repliées	sautille doucement	aucun, il laisse ses bras flotter sur l'eau, détendus	visage apaisé, bouche entrouverte, l'eau du jacuzzi y pénètre de temps à autre	il ferme les yeux	aucune.	l'eau	kinesthésie, G, O, recherche de sensation	
FV Nov. 9	12-nov-02	Activité pataugeoire	Temps gris - ciel bleu par endroit	tous les enfants sont dans le jacuzzi… H active les jets	pataugeoire, au centre du jacuzzi	sonore car toutes les productions sonores sont réverbérées.	LN + LA	proche		A.	S'isoler en mouvement et dans une enveloppe sonore, soliloque	il met en route les bulles puis se place au centre du jacuzzi où il s'accroupit et saute doucement sur ses jambes repliées	sautille doucement	il tend ses bras vers le jet qui lui fait face, laisse aller ses mains, la pression du jet fait bouger ses doigts	visage apaisé, bouche entrouverte, l'eau du jacuzzi y pénètre de temps à autre	il ferme les yeux, il ne prête aucune attention à ses camarades qui sont assis calmement dans l'eau	aucune.	l'eau	kinesthésie, G, O, recherche de sensation	A reste comme ça. Lorsque les jets ou les bulles s'arrêtent A se précipite pour les remettre en marche puis reprend immédiatement sa place. Très vite H rejoint le bassin, suivit des adultes et de G., les adultes proposent d'autres activités dans le bassin tant le jacuzzi est glacé. Au bout d'un long moment KA l'appelle pour qu'il sorte de l'eau froide mais il ne bouge pas jusqu'à ce qu'elle vienne le chercher.
FV Nov. 10	12-nov-02	Activité pataugeoire	Temps gris - ciel bleu par endroit	Les adultes, G et H sont dans le bassin, A est sur le bord du bassin	pataugeoire, sur les bords du bassin	sonore car toutes les productions sonores sont réverbérées.	LN + LA	proche		A.	S'isoler en mouvement. s'enfermer dans une même activité, rechercher des sensations	il trottine en tapant ses pieds bien à plat sur le sol	ni lent ni très rapide	aucun	je ne vois pas l'expression de son visage	je ne vois pas son regard	aucune. Mais il semble apprécier le clapotis de ses pieds sur le sol mouillé. Même recherche de sensation avec le pédiluve, A tape des pieds dans le pédiluve et observe avec attention ses pieds.	sol mouillé	kinesthésie, O, recherche de sensation	A. va tomber sur le sol.

FV Nov. 12	12-nov-02	Activité pataugeoire	Temps gris - ciel bleu par endroit	Après 30 minutes d'activités environ…	pataugeoire, sur les bords du bassin	sonore car toutes les productions sonores sont réverbérées.	LN + LA	proche		A. et G	S'isoler dans une enveloppe sonore. Vérifier visuellement que le jacuzzi fait toujours des bulles. En début d'activité A venait remettre en marche les bulles du jacuzzi sans avoir besoin de se déplacer pour le vérifier visuellement, il se fier au bruit, mais maintenant A s'est remis à faire du toboggan et il vient régulièrement vérifier même si c'est qu'une seconde qu'il y a encore des bulles. G à chaque fois qu'il passe à côté du jacuzzi fait la même chose	il fait du toboggan en boucle, il grimpe rapidement à l'échelle, se laisse glisser dans l'eau puis immédiatement sort de la piscine pour remonter à l'échelle. Il sort de l'eau toujours du même côté (à droite du toboggan lorsqu'on est face au bassin). Il emprunte toujours le même chemin.	déplacement rapide	Le seul geste qui diffère d'un circuit à l'autre c'est celui de faire un détour par le jacuzzi pour le remettre en marche lorsque celui-ci s'est arrêté.	visage sérieux, figé	le visuel est ici central / jacuzzi	aucune. Lorsque A. remet en marche le jacuzzi, il ne fait pas de détour pour vérifier la présence ou l'absence de bulles, il se fie donc uniquement à la présence ou à l'absence du ronronnement du moteur. Ronronnement qui doit représenter pour lui une enveloppe sonore importante.	l'eau, le toboggan	il semble isolé des autres personnes, tout entier dans son activité et ses sens sont mis en éveil pour qu'il soit tout à son activité.	rapidement A. ne fait plus de toboggan, il trottine autour du bassin et vient toujours allumer le jacuzzi.
FV Nov. 22	Vendredi 29 novembre 2002	10h00	Temps gris, le ciel est bas	K revient d'activité. A est seul dans le groupe avec deux adultes, il est assis sur une chaise un peu en recul par rapport au bureau des soignant, il semble absent, il est calme	groupe	Sonore	LN + LA	proche d'adultes et d'un enfant		K.	S'isoler dans une enveloppe sonore	debout, droit comme un I	de temps à autre il se déplace lentement en faisant quelques pas mais il reste principalement immobile	il ne cesse de taper des mains : ses avant-bras sont à l'horizontale, il tape ses mains bien à plat l'une contre l'autre ou poings contre poings. Il frappe très énergiquement, ses mains sont rouges	visage absent, figé	regard dans le vide ou fixé sur ses mains	il ne dit rien mais il fait avec ses mains beaucoup de bruit : un bruit sec, sourd. Il fait tellement de bruit rien qu'en frappant dans ses mains qu'il me semble qu'il doit se faire mal, d'ailleurs ses mains sont toute rouge comme très souvent	ses mains	isolement : T, V	
FV Nov. 22	Vendredi 29 novembre 2002	10h00	Temps gris, le ciel est bas	dans un premier temps K ne réagit pas à la bousculade, puis il semble surpris (yeux écarquillés, il cesse de taper des mains)…	groupe	Sonore	LN + LA	proche d'adultes et d'un enfant		K.	S'isoler dans un espace contenant, dans la cabane	assis en tailleur par terre	immobile	aucun	visage perdu dans ses pensées	regard dans le vide	il ne cesse de parler des vacances "je pars en vacances avec la FV"	sol	isolement : V, O Il ne se préoccupe pas de ce que lui dit AA.	
FV Nov. 34	19-nov-02	Pataugeoire	Beau temps	L'activité est terminée, les enfants sont douchés et sont dans les vestiaires pour se rhabiller. C'est manifestement très difficile	Pataugeoire	calme	LN	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en mouvement, en se rhabillant	assis sur le banc des vestiaires	tous ses mouvements sont extrêmement lent	lents + de temps en temps il oscille doucement sa tête d'un côté puis de l'autre en fermant un peu plus ses yeux	visage figé, absent, yeux mi-clos, visage légèrement penché en arrière	regard mi-clos, il semble ailleurs	aucune	banc, vêtement	kinesthésique et sensation visuelle pour isolement	Le départ de la pataugeoire est difficile

FV Nov. 35	22-nov-02	10h50	Beau temps	K est seul dans le groupe avec moi. Il dessine, il est calme. Puis irruption sonore pas de très forte intensité mais quand même bien présentes car c'est le début de l'activité "tam-tam" qui se déroule dans la pièce à côté, il y a juste un couloir qui nous sépare de cette pièce.	Groupe	calme + irruption sonore de l'activité tam-tam	LN	proche d'un adulte		K	S'isoler de son environnement sonore, s'isoler dans une enveloppe sonore	assis autour de la table de l'entrée		il se bouche les oreilles et donc arrête de dessiner. Puis il se bouche plus qu'une oreille et se remet à dessiner *. Alors je lui explique ce qu'est ce bruit et il se rebouche les oreilles. Puis très vite il laisse tomber son dessin pour se boucher les deux oreilles fermement.	je ne vois pas	je ne vois pas son regard	* : à ce moment là il demande "quel est ce bruit dans ma tête ?", puis s'enveloppe d'un fredonnement incessant.	sol	kinesthésique et contact avec le sol, sa position importants dans le refus de partir, de se lever	Puis des enfants et un adulte entrent dans le groupe et K sort dans la cour en fredonnant.
FV Nov. 40	25-nov-02	11h30	Pluie		groupe	Assez calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.	proche de soignants et enfants	A	s'isoler dans le mouvement d'un objet, s'isoler en regardant dans la vitre le reflet de la voiture	debout, face à la porte d'entrée du groupe	aucun	lent et régulier	visage absorbé	regard fixé sur la vitre : il regarde le reflet de la petite voiture qu'il fait osciller d'avant en arrière	aucune, mais le bruit de la petite voiture sur la vitre semble l'intéresser	voiture, vitre	V	
FV Nov. 40	25-nov-02	11h30	Pluie		groupe	Assez calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.	proche de soignants et enfants	A	s'isoler en touchant les vitres	debout, face à la porte d'entrée du groupe	aucun	il met ses deux mains à plat sur la vitre	visage absorbé	regard dans le vide	aucune	vitre froide	T	S qui est dans la cour mette ses mains à plat contre celles de A depuis la cour. Alors A sourit, cela semble l'amuser. S lui est imperturbable, il sourit comme d'habitude, sans vraiment regarder A.
FV Nov. 41	26-nov-02	pataugeoire	Temps gris	les enfants se déshabillent. A traîne…	pataugeoire	Assez calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en regardant la lumière	assis sur le banc des vestiaires	aucun	aucun	visage figé, la tête penchée en arrière orientée vers le plafond	regard perdu dans les luminaires	aucune		V : sensation visuelle	KA l'aide à se déshabiller
FV Nov. 42	26-nov-02	pataugeoire	Temps gris	Lorsqu'il est prêt, A se lève et se met face au miroir	pataugeoire	Assez calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en regardant dans le miroir	debout	aucun	de temps en temps il fait osciller sa tête de droite à gauche	visage figé	regard perdu dans le miroir	aucune		V : sensation visuelle	On va côté bassin
FV Nov. 43	26-nov-02	Repas	Temps gris	C'est la fin du repas, tout le monde est calme, nous sommes peu nombreux : beaucoup d'enfants en sortie.	cuisine	calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en faisant des traces sur la vitre, s'isoler en regardant dans la vitre	debout contre la vitre au fond de la cuisine. Le nez collé à la vitre	aucun	il fait des traces sur la vitre + buée	visage figé	regard perdu dans le tout premier plan lorsqu'il fait des traces, puis il semble se regarder dans la vitre et pendant ce temps il fait osciller sa tête de droite à gauche doucement.	aucune puis pendant qu'il fait osciller sa tête il fredonne sans cesse.	vitre froide	T, V, O : sensation visuelle, tactile et enveloppe sonore	les enfants sortent dans la cour
FV Nov. 44	28-nov-02	9h20	Temps gris	K s'installe dans la cabane. La situation fonctionne.	groupe	Très calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		K	S'isoler dans un espace contenant, se réfugier dans un espace contenant.	assis dans la cabane	aucun	aucun	visage apaisé mais vidé, absent	regard dans le vide	aucune		V, O : isolement	

FV Nov. 45	28-nov-02	11h30	Temps gris	Seuls deux enfants dans le groupe mais agitation. H est très agité, il crie, ne cesse de monter sur la cabane	au fond du groupe	Très calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en regardant la lumière	debout sous le plafonnier au fond du groupe	aucun	il tend son bras vers la lumière, la montre du doigt	je ne vois pas son visage	il regarde en direction de la lumière, il ne la quitte pas des yeux	il ne cesse de dire "chO chO chO" en insistant sur le O. Productions sonores d'intensité moyenne.		V, O	
FV Nov. 46	12-déc-02	9h15	Temps gris		groupe	calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en regardant la lumière et en contact avec une forte source de chaleur	assis sur le radiateur, les mains appuyées de part et d'autre de ses cuisses directement sur le radiateur.	aucun	aucun	visage absorbé	il regarde fixement les guirlandes de noël au fond du groupe et l'éclairage au fond du groupe. Il les regarde par-dessus ses lunettes	aucune	radiateur bouillant. Personnellement je suis incapable de laisser mes mains sur le radiateur ne serait-ce quelques instants, or A s'y appuie.	V, T	
FV Nov. 46	12-déc-02	9h15	Temps gris		groupe	calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en regardant la lumière	il s'approche du sapin et prend dans sa main une petite lumière, il la serre entre son pouce, son index et son majeur	aucun	puis après un moment il approche ses yeux de la petite lumière, jusqu'à la coller à ses lunettes. De temps en temps il change de petites lumières mais semble avoir une préférence pour les petites lumière roses car il passe beaucoup de temps avec les roses et passe très vite avec les vertes, bleues ou jaune. Les roses semblent les couleurs les plus vives. Quelques fois il ramène à sa bouche la main tenant la lumière	visage absorbé, intrigué, bouche bée	il regarde attentivement la petite lumière dans sa main. Regard totalement absorbé, figé sur ces sensations visuelles : la lumière clignote à rythme régulier et colore ses doigts mais ne lui chauffe pas les doigts ou infiniment peu. Lorsqu'il regarde les lumières il est extrêmement concentré, ses paupières restent sans cesse ouvertes, il les ferme très rarement.	il répète très souvent "chO, chO, chO", en insistant bien sur le O.	petites lumières	V, T	
FV Nov. 46	12-déc-02	9h15	Temps gris		groupe	calme	LN + LA	proche d'adultes et d'enfants.		A	S'isoler en touchant différentes matières. Manifester sa curiosité	il touche les différentes décorations du sapin en les serrant fermement entre ses trois doigts comme pour les expérimenter	aucun	il touche les décorations. Il semble attiré par les couleurs te les matières	visage absorbé	il regarde attentivement tout ce qu'il touche	aucune	décoration	V, T	

Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
FV Nov. 1 Fondation Vallée	Jeudi 6 Novembre 2003	9 h00	Beau temps	Un grand nombre d'enfant arrivent en même temps dans la structure car il prennent le car de la fondation. Ils entrent par l'entrée principale et empruntent les couloirs pour rejoindre leur groupe…	couloir de la structure. Les enfants s'engouffrent dans ce couloir étroit, peu éclairé	Assez sonore	LN + LA	en contact les uns avec les autres car forte densité d'enfants dans un espace étroit.			Arriver dans la structure mais refuser le regard des adultes (pour la plupart) OU Arriver dans la structure et regarder timidement, furtivement les adultes (pour quelques-uns d'entre eux)	debout	déplacement ni vraiment rapide mais ni lent : souvent il y a un engorgement donc la vitesse des déplacements est modérée.	Certains tendent la main toujours sans regarder.		Le regard rivé au sol OU Regard timide adressé aux adultes, le plus souvent la tête est penchée en avant et seuls les yeux se relèvent vers la personne. De plus ces regards ne durent jamais bien longtemps, ils sont furtifs	La plupart des enfants possédant un langage verbal répondent au "bonjour"			Même situation chaque matin, tous les jours.
FV Nov. 3	Jeudi 6 Novembre 2002	9 h20	Beau temps	Puis la maîtresse arrive…	groupe, cabane		cabane : faible intensité lumineuse	proche mais un peu en recul dans la cabane		K.	Se précipiter dans la cabane à l'arrivée de son institutrice parce qu'on ne veut pas aller en classe. Se cacher, se mettre à l'abris	assis au fond de la cabane, par terre, comme pour se mettre hors de portée.	il se précipite dans la cabane sitôt qu'il aperçoit sa maîtresse derrière la porte vitrée du groupe	aucun	je ne vois pas l'expression de son visage	je ne vois pas son regard	aucune		il ne semble pas écouter EA qui s'est approchée de lui et qui lui dit que si il est l'heure de l'école, qu'il va venir avec elle...	Puis soudain, assez rapidement, K. dit "je sorts, je vais à l'école, je veux apprendre" et s'exécute. Alors il s'habille, met son cartable sur son dos sur ses deux épaules et sort dans la cour. Est-ce les paroles de la soignante, est-ce uniquement son intention, c'est un tout qu'il est difficile de comprendre.
FV Nov. 5	Jeudi 6 Novembre 2002	14h00	Beau temps	Deux enfants d'un autre groupe viennent dans le groupe. Un d'entre eux refuse de quitter sa veste et s'installe directement autour de la table devant l'entrée et joue avec la caisse enregistreuse, un jouet qu'il n'avait pas quitté lors de son observation à l'hôpital. L'autre fait un tour dans le groupe avant de s'installer à côté de son camarade avec un autre jeu. A. est le seul enfant du groupe, les autres sont dehors	groupe, cabane	Très calme	LN	proche d'adultes (KA et moi dans le groupe) et d'enfants		A.	S'agiter, s'énerver en grimpant sur le toit de la cabane à l'arrivée de 2 enfants d'un autre groupe		rapide		visage totalement figé, absent	il refuse le regard des soignants et des enfants	aucune	cabane	il refuse le regard.	
FV Nov. 13	14-nov-02	9h00	Beau temps - quelques nuages	G. arrive dans la structure	couloirs	calme	LN	proche d'un adulte		G.	Arriver dans la structure et se diriger directement dans son groupe	debout, corps pas très tonique	mouvement régulier, mais assez lent	une fois dans la deuxième partie du couloir, proche de son groupe il quitte son sac et enlève sa veste qu'il déposera dans son groupe	souriant	il regarde autour de lui, se tourne vers moi pour me dire bonjour puis regard à nouveau devant lui	il me dit bonjour, il n'articule quasiment pas.		V, O	
FV Nov. 13	14-nov-02		Beau temps - quelques nuages	comme il n'y a personne dans son groupe…	couloirs	calme	LN	proche d'un adulte		G.	Arriver dans la structure. Revenir dans les couloirs parce qu'il n'y a personne dans son groupe	debout, corps pas très tonique	mouvement régulier, mais assez lent		souriant	il regarde autour de lui, échange des regards avec les adultes qu'il croise dans les couloirs	onomatopées, dont l'intonation varie mais le plus souvent elle semble être interrogative		V, O	

FV Nov. 14	14-nov-02	9h10	Beau temps - quelques nuages	Les soignants sont dans la salle détente, leur bureau et boivent leur café.	bureau des soignants	calme	LN	proche d'adultes		L.	Arriver dans la structure. Venir chercher son soignant dans le bureau, la salle détente : comme il n'y a pas de soignants dans le groupe, L rentre dans le bureau et s'installe à côté de ASA, derrière lui, devant la fenêtre	assis, corps aussi amorphe que lorsqu'il est assis sur le fauteuil dans l'entrée	déplacement jusque dans le bureau lent puis immobile une fois qu'il est assis.	aucun	visage sans expression, absent	regard dans le vide	aucune			Il y reste jusqu'à ce que ASA lui dise "Allez on y va", L ne se fait pas attendre sitôt que ASA lui dit de venir il se lève et e;embraye le pas de son soignant direction le groupe
FV Nov. 18	lundi 18 novembre 2002	11h10	Beau temps - quelques nuages	Q est invité sur le groupe, K s'est calmé, A aussi	groupe	Calme	LN	proche d'adultes et d'enfants, en contact avec un adulte.		Q.	Arriver. Aller sur un autre groupe en emportant un objet de son propre groupe avec lequel on joue très souvent.	debout	déplacements lents	aucun	visage un peu étonné, ahuri	regard autour de lui	lorsqu'il parle il chuchote	un petit plat de dînette en métal avec lequel il joue très souvent sur son groupe.	T, V	Ce petit plat est très important pour Q, dés qu'il arrive dans son groupe la plupart du temps il s'en empare et lorsqu'il est invité il l'emmène régulièrement

Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 1 Mosaïque, arrivée	Vendredi 11 juillet. Mosaïque	9h00	Très beau temps	Trois enfants sont dans la structure. En ce qui concerne D. et N. sitôt qu'ils arrivent à la structure ils se dirigent dans le jardin. Tous les jours c'est pareil.	hall d'entrée au jardin	Très calme	Lumière naturelle.	Une fois que D. est installé dehors, contre les baies vitrées face à l'entrée, il est bien souvent ni proches ni vus par les soignants qui se trouvent dans le groupe ou dans le jardin devant les groupes.		D.	Arriver dans la structure et se diriger directement dehors dans le jardin, prendre un petit objet qui nous est familier et se poster toujours au même endroit dans l'angle proche de la baie, face à l'entrée.	debout puis assis	déplacement ni rapide ni lent, régulier, il sait manifestement où il va puis immobile avec quelques fois son buste qui oscille d'avant en arrière.	Sur son chemin, il va depuis l'entrée jusque dans le jardin en traversant le groupe et en sortant par la baie ouverte du groupe, il prend un petit objet dans le groupe, un objet qu'il prend toujours (dînette, légumes en plastique…) ou bien il ramasse une poignée d'herbe	Visage figé	Regard devant lui, il ne regarde pas autour de lui ou si il regarde il ne s'arrête sur rien	Aucunes	petits objets en plastiques, herbe qu'il touche et qu'il met dans sa bouche	T, V	
M J 1 Mosaïque, arrivée	Vendredi 11 juillet. Mosaïque	9h00	Très beau temps		hall d'entrée au jardin			Proche des soignants et des enfants		N..	Arriver dans la structure et se diriger directement dehors dans le jardin.	debout, corps atone, mou, comme d'habitude	mouvement régulier et lent, aucune hésitation, il sait bien où il va.		Visage atone, sans expression	Regard loin devant lui	Souvent il ramasse une poignée d'herbe et la mange	il touche souvent le mur avec sa main, la laisse traîner sur le mur.	V, T, G	
M J 1 Mosaïque, arrivée	Vendredi 11 juillet. Mosaïque			Une fois dans le jardin, installé à l'ombre près de la baie vitrée face à l'entrée…	jardin, angle de la baie vitrée face à l'entrée			ni proches ni vus par les soignants qui se trouvent dans le groupe ou dans le jardin devant les groupes. Lorsqu'il est proche et vu des soignants c'est parce qu'ils font un tour dans le jardin ou qu'ils sortent de la salle d'équipe		D.	S'isoler assis par terre en faisant sauter des petits objets. S'isoler dans le mouvement d'objets	assis	corps tantôt immobile tantôt buste qui oscille d'avant en arrière	il fait sauter devant lui les petits objets en plastique, l'herbe puis les met dans sa bouche et fait tinter ses ongles dessus sur les petits objets. Et ainsi de suite	Visage figé, totalement absorbé par ce qu'il fait	Regard fixé sur les mouvements des objets et de l'herbe et lorsqu'ils les a dans la bouche il regarde devant ou autour de lui mais sans faire attention à ce qui se passe.	Parfois il couine ou fait des sons "I, O, U", assez aigus	petits objets en plastiques, herbe qu'il touche et qu'il met dans sa bouche. Sol	T, O, V, G	D. peu rester de heures ainsi, ou à faire des traces sur les vitres, dans son cas très souvent les situations changent lorsqu'il doit aller en activité, aller manger, à l'école...
M J 1 Mosaïque, arrivée	Vendredi 11 juillet. Mosaïque				jardin, angle de la baie vitrée face à l'entrée			ni proches ni vus par les soignants qui se trouvent dans le groupe ou dans le jardin devant les groupes. Lorsqu'il est proche et vu des soignants c'est parce qu'ils font un tour dans le jardin ou qu'ils sortent de la salle d'équipe		D.	S'isoler assis par terre en faisant des traces sur les vitres de la baie	assis	buste penché en avant vers les vitres	il fait des traces sur les vitres	Visage totalement absorbé par ce qu'il fait	Regard fixé sur les traces	Parfois il couine ou fait des sons "I, O, U", assez aigus	vitres, sol	T, O, V, G	
M J 1 Mosaïque, arrivée	Vendredi 11 juillet. Mosaïque				Il quitte le jardin pour errer dans le groupe où il fait des allers et retours de la baie ouverte sur l'extérieur à l'entrée			proche des 4 adultes qui sont assis autour de la table, et d'un enfant.		N.	S'isoler en mouvement : il déambule inlassablement dehors ou dans la structure	debout, corps atone, mou, comme d'habitude	mouvement régulier et lent. Il traîne des pieds. Ses déplacements sont courbes comme souvent, il s'applique à ne pas faire de demi-tour.	il touche souvent les murs, les baies, les vitres	Visage atone, sans expression	Regard loin devant lui, transparent	de temps à autre il gémit	il touche les murs, les baies, les vitres… mange de l'herbe, ses doigts	T, O, V, G	
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	
M J 2 Mosaïque, arrivée	Vendredi 11 juillet. Mosaïque	10h50			groupe 1, autour de la table devant la baie ouverte sur l'extérieur, M se trouve au pied de la table mais pas du côté de la baie, de l'autre côté de la table, perpendiculaire au meuble haut.			En contact avec une soignante et proche des 4 adultes qui sont assis autour de la table.		M.	Chatouiller une soignante allongé sur le sol	allongé dos sur le sol, proche de la table	corps immobile	geste sont doux, appropriés à la situation, pas d'excitation ou de gestes démesurer : il chatouille les pieds de la soignante	visage souriant	regard qui oscille entre les pieds de la soignante et le visage de la soignante	rires	il chatouille les pieds d'une soignante. Dos au sol	T, O, V	

M J 2 Mosaïque, arrivée					groupe 1			Proche d'un enfant et de soignant, et ponctuellement en contact avec un enfant	Il est beaucoup plus haut que M. qui est allongé sur le sol, d'autant plus que N. est très grand.	N.	S'isoler en mouvement et Pincer le bras d'un camarade	debout, corps atone, mou, comme d'habitude, puis il se penche vers M. qui est sur le sol pour pouvoir le toucher	déplacement lent, régulier, puis lorsqu'il arrive à hauteur de M. il stoppe son déplacement, penche son buste en avant en pliant légèrement ses jambes pour le pincer.	pincement lent, pas d'accélération, le rythme de ce geste ne dénote absolument pas de celui du déplacement de l'enfant. Il n'est pas impulsifs fougueux.	Visage atone, sans expression	Regard loin devant lui, transparent, il ne regarde pas M. Même avant de se pencher pour anticiper son geste, il semble voir sans regarder.	Aucunes	il touche son camarade	T, V, il ne prête pas attention à ce que lui disent les adultes qui lui explique qu'il ne doit pas faire de mal à M., N. le pince à nouveau au passage suivant	N. pince M. à deux reprises mais M. ne semble pas y prêter attention. Il continue de chatouiller la soignante. Après deux passages dans le groupe et deux pincements de M., N change de trajectoire, il retourne errer dans le jardin. Difficile de savoir si c'est les explications des soignants.
M J 2 Mosaïque, arrivée	Vendredi 11 juillet. Mosaïque	10 h 50	Très beau temps	Après quelques minutes, N. revient dans le groupe, se poste à l'angle gauche de la baie du groupe…	groupe 1, angle du mur et de la baie, à gauche. Donc entre la table où se trouve les adultes et M., toujours par terre, et le mur.	Calme	Lumière naturelle.	proche des adultes et enfants assis autour de la table du groupe		N.	S'isoler en touchant différentes matières. Toucher.	debout, corps atone	corps immobile ou il passe d'un pied sur l'autre	il caresse plusieurs fois la vitre au soleil, puis il caresse plusieurs fois le mur qui a une texture granuleuse	Visage atone, sans expression, lorsqu'il change de matière son visage ne laisse rien transparaître	Regard fixé au loin	Aucunes	mur granuleux, vitres chaudes	T, V	
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 3 Mosaïque	Mardi 15 juillet	9h05	très Beau Temps	Trois enfants sont arrivés : C., D. et F. Sitôt leur arrivée ils se dirigent dans le jardin. F. est debout dehors, il regarde autour de lui.	jardin	Très Calme,	Lumière naturelle.	en recul par rapport aux enfants et adultes		D.	S'isoler assis dans l'angle de la baie, à l'ombre et manger de l'herbe.	assis	corps immobile	il a une poignée de fleurs et d'herbe dans chaque main et les porte de temps à autre à sa bouche.	visage figé	son regard est tantôt sur ses poignées d'herbe et de fleurs et tantôt autour de lui.	sons incessants "I, O, U", aigus, enveloppe sonore	sol, fleurs et herbes	T, G, V, O	
M J 3 Mosaïque	Mardi 15 juillet				jardin			proche d'un adulte et d'enfants		D.	S'isoler en mouvement en tenant des herbes dans les mains dans le jardin	debout	il va et vient	aucun geste particulier	je ne vois pas bien son visage	je ne vois pas vraiment son regard mais je vois les mouvements de sa tête : il regard tantôt devant lui, tantôt autour	Aucunes	fleurs, herbes	T, V	
					jardin, angle de la baie			en recul par rapport aux enfants et adultes		F.	S'isoler assis en tailleur dans l'angle de la baie face à l'entrée	assis en tailleur, le buste penché en avant, la tête appuyée sur son bras dont le coude s'appuie sur son genoux.	corps immobile	aucun geste particulier	visage sans expression	regard dans le vide	Aucunes	sol, sa tête	V, T	
M J 3 Mosaïque	Mardi 15 juillet			C. se met à suivre D. dans le jardin… Moi je suis dans le hall d'entrée et les soignants dans leur salle d'équipe.	du jardin jusque dans l'entrée, devant la salle d'équipe et proche de moi					D.	Rechercher le réconfort, la protection d'un adulte en s'approchant de lui	debout	mouvement un peu plus rapide		visage inquiet, sourcils froncés	regard sur moi	Aucunes		V	
M J 3 Mosaïque	Mardi 15 juillet			C. le suit jusque dans le hall. Je vais m'asseoir dans le groupe, D. me suit puis retourne dans le jardin. C. retourne elle aussi dans le jardin.	dans le jardin					D.	Rechercher le réconfort, la protection d'un adulte en s'approchant de lui	debout	déplacement hésitant, puis lorsque C. s'approche de lui, il accélère son déplacement et s'approche de moi qui suis sortie.		visage inquiet	il surveille C. avec beaucoup d'attention, il ne la quitte pas des yeux	il pousse de petits gémissements plaintifs		V	C. sourit lorsque je vais vers elle pour lui expliquer de ne pas effrayer D. et entre dans les locaux de la structure
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 4 Mosaïque	Mardi 15 juillet	9h20	très Beau Temps		dans le jardin, dans une chaise à l'ombre	très Calme,		proche d'un adulte		D.	S'isoler assis sur une chaise, dans le jardin	assis, corps détendu, un peu avachi	corps immobile	aucun	visage apaisé	regard autour de lui	Aucunes	accoudoir	V, T	Cette situation où D. est très calme, son corps est détendu, il a enfin posé ses herbes au pied de la chaise, ne durera pas longtemps. Elle va être interrompue par l'arrivée sonore de C. dans le jardin. D. se lève rapidement reprend ses herbes et file dans les locaux de la structure.
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	

M J 5 Mosaïque	Mardi 15 juillet	9h45	très Beau Temps	Depuis tout à l'heure, F. n'a pas bougé de place…	jardin, angle de la baie, "à la place de D."			en recul par rapport aux enfants et adultes		F.	S'isoler assis en tailleur dans l'angle de la baie face à l'entrée	assis en tailleur, le buste penché en avant, la tête appuyée sur son bras dont le coude s'appuie sur son genoux.	corps immobile	aucun geste particulier	visage sans expression	regard dans le vide	Aucunes	sol, sa tête	V, T	
M J 5 Mosaïque	Mardi 15 juillet	9h20	très Beau Temps		jardin, prés de la grille au niveau du bureau de chef de service			en recul par rapport aux enfants et adultes		D.	S'isoler assis en tapotant sur un objet en plastique	assis, presque en tailleur, les avant bras appuyés sur ses cuisses	immobile	il a mis des herbes dans un petit récipient en plastique qu'il tapote par le dessous avec ses doigts.	je ne vois pas son visage	je ne vois pas son regard	???	sol, récipient en plastique	T	cette situation prend fin lorsque F est appelle pour le départ pour la piscine.
Situation	Jour	Heure	Météo	Elements du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 6 Mosaïque	Mardi 15 juillet	9h55	très Beau Temps	F était dans le jardin, un soignant l'a appelé pour aller à la piscine, il se lève...	depuis le jardin jusque dans le hall d'entrée			proche d'adultes et d'enfants		F.	Se déplacer en longeant les murs	debout, la tête penchée en avant	déplacement régulier	aucun	visage absent, encore plongé dans ses pensées	regard au sol, devant lui, il ne regarde personne sur son parcours	Aucunes		V	
M J 6 Mosaïque				Arrivé dans le hall, les enfants et les adultes de la piscine sont là et se préparent. F longe les murs de l'entrée en faisant un carré. Croquis	entrée, il longe la baie face à l'entrée, et les murs latéraux en formant un carré.	Agitation		Proche d'enfants et de soignants		F.	S'isoler en mouvement	debout	mouvement régulier		visage absent	regard au sol, il ne calcule personne	il chuchote, ça lui fait une enveloppe sonore		V, O	Situation interrompue par le départ à la piscine.
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 7 Mosaïque	Mardi 15 juillet	9h55	très Beau Temps	Après l'activité jardin, D. rentre avec une grosse poignée d'herbe…	groupe, jeu de mousse	Calme	Lumière naturelle	Seul avec moi		D.	S'isoler en mouvement en tenant une poignée d'herbe dans sa main	debout	il trottine, le rythme est irrégulier, accélération puis ralentissement	il tient bien serré sa poignée d'herbes	visage figé	regard fixé devant lui. Il croise mon regard mais ne semble pas y prêter attention	productions sonores permanentes assez aiguës, dont le rythme s'accorde à celui des déplacements	herbe	V, T, O	Puis soudain D. lâche sa poignée d'herbe dans le groupe, je lui dis que l'herbe c'est dehors qu'il faut la mettre. Alors il s'arrête de sautiller, ramasse tous les petits bouts d'herbe et les met à la poubelle. On pourrait penser que D. est totalement coupé de son environnement sonore mais non seulement ce n'est pas le cas mais en plus D., à ce moment là, a pris une initiative tout à fait à propos. Après avoir mis ses herbes à la poubelle il va dehors.
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 8 Mosaïque	Jeudi 17 juillet	9h05	Nuages, températures douces, pas trop élevées	Seuls D, N et M sont arrivés. M s'est déshabillé dans le taxi, les adultes le rhabille, N erre dans les couloirs tandis que D	depuis le hall jusque dans le jardin	Calme	Lumière naturelle	proche puis isolé		D.	Arriver dans la structure et se diriger directement dans le jardin en longeant le mur courbe	debout	D jette quelques regards dans la salle d'équipe, puis vers l'entrée et se dirige vers l'extérieur en longeant le mur courbe pas rapidement	aucun	visage fermé	regard fixé devant lui. Il croise mon regard mais ne semble pas y prêter attention	Aucunes		V	
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 9 Mosaïque	Jeudi 17 juillet	9h25	Nuages, températures douces, pas trop élevées	JA, LIA, M, D, N sont dans le groupe. Les fenêtres sont fermées. D est assis sur le matelas contre la baie, M se trémousse sur la musique en souriant + sensation visuelle tandis que N va et vient dans le groupe, s'accroupi un instant dans l'angle de la baie entre D et LA puis reprend ses va et vient. Il sourit, il semble détendu, ouvert / d'habitude. Puis CLA vient s'installer sur le matelas, à l'autre extrémité du matelas sur lequel se trouve D. D se rapproche d'elle. N. vient se mettre entre LA et CLA, d'abord accroupi puis il s'allonge. M danse toujours. La situation fonctionne. Voir croquis	groupe I	Calme, musique	Lumière naturelle	proche d'enfants et d'adultes												Puis au bout d'un moment, D veut sortir, il tente d'ouvrir la fenêtre mais JA lui dit non. Il continue en la regardant d'un air interrogatif. Puis lorsqu'elle dit à nouveau non, il va vers elle, le visage crispé et interrogatif. Elle dit non, il va vers la porte même chose. alors il revient avec nous en manifestant son mécontentement avec des productions sonores aigues, visage crispé. Il sortira dés que l'opportunité se présente.

M J 9 Mosaïque	Jeudi 17 juillet	9h45	Nuages, températures douces, pas trop élevées	D a enfin réussi à sortir. Il a enlevé ses chaussettes	couloir	Calme	Lumière naturelle	proche 1 adulte		D	S'isoler en déchirant des papiers et dans le mouvement de petits objets. S'isoler en tapotant un objet	assis en tailleur sur les vestiaires.	il semble agité lorsqu'il se lève pour ramasser ses papiers : rapide	il déchire une serviettes en papier en petits morceaux et les fait sauter en l'air. Puis il prend la petite passoire jaune et regarde la lumière du skydom à travers celle-ci. Puis fait à nouveau sauter les papiers devant lui dans la passoire. Il tapote le fond de la passoire avec ses ongles exactement comme d'habitude. Il souffle les papiers s'envolent. Il se lève les ramasse et ainsi de suite. De temps à autre il les met dans la bouche, les enlever puis continue son train-train. Agitation permanente, pas un moment de répit.	visage figé	regard fixé sur ce qu'il fait, il ne prête absolument pas attention à son entourage	lorsqu'il fait sauter les papiers il fait des sons	papiers, passoire	Tous ses sens pour l'isolement et pour des sensations visuelles, kinesthésiques. Normalement D est beaucoup plus calme lorsqu'il s'isole mais là il est en permanence en train de faire quelque chose, pour stimuler ses sens.	
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	Échappatoire
M J 10 Mosaïque	Jeudi 17 juillet	14h00	Nuages, températures douces, pas trop élevées		jardin	Très Calme	Lumière naturelle	proche d'enfants et d'adultes	en recul	N	s'isoler dans un espace contenant	assis sur le rebord de la fenêtre du bureau du Docteur Ch., une jambe à terre, l'autre replié sur le rebord contre sa poitrine. Sa tête est cachée dans le volet roulant qui est descendu au 3/4. On ve voit pas sa tête. Il est recourbé pour pouvoir s'y loger.	aucun	aucun	je ne vois pas son visage	je ne vois pas son visage	trop loin pour savoir	le rebord de la fenêtre	isolement	un moment après il recommence de errer dans le jardin.
Situation	Jour	Heure	Météo	Éléments du contexte général	Situation / Espace	Sonore	Lumineux	Relation aux autres	Position / autres	Prénoms	Action	Postures	Mouvement	Gestes	Mimiques	Visuel	Productions sonores	Tactile	Sens	

M J 11 Mosaïque	Lundi 28 juillet	14h00	Très beau temps, les températures sont agréables, fraîches	Seuls D et N sont dans le groupe avec moi. Les autres enfants et adultes sont à l'extérieur.	groupe 1	63 dB(A)	Lumière naturelle	proche d'1 enfant et d'1 adulte		N	S'isoler en mouvement en faisant toujours le même parcours.	debout corps mou, sans tenue musculaire.	Il entre dans le groupe depuis le jardin, passe par le porte fenêtre ouverte et va jusqu'à l'entrée du groupe, fait une pause de quelques secondes et repart dehors et ainsi de suite. Il s'avance contrairement aux autres fois jusque dans l'entrée du groupe, au niveau des toilettes et par conséquent est obligé de faire un demi tour. C'est à ce moment là qu'il fait quelques secondes de pause si bien que le demi tour ne se fait pas d'un coup. Il le réalise avec une grande lenteur si bien qu'on ne le perçoit pas comme un demi tour.	il recroqueville ses doigts en les crispant et en les amenant au niveau de ses épaules de temps à autre. Ses gestes sont comme ses déplacements lents et réguliers, pas d'accélération.	visage absent	devant lui	il fait des sons toujours dans la même tonalité.	rien	kinesthésie pour isolement	Un moment après N ne revient plus dans le groupe il reste dehors.
M J 11 Mosaïque	Lundi 28 juillet	14h00	Très beau temps, les températures sont agréables, fraîches	Pendant ce temps D. est à plat ventre sur le matelas	groupe 1	63 dB(A)	Lumière naturelle	proche d'1 enfant et d'1 adulte		D	S'isoler à plat ventre sur un matelas et s'isoler dans le mouvement de petits objets	allongé sur le ventre	immobile	il fait sauter devant lui des petits objets en plastique	visage absorbé par ce qu'il fait	regard fixé sur ce qu'il fait, à aucun moment il ne relève la tête	Aucunes	matelas, matière souple confortable et les petits objets	isolement	Un moment après N ne revient plus dans le groupe il reste dehors.
M J 12 Mosaïque	Vendredi 25 juillet	9h45	Très beau temps	Musique dans le groupe. N est avachi par terre, désarticulé, ailleurs. Au tout début M se met à danser, il tourne lentement en regardant autour de lui et en souriant puis très vite la danse vire à l'isolement	groupe 1	Calme, musique	Lumière naturelle	proche d'enfants et d'adultes		M.	S'isoler dans un soliloque, dans une enveloppe sonore.	debout, la tête en arrière, il tourne sur place	il tourne de façon extrêmement régulière		Visage absorbé par ce qu'il fait, fermé	il regarde en l'air	il fait le bruit de la cigale	rien	sensation visuelle et kinesthésique pour s'isoler.	
M J 12 Mosaïque	Vendredi 25 juillet	9h45	Très beau temps	pendant ce temps…	groupe 1	Calme, musique	Lumière naturelle	proche d'enfants et d'adultes		D	S'isoler en mouvement et dans le mouvement d'un objet	debout	il saute sur le matelas où il a posé une peluche et la fait sauter. Ses sauts ne semblent pas être en rythme / musique	aucun	il semble absorbé par le mouvement de la peluche	regard fixé sur la peluche, il ne relève jamais les yeux pour regarder autour de lui.	aucunes	matelas, il se sert des caractéristiques du matelas pour s'isoler	isolement, kinesthésie	
M J 13 Mosaïque	Jeudi 24 juillet	10h00	Pluie	Les enfants étaient dehors depuis ce matin mais il se met à pleuvoir. Tout le monde entre dans le groupe. Les enfants ne semblent pas perturbés de devoir rentrer sauf D qui est très agité. CLA en rentrant dans le groupe allume la lumière.	groupe 1	69 dB(A)	Lumière naturelle + LA	proche d'enfants et d'adultes		D	Manifester son refus d'éclairer la lumière	debout	il se précipite et éteint la lumière. CLA la rallume. D l'éteint à nouveau, il est manifestement très contrarié d'être dedans et refuse la lumière artificielle. Il est agité	il éteint la lumière	visage tendu, contrarié, sourcils froncés	il regarde autour de lui, mais à aucun moment ne regarde l'ampoule	cris assez aigus	l'interrupteur	V	puis il laisse allumé et va dans les couloirs
M J 13 Mosaïque	Jeudi 24 juillet	10h00	Pluie	Très rapidement D revient dans le groupe. Un petit groupe s'installe autour de la table : IA, CLA, P, C. D me prend par la main et m'emmène m'asseoir sur le matelas, D se met contre moi. M vient nous rejoindre et s'installe entre mes jambes par terre. N fait des va et vient dans le groupe puis vient s'allonger prés de nous. Situation qui fonctionne. Puis un moment après LIA entre dans le groupe et vient ouvrir la fenêtre et c'est la fin du calme. D se lève et essaie de sortir, pendant que LIA lui dit non, N sort.	groupe 1	calme puis agitation.	Lumière naturelle + LA	proche d'enfants et d'adultes		P	Manifester son mécontentement	assis autour de la table	aucun	aucun	visage mécontent	regarde autour de lui	"J'en ai marra d'être enfermé, qu'il pleuve, quand est-ce que ça va s'arrêter".		O, communication.	CLA va très vite fermer la fenêtre car C, D et N se cesse de faire des tentative de sorties. P va continuer de se plaindre de la pluie et D crie de plus en plus, P va se plaindre de ses cris… agitation 77 dB(A). Lorsque BA ouvre la porte du groupe car odeurs très fortes dans le groupe : D. et N se précipitent dehors. M les suivra rapidement.
M J 13 Mosaïque	Jeudi 24 juillet	10h00	Pluie	La lumière est éclairée. M est seul dans le groupe avec un autre enfant assis autour de la table et deux adultes.	groupe	calme	Lumière naturelle + LA	proche d'enfants et d'adultes		M.	S'isoler en regardant la lumière, en mouvement	allongé sur le dos par terre	il fait osciller doucement sa tête	il agite ses mains presque devant ses yeux, un tout petit peu plus bas. Mouvement des mains très rapide, saccadé. De temps en temps il pose ses mains sur ses yeux, les ferme et recommence comme pour donner un répits à ses yeux.	visage absorbé par ce qu'il regarde	regard fixé sur le néon	sons presque incessants	sol	V, T	

REPERTOIRE DES EFFETS SONORES UTILISES

Les définitions des effets sonores suivants sont extraites de l'ouvrage de Jean-François. AUGOYARD et Henry TORGUE. *A l'écoute de l'environnement. Répertoire des effets sonores*. Marseille : Parenthèses, 1995

Anamnèse
Effet de réminiscence: un signal ou un contexte sonore provoque chez un auditeur le retour à la conscience d'une situation ou d'une atmosphère passées. Effet de sens, l'effet d'anamnèse caractérise le déclenchement, le plus souvent involontaire, de la mémoire par l'écoute et le pouvoir d'évocation des sons.

Attraction
Effet phonotropique par lequel, de manière incontrôlée ou consciente, un phénomène sonore émergeant attire et polarise l'attention. L'amplitude de cet effet peut aller de la captation passagère de l'intérêt jusqu'à la mobilisation complète de tout le comportement. (…)

Bourdon
Effet caractérisant la présence dans un ensemble sonore d'une strate constante, de hauteur stable et sans variation notoire d'intensité. Lié à la musique dans sa désignation (le bourdon est un son permanent grave sur lequel reposent certains morceaux), l'effet de bourdon s'observe également dans les paysages sonores industriels et urbains. De nombreux systèmes techniques engendrent des constances sonores qui se rapprochent de cet effet, même si les fréquences concernées ne se limitent pas aux sons graves qui le caractérisaient à l'origine. Synonymes: teneur, continuum, drône. Les ventilations mécaniques, les tubes fluorescents, le ronronnement des moteurs… trament l'environnement quotidien de strates sonores constantes. Les écrans cathodiques produisent un son continu autour de 15000Hz. Parmi les bourdonnements récemment apparus dans la vie quotidienne, les systèmes de ventilation des ordinateurs tiennent une place omniprésente dans le monde du travail.

Créneau
Occurrence d'une émission sonore au moment où le contexte est le plus favorable et ménage une place particulièrement adaptée à son expression. Les créneaux peuvent opérer sur chaque composante du son: intensité, hauteur, timbre, rythme. Cet effet, croisant un message sonore et son contexte, est l'un des instruments-clés de l'action sonore. Le contexte est à envisager ici selon ses deux dimensions: spatiale et temporelle. Le contexte local recouvre des opportunités liées à la configuration des lieux. Par exemple, dans la plupart des stations du métro parisien, la forme elliptique de la voûte permet à deux interlocuteurs situés aux deux foyers de cette ellipse (c'est-à-dire de part et d'autre des voies) de se comprendre parfaitement dans le brouhaha ambiant. Le contexte événementiel recouvre les opportunités liées au moment, à la temporalité de l'occurrence. Par exemple, dans une rue à forte circulation automobile, un passant profitera d'un moment de calme relatif du flot des véhicules, pour héler quelqu'un sur le trottoir d'en face.

Emergence
Effet générique regroupant la totalité des occurrences sonores qui apparaissent nettement dans un contexte donné. Très souvent couplée avec un autre effet, l'émergence ne concerne pas seulement l'irruption d'un son fort dans un contexte de plus faible intensité; elle caractérise aussi l'apparition de sons différents par leurs hauteurs, leurs timbres ou leurs rythmes. C'est plus l'affirmation d'un nouveau son qui marque la singularité de cet effet que ses modalités d'apparition, celles-ci relevant plutôt des effets avec lesquels il se conjugue.

Enchaînement
Effet de réactions en chaîne. Un événement sonore provoque une réponse sonore qui en entraîne une autre, et ainsi de suite. Ces inductions successives réglées consciemment ou inconsciemment peuvent aboutir à un phénomène d'escalade sonore. Les situations de foule sont propices à l'apparition de cet effet; ainsi, les applaudissements après un spectacle peuvent-ils être lancés par un petit noyau de gens, voire un seul spectateur, et entraîner progressivement la masse globale du public jusqu'à une manifestation dont la force dépasse largement la somme des satisfactions individuelles. Le rôle de la «claque» semble parfois bien utile pour déclencher le mouvement et maintenir la pression pendant une durée qui paraisse décente.

Enveloppement
Sensation d'être environné par une matière sonore ayant la capacité de créer un ensemble autonome qui prédomine sur les autres éléments circonstanciels du moment. L'effet d'enveloppement s'applique parfois à des situations négatives, mais il provoque le plus souvent des réactions analogues à celles de l'envoûtement: sidération, ravissement. La jouissance marque l'accomplissement de cet effet, sans qu'il soit nécessaire de s'interroger sur la provenance du son; d'où la nette différence entre cet effet et celui d'ubiquité.

Filtrage
Renforcement ou affaiblissement de certaines fréquences d'un son. La modification de l'enveloppe spectrale peut être due à des déformations liées au mode d'émission, à l'espace de propagation, ou à un filtrage électroacoustique permettant d'agir volontairement sur la courbe de réponse.

Gommage
Evacuation de la perception ou du souvenir d'un ou plusieurs éléments sonores dans un ensemble audible. Cette suppression sélective est un effet fondamental de l'audition. La très grande partie des sons audibles en une journée est entendue sans être écoutée puis oubliée.

Immersion
Dominance d'un micro milieu sonore qui s'inscrit sur un champ perceptif lointain ou de second plan. Même si l'élément sonore immergé apparaît de manière temporaire, la perception majeure de cet effet est de le ressentir positionné en permanence sur une toile de fond. Le cadre naturel offre des circonstances souvent propices à la prise de conscience de cet effet : par exemple, l'écoute de bribes d'une conversation ou d'une chanson face à la mer, la musique d'un manège sur une plage. Là, la rumeur des flots dresse un décor permanent donnant l'impression de contenir la situation sonore de premier plan. Sur un mode moins poétique, le drône urbain peut parfois donner l'impression de tisser une trame permanente sur laquelle semblent s'accrocher les activités sonores individuelles.

Irruption
Evénement sonore imprévu modifiant le climat du moment et le comportement de manière caractérisée. L'effet d'irruption est au temps ce que l'effet d'intrusion est à l'espace. Par exemple, malgré la généralisation de son usage, la sonnerie du téléphone demeure pour beaucoup de personnes un événement sonore agressif, moins par son timbre qui a su s'adoucir, que par son caractère imprévu et impérieux: non seulement, un appel interrompt l'état présent mais il dicte un nouveau comportement pendant un temps donné.

Masque
Présence d'un son qui, par son niveau ou la répartition de ses fréquences, recouvre complètement ou partiellement un autre son. Facile à mettre en évidence sur le plan de l'acoustique physique, cet effet inclut une correspondance subjective au plan psychophysiologique: le son masquant sera jugé comme parasite ou, inversement, comme favorable, selon que le son masqué était agréable ou désagréable à l'auditeur.

Métabole
Effet perceptif sonore décrivant les relations instables et métaphoriques entre les éléments composant un ensemble sonore. Figure classique de la rhétorique, la métabole caractérise l'instabilité dans le rapport structural qui lie les parties d'un ensemble, et donc, la possibilité de commuter dans n'importe quel ordre les composants élémentaires d'une totalité, la faisant percevoir comme étant en perpétuelle transition. En grec ancien, le mot *metabolos* signifie ce qui est changeant, quelque chose qui est en métaphore. Ici, le changement considéré affecte le rapport des éléments qui composent l'environnement sonore, celui-ci pouvant se définir comme l'addition et la superposition de sources multiples entendues simultanément.

Phonomnèse
Imagination d'un son sans écoute effective. La phonomnèse est une activité mentale qui utilise l'écoute intérieure pour rappeler à la mémoire des sons liés à une situation, ou pour créer des textures sonores, dans le cadre de la composition par exemple.

Phonotonie
Cet effet, dit encore effet phonotonique, caractérise le sentiment d'euphorie provoqué par une perception sonore. Il induit parfois directement un comportement: regain d'activité, mouvement collectif, gestes réflexes… L'écoute musicale a souvent ce rôle fonctionnel dans le travail individuel ou collectif.

Rémanence
Perdurance d'un son qui n'est plus entendu. Après extinction de l'émission et de la propagation, le son donne l'impression d'être encore « dans l'oreille ». La rémanence n'est ni anamnèse (sons entendus au présent et qui évoquent le passé), ni phonomnèse (sons remémorés, sans écoute physique). Elle ne met pas en jeu la mémoire profonde, lointaine. Elle n'est que le sillage mnésique des signaux sonores tout juste éteints. (…).

Synchronisation
Effet psychomoteur par lequel le rythme d'apparition d'un phénomène sonore détermine celui d'une activité individuelle ou collective, perceptive ou motrice. Celle-ci peut elle-même être associée à une production sonore. La synchronisation est l'une des formes majeures de la chronophonie dans la vie sociale, c'est-à-dire de la ponctuation du temps par le sonore.

REPERTOIRE DES EFFETS LUMINEUX UTILISES

Les définitions des effets lumineux suivants sont extraites du DEA de Claire Mouillaud[216] et de l'ouvrage de Gregoire Chelkoff et Jean-Paul Thibaud[217].
Ces définitions relatives aux ambiances publiques urbaines sont transposables aux ambiances intérieures de structures spécialisées.

Attraction
Effet par lequel l'espace immergé de lumière ou l'émergence d'une source semble « aspirer » le passant. Alors que l'effet de focalisation se définie comme une forme d'attention visuelle, l'effet d'attraction est une captation passagère qui entraîne l'observateur à se déplacer ou à modifier ses gestes.

Clignotement
Effet par lequel la lumière est émise de manière intermittente.

Découpe
La découpe est provoquée par un rapport figure / fond particulièrement contrasté produisant un distinction nette entre différents plans ou éléments visuels juxtaposés. (…)

Eblouissement
Effet par lequel un contraste exprimé par une forte luminance, par rapport à un environnement sombre, produit une gène visuelle ou/et une réduction de l'aptitude à distinguer des objets.

Emergence
Effet par lequel un éclairage dans l'espace est ressenti de manière prégnante. (…)

Enveloppement
Effet par lequel une lumière homogène et diffuse, donne l'impression d'être complètement plongé dans l'espace nocturne. La lumière donne le sentiment d'être enveloppé. Cette toile de fond ou dominance du micro milieu est dans la plupart du temps offert par un éclairage public.

Focalisation
Effet visuel par lequel d'une manière consciente ou incontrôlée le phénomène lumineux capte l'attention du passant.

[216] Claire MOUILLAUD. *Ambiances urbaines nocturnes et perception de l'éclairage commercial*. DEA Ambiances architecturales et urbaines. Grenoble : Ecole d'Architecture de Grenoble, laboratoire Cresson, 2004.
[217] CHELKOFF Grégoire, THIBAUD Jean-Paul. *Les mises en vue de l'espace public*. Grenoble : Rapport de recherche Cresson, juin 1992.