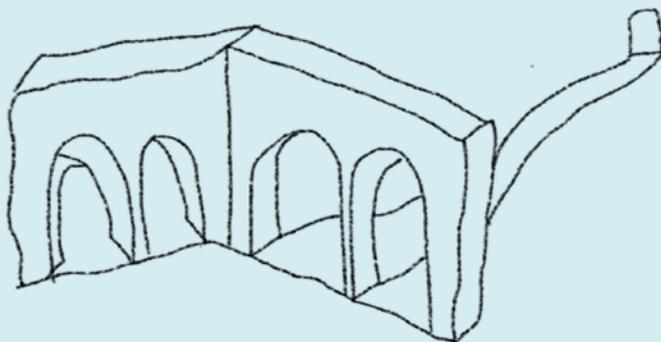


**Séminaire Art et Design**  
**Entre hostilité et hospitalité**  
**dans les lieux de soins**

15 octobre 2019



1.

**Espèce d'espace**

favoriser ou contrarier l'hospitalité  
dans les lieux de soins

lab  
-ah



**GHU PARIS**  
**PSYCHIATRIE &**  
**NEUROSCIENCES**

Université   
 de Strasbourg

Laboratoire **Approches contemporaines**  
de la **création** et de la **réflexion artistiques** | ACCRA | EA 3402  
Université de Strasbourg 



Le séminaire **Art et Design, entre  
hostilité et hospitalité dans les lieux  
de soins** est une proposition du GHU

Paris psychiatrie & neurosciences,  
en partenariat avec le laboratoire  
« Approches contemporaines de la  
création et de la réflexion artistique »  
(ACCRA), Faculté des Arts, Université de  
Strasbourg.

Il fait partie intégrante de la thèse menée  
par Carine Delanoë Vieux, responsable de  
la recherche au **laboratoire de l'accueil et de  
l'hospitalité** (lab-ah) du GHU Paris.

# Sommaire

**5**

Capsule de thèse

**Aménagement, ménagement**, quand l'espace fait hospitalité dans les lieux de soins

Carine Delanoë-Vieux

**13**

Au lab-ah

**Neuro Sainte-Anne**, itinéraire d'un parcours d'hospitalité dans la construction d'un nouvel hôpital

Marie Coirié, Benjamin Salabay

**19**

Projet invité

**L'hôpital comme milieu**, l'hospitalité et/ en ses espaces

Céline Barrère, Catherine Grout

**29**

Projet invité

**Hospitalité ?** Retour sur les espaces vécus au quotidien d'un service de psychiatrie

Catherine Boiteux, Lætitia Thomas

**37**

Fin de séance

**Synthèse des échanges**



CAPSULE DE THÈSE

CAPSULE DE THÈSE - Carine Delanoë - Vieux

# Aménagement, ménagement

quand l'espace fait  
hospitalité dans les  
lieux de soin

Carine Delanoë-Vieux  
responsable de la recherche au lab-ah

# J

'ouvre donc cette séance avec une courte intervention, une capsule de thèse, pour partager avec vous quelques réflexions de ma recherche en lien avec la thématique de la séance.

Celle du jour pose deux questions : peut-on identifier et quelles sont dans les espaces du prendre soin les qualités propres à favoriser l'hospitalité ? Quels sont les processus de programmation, de conception et de production de ces espaces susceptibles de faire advenir ces qualités d'hospitalité ?

Ces questions se situent au point de conjonction de deux des hypothèses d'instauration artistique de ma recherche : le motif relationnel et le motif esthétique. Ces motifs, que j'ai présentés à la séance du mois de juin, constituent la trame d'analyse des modes de création participant de l'instauration artistique à l'hôpital.

Le motif relationnel ouvre des perspectives relatives à l'implication des usagers dans la définition et la conception de leurs environnements. Le motif esthétique porte sur les opérations sensibles de sublimation des contingences liées à la maladie et à l'hospitalisation. Ils se croisent dans la thématique d'aujourd'hui quand les concepteurs des espaces sont capables de mettre en œuvre des processus de formalisation cathartique de cette dimension sensible et affective captée par des méthode participatives et empathiques.

C'est en effet l'un des sujets de la séance de considérer dans une même pensée le processus et la production. Car comme le dit Heidegger, « L'espace n'est pas pour l'homme un vis-à-vis. Il n'est ni un objet extérieur, ni une expérience intérieure. » En conséquence,

je partage avec vous quelques apports de Martin Heidegger dans sa conférence « bâtir, habiter, penser » de 1951 comme matière à penser pour la thématique de cette séance. Je prie ceux pour qui ce texte est un classique de m'excuser de cette redite et j'invite les autres à en prendre connaissance sur la plateforme du séminaire. Il vous plaira. Martin Heidegger, comme tout bon philosophe, se penche sur l'étymologie des mots avant même de penser.

Ainsi, le mot du vieux-haut-allemand pour bâtir est **bauen** qui signifie habiter, séjourner, demeurer. Mais **bauen** dit aussi l'être de l'habitation car il est aussi le mot **bin** qui veut dire être, je suis. Ce vieux mot **bauen** signifie aussi enclore et soigner dans le sens d'édifier, de cultiver. Il dit « Si cependant, nous écoutons ce que dit la langue dans le mot **bauen**, ce que nous entendons est triple : 1. **Bauen** est proprement habiter. 2. Habiter est la manière dont les mortels sont sur terre. 3. **Bauen** au sens d'habiter, se déploie dans un **bauen** qui donne ses soins, à savoir à la croissance et dans un **bauen** qui édifie des bâtiments ».

Ensuite, Martin Heidegger poursuit avec l'être de l'habitation qui renvoie au mot vieux-saxon **wuon**, le gothique **wunian**. **Wunian** signifie être en paix, le mot paix **Frye** signifie être préservé des dommages et des menaces. **Freien** veut dire proprement épargner, ménager. Ainsi, pour lui, « Le véritable ménagement est quelque chose de positif, il a lieu quand nous laissons dès le début quelque chose dans son être, quand nous ramenons quelque chose à son être et l'y mettons en sûreté ». Ainsi, « Le trait fondamental de l'habitation est ce ménagement ». C'est pourquoi dans une éthique de l'hospitalité qui passe par le bâtir, aménager n'est pas dissociable du ménagement.

Cette relation entre bâtir, habiter d'une part et soigner, ménager d'autre part constitue une piste pour comprendre pourquoi certains projets sont hospitaliers. Nous supposons qu'ils ménagent alors la possibilité de préserver et de mettre en sécurité quelque chose de son être, de son expérience existentielle en ouvrant des univers signifiants. C'est pourquoi, nous pensons que l'aménagement relève du registre de la fonctionnalité et du confort alors que le ménagement relève du soin et du sens que l'on apporte aux choses parmi lesquels nous vivons. Ainsi, en miroir à nos deux questions de départ, le chemin vers le **Bauen** philosophique de Martin Heidegger serpente entre la participation des usagers et le talent des concepteurs à donner sens à leur œuvre.

Il fut un temps où la pauvreté symbolique des aménagements et du langage visuel à l'hôpital m'avait conduit à m'interroger sur la continuité d'un héritage historique et culturel de l'hôpital dont on sait qu'il est mêlé de dévouement, d'excellence, de violence et de domination. Dans quelle mesure les hôpitaux ne reproduisaient pas inconsciemment cette histoire culturelle dans laquelle les professionnels conservaient la maîtrise des espaces et les personnes malades étaient invitées à la passivité ?

Ce modèle de domination se traduirait-il encore aujourd'hui par une sourde résistance à donner les clés aux usagers afin qu'ils s'approprient l'espace hospitalier ? Encore aujourd'hui, force est de constater combien les programmes des bâtiments hospitaliers sont principalement conçus autour des besoins des professionnels, l'expérience des usagers en étant généralement absente ou partie congrue.

Pourtant, à l'occasion d'une étude que j'ai menée en 2016, en amont de la définition du lab-ah, les représentants des usagers ont exprimé clairement leur désir que les patients et les familles soient activement collaboratifs à la conception et à la mise en œuvre des services et des environnements qui les concernent. En revanche, les professionnels appréhendaient cette participation des usagers au prisme de la démocratie sanitaire, c'est-à-dire du respect de leur droit, de la nécessité de les consulter sur les décisions impactant leur santé et de leur représentativité dans les instances officielles. Ils ont très peu évoqué la possibilité de leur participation comme des partenaires actifs des transformations concrètes de l'hôpital.

Bien heureusement, la sensibilité morale autour des relations soignant-soigné a largement évolué et cela s'en ressent dans les formes que l'hôpital arrive à produire aujourd'hui. Et je gage que cette interprétation ne soit désormais plus défendable.

En effet, les ateliers participatifs en amont des aménagements se développent, depuis un certain temps pour faire la ville, et depuis peu pour faire l'hôpital. L'arrivée du design à l'hôpital est à cet égard une véritable opportunité pour offrir aux personnels hospitaliers et aux usagers les modalités de leur participation effective à la conception des environnements de travail et de soins. Favorisant ainsi le déplacement de la figure du patient utilisateur de services vers celle du patient partenaire dans l'élaboration des formes. Mais c'est aussi restaurer une capacité d'agir indispensable aux professionnels.

L'approche participative interroge les démarches de production architecturale classique dans les bâtiments hospitaliers. En effet, la programmation architecturale relevant de la commande traditionnelle dans nos institutions hospitalières

n'a pas encore intégré les démarches de diagnostic partagé et de coproduction avec les usagers relevant du design contemporain. Même les établissements dont je connais pourtant l'engagement dans l'innovation par le design, tels le GHU Paris et les hôpitaux de Strasbourg, font cohabiter une structure d'innovation par le design avec une direction des travaux. La collaboration entre les deux, qui permettrait de mettre les compétences des ingénieurs au service d'environnements inclusifs de l'expérience des usagers, et réciproquement de mettre les compétences collaboratives des designers au service des travaux, s'élabore lentement.

L'intervention du lab-ah sur le programme architectural du bâtiment de Neuro Sainte-Anne constitue un horizon d'espoir dans ce domaine.





AU LAB - AH

# Neuro Sainte-Anne

itinéraire d'un parcours  
d'hospitalité dans la  
construction d'un  
nouvel hôpital

**Marie Coirié**

designer responsable du lab-ah

**Benjamin Salabay**

designer au lab-ah

**L**e « parcours d'hospitalité à Neuro Sainte-Anne » est un projet au long cours qui s'inscrit dans le contexte de la construction d'un nouvel hôpital pour le pôle Neurosciences du site de Sainte-Anne.

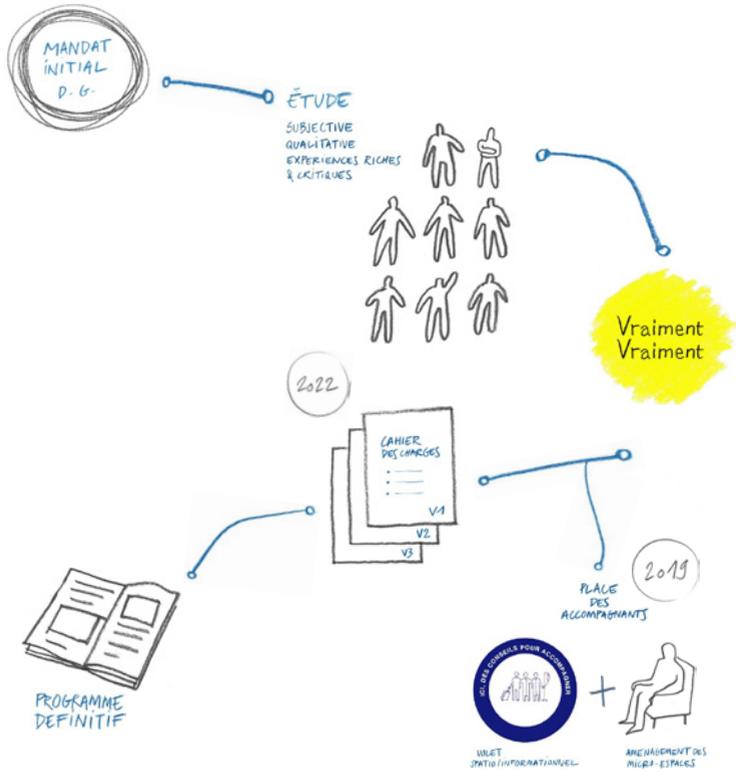
L'équipe du lab-ah a été intégrée en amont de la conception du cahier des charges du bâtiment pour y inscrire et y déployer la dimension de l'hospitalité. Neuf entretiens approfondis ont d'abord été menés auprès des patients et familles déjà accueillis dans les différentes filières de l'hôpital existant. Ceux-ci ont permis d'explorer tous les pans de l'expérience vécue par les personnes, et d'en tirer des recommandations fonctionnelles pour le cahier des charges. Celles-ci ont été intégrées dans le corps du document, avec la notion de « parcours d'hospitalité » comme fil conducteur. Depuis, nous suivons de près le déroulement du projet, depuis l'étude des offres, les auditions des groupements et le travail avec le lauréat afin de maintenir un haut niveau d'exigence en matière d'hospitalité : circulations, usages, prise en compte de l'expérience des personnes.

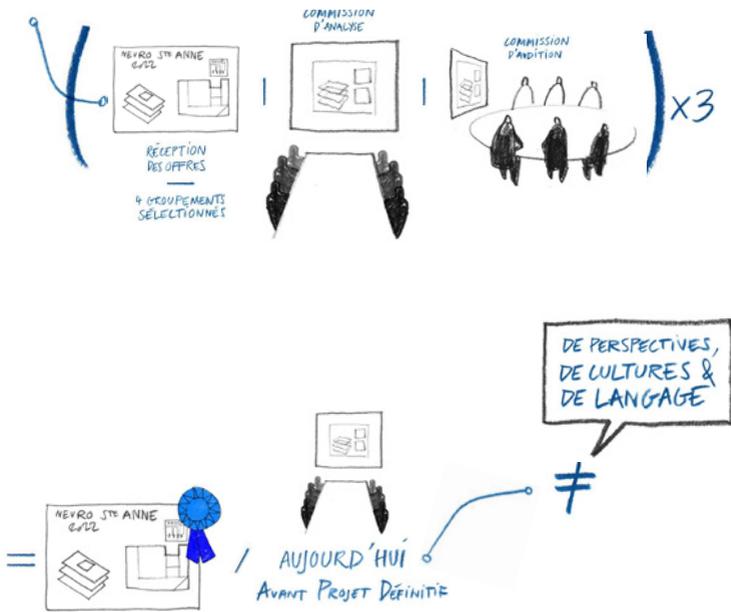
En parallèle, nous avons proposé d'expérimenter dès maintenant l'une des recommandations issues des entretiens : repenser la place de l'accompagnant à l'hôpital. Accompagné par l'agence de design Vraiment Vraiment sur un financement Fondation de France, le projet « Accompagnants » a relancé une dynamique d'entretiens et d'observations dans les services, d'ateliers avec les professionnels et les familles, avant de se décliner en deux concepts centraux : l'information située, ou repenser la relation espace/temps dans la diffusion d'informations et de conseils aux familles) et les sas d'hospitalité, espaces-relais

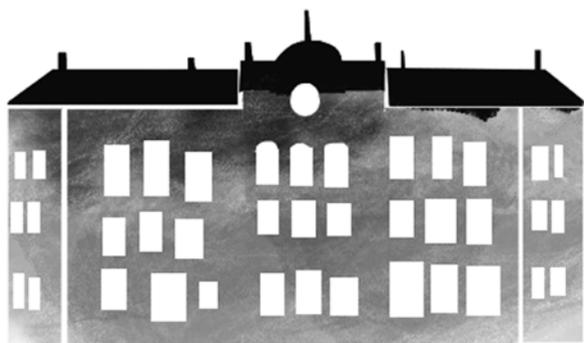
d'attente diffusés dans les recoins du service en complément de la salle d'attente. Ceux-ci vont être expérimentés échelle 1 pendant plusieurs mois avec la complicité des professionnels et des familles. L'objectif est de pouvoir pérenniser le principe à travers la mise en place d'un cadre de type « label qualité accompagnants ».

—

illustrations : Benjamin Salabay







PROJET INVITÉ

**L'hôpital**  
**comme milieu**

l'hospitalité  
et/en ses espaces

**Céline Barrère**

docteure en urbanisme et maître  
de conférence en sociologie et  
anthropologie, codirectrice du LACTH

**Catherine Grout**

professeure d'esthétique HDR,  
chercheuse au LACTH

**S**elon la formule de la sociologue Anne Gotman, l'hospitalité est « l'espace fait à l'autre, un autre concret lui aussi », c'est ainsi une « relation spatialisée à autrui [1] ». Elle désigne donc conjointement une relation interpersonnelle, un rapport social et des dispositifs matériels. De l'ordre de la relation toujours située, elle s'attache à des espaces et/ ou à des situations. [...] Depuis plusieurs années, la notion d'hospitalité fait l'objet d'une effervescence éditoriale, dans un contexte de remise en question des institutions de protection sociale et de limites des dispositifs de solidarité [2] mettant l'accent sur sa dimension politique et sur les états du rapport à l'autre [3], mais négligeant quelque peu la question spatiale et ses enjeux architecturaux, paysagers et urbains, ce à quoi ce numéro cherche à remédier.

La notion d'hospitalité est une notion complexe et paradoxale. Historiquement, elle est l'« espace de l'autre », fondée sur la conceptualisation du rapport au différent, partant ce qui permet « de se faire société [4] ». En effet, à travers l'hospitalité, c'est l'homme qui se pense dans un double rapport à soi et à l'altérité, ainsi que le montrait le philosophe René Schérer dans Zeus hospitalier, pour qui l'hospitalité s'assimile à un « processus d'humanisation [5] ». Toutefois, le terme recèle une ambiguïté fondamentale contenue dans son étymologie même, dans laquelle la figure de l'hôte prend des visages différents : **hospes** désignant le fait de recevoir pour celui qui accueille (le socle même de l'hôpital), **hostis** celui qui est accueilli, mais également racine du mot hospitalité [6]. L'autre accueilli peut ainsi se révéler une menace, être porteur d'un danger. L'hospitalité n'est donc ni univoque ni évidente, à tel point que Jacques Derrida parlera d'hos(ti)pitalité, afin de souligner qu'elle « porte comme sa propre contradiction incorporée en (elle)- même, [et que ce] mot latin [...] se laisse parasiter

par son contraire [7] ». Durablement, l'hospitalité s'envisage sous un régime dual, recoupant des séries d'oppositions irrésolues. L'hospitalité serait ainsi prise entre la vertu (supposée infinie et inconditionnelle) et l'action publique, forme administrée de l'accueil (forcément limitée, conditionnelle et conditionnée), recouvrant la dichotomie éthique/politique au sens de Jacques Derrida [8]. L'une ou l'autre, l'une et l'autre, sont faites de conventions, de codes culturels et de règles contractuelles. Néanmoins, elles reposent toutes deux sur un pacte apparemment simple entre hôtes (hôtant et hôte), un pacte fait de réciprocité et d'asymétrie, l'un accueillant et l'autre ayant besoin d'être accueilli. Par des effets de basculement et de passage de l'un dans l'autre, l'ambivalence de l'hospitalité, ou sa fragilité, met en tension toutes les relations. L'hospitalité ne serait pas ou plus un donné d'emblée, mais une épreuve « au lieu de passage entre la loi générale et des situations singulières [9] ».

La question centrale [...] est de comprendre en quoi et comment l'espace et l'architecture jouent sur le sens, l'asymétrie de cette relation. En effet, « l'espace fait à l'autre » implique de manière implicite un espace intermédiaire qui n'est ni le mien ni celui de l'autre, et s'il y a un espace fait à l'autre, c'est pour qu'il trouve sa place en tant que sujet et avec moi. L'espace fait à l'autre est ici à considérer au propre comme au figuré. Émerge alors une question corollaire : l'hospitalité est-elle, comme invite à l'envisager l'architecte Cyrille Simonnet, une « mise à l'épreuve de l'objet architectural [10] » ? Interroger l'espace en soi et les espaces de l'hospitalité révèle « un jeu sur les places et sur les positions [11] » qui permet de mesurer en quoi et comment les agencements et dispositifs spatiaux visant à accueillir sont conçus sur un paradoxe : donner une juste place tout en tenant à distance. Que veut dire prendre place ? Avoir une (sa) place ? Où ? Comment ? Et pour combien de temps ?

Afin d'y répondre, nous nous attachons plus particulièrement aux lieux de soin, depuis l'hôpital jusqu'au domicile, les lieux de soin étant entendus au double de sens de « cure » (l'action de soigner) et de « **care** » (le prendre soin) [12]. L'hôpital y apparaît comme une figure centrale – en tant qu'architecture(s), qu'institution globale (totale pour reprendre l'expression de Erving Goffman), que regroupement de services – mais non exclusive. En effet, rompant avec les modèles architecturaux historiques en pavillons ou bâtiments verticaux, l'architecture hospitalière a considérablement évolué ces quarante dernières années autour de la conception d'hôpitaux plus ouverts – selon un système de « rue hospitalière », tel que proposé à l'hôpital Robert-Debré (1980-1988) par Pierre Riboulet et repris dans le « village de la santé » de Renzo Piano (2000), ou encore selon un système en nappes, à l'image de l'hôpital d'Orléans de l'agence Groupe-6 inauguré en 2015. L'hôpital tend à s'inscrire matériellement dans un réseau plus large en tant que lieu de vie et dans un espace public de proximité. De même, l'évolution constante des soins alliant technicité et efficacité modifie le fonctionnement hospitalier. Elle favorise les courts séjours et l'ambulatoire, augmente les fréquences d'entrées et de sorties, intensifie les circulations à l'intérieur, aux abords des hôpitaux et au domicile. Cette circulation accrue entre hôpital, domicile et ville implique de mettre en perspective les modèles d'hospitalité, principalement le chez-soi comme horizon de pensée de l'hospitalité, le processus de domestication ou encore le recours au registre et aux formes de l'hôtellerie. Le défi de l'hospitalité est-il de créer des chez-soi ou d'offrir les conditions d'un « comme chez soi » à celui ou celle qui reste étranger tout en étant « hospité » selon l'expression de la philosophe Barbara Cassin [13] ?

L'hospitalité et ses espaces, en ses espaces s'établirait comme la condition de sujet, entendu comme sujet vivant non objectif – tant pour celui qui accueille que pour celui qui est accueilli – non

par la définition du soi, mais par la reconnaissance de l'altérité, de la place (commune) qui lui est ménagée et du degré d'autonomie possible. Elle pose avant tout la question de la présence et du « y être » autour de la dialectique de ce qui rassemble et ce qui sépare. En effet, la thématique de l'hospitalité renvoie à des notions connexes – fragilité, vulnérabilité, réversibilité, tolérance, souffrance, attente – qui toutes traduisent un caractère non permanent et instable de l'hospitalité pouvant être renégociée, limitée ou refusée, en somme elle est plutôt affaire de transformation et d'ajustement. En ce sens, nous nous demandons comment l'architecture et les espaces modifient la considération de l'hospitalité et quelle spatialisation concernerait l'hospitalité elle-même ainsi que l'hospitalité « régulée par les conditions préexistantes d'une puissance accueillante [14] ».

Si l'hospitalité est, comme nous l'avons repris, une « mise à l'épreuve de l'objet architectural<sup>16</sup> », cette épreuve concerne des éléments matériels – par exemple la fenêtre permettant de voir au dehors quand on est alité, les circulations, les volumes, les plafonds, la résonance sonore, le confort thermique ou encore la relation au vivant avec la présence de jardins ou de plantes – comme des éléments immatériels – les intentions de projets y compris politiques, une manière de se penser dans le monde et avec autrui. Un des éléments fondamentaux concerne la considération du partage des espaces pour des usages, des pratiques et des moments communs ou différenciés en lien avec une manière d'être, d'y être avec soi-même et avec autrui. Pour Henri Maldiney, « l'architecte, l'urbaniste, l'ingénieur sont les responsables (du moins les plus visibles) des structures spatiales de notre environnement, par le relais desquelles nous communiquons avec les êtres, les choses et nous-mêmes dans un monde. En chiffrant l'espace, ils engagent l'homme dans un rythme ou le vouent à une arythmie ». Ainsi, pour le phénoménologue, nous « nous mouvons dans un espace

de présence [16] ». Il s'agit bien, dès lors, de considérer les structures spatiales dédiées aux soins comme ce qui pourrait préfigurer, voire même « configurer [des] gestes, [...] [des] actes [17] » ainsi que des modes de relations hospitaliers. Comment peuvent-elles être dessinées et réalisées pour accompagner les soins [18], pour que toutes les personnes, où qu'elles soient situées dans la relation d'hospitalité, puissent se sentir bien, être reliées à un horizon, pour qu'elles puissent se retrouver, s'isoler, se blottir, se mouvoir sans entrave, respirer et rencontrer autrui : en définitive pour que la « relation spatialisée avec autrui » soit possible ?

### ***L'hôpital comme milieu : soin, tensions, présence***

Nous avons commencé à traiter ces questions dans le cadre d'un travail de recherche au sein du LACTH, intitulé « L'hôpital comme milieu [19] ». Engagée en 2012 avec la Délégation aux affaires culturelles du CHU de Lille [20], cette recherche s'est poursuivie avec l'Espace éthique hospitalier et universitaire [21] et se développe à présent également avec l'Établissement public de Santé mentale de l'agglomération lilloise [22]. Nous remercions chaleureusement ici toutes les personnes avec lesquelles nous avons échangé lors des séances de séminaire et de leur préparation [23]. Celles-ci nous ont permis de mieux cerner les enjeux de l'hospitalité et de la grande vulnérabilité à l'épreuve du quotidien, à partir d'un recueil d'expériences situées et de questionnements sur la spatialité et les spatialisations.

Depuis le début, nous abordons l'hôpital en tant que milieu, c'est-à-dire à la fois depuis et avec les personnes – professionnels de santé, bénévoles, personnes en soin, familles ou accompagnants, mais aussi voisinages et vis-à-vis – et comme un milieu de vie, de travail et de soin. Notre approche concerne en même temps

l'espace, la qualité de vie, les modes d'être, les diverses situations et temporalités. Elle vise à identifier des espaces, des seuils, des scènes et, par-là même, à questionner l'expérience et la conception des lieux associés à l'hôpital. Ainsi, à partir de celui-ci ou du domicile comme milieu, nous souhaitons privilégier une considération de la pluralité des personnes et des situations, et ce, sans opposer le monde du travail et celui des malades ou bien la famille et les soignants. Parallèlement, nous partons du postulat que toute conception et réalisation spatiale, qu'elle soit architecturale, urbaine, paysagère ou artistique, accompagne, d'une manière ou d'une autre, directement ou par résonance, l'expérience des personnes qui y vivent, s'y retrouvent, y travaillent, y séjournent ou y sont parfois amenées par les événements.

C'est pourquoi [...] nous avons souhaité mettre l'accent sur trois dimensions. Tout d'abord, le soin, mission même de l'hôpital, qui fait écho à des actions telles que soigner, rétablir l'équilibre d'un corps et d'un esprit, ou bien à des postures professionnelles et à des prises de position comme l'attention à l'autre inscrite dans les projets et chartes propres à chaque établissement hospitalier. Ensuite, les tensions exprimant les vulnérabilités et les rapports de pouvoir engagés dans toute situation hospitalière – le « recevoir/être reçu » à l'hôpital tout autant qu'ailleurs –, les logiques parfois contraires. Enfin, la présence au singulier, renvoyant à la fois à un « espace de présence » au sens de Henri Maldiney et aux modes de présence des êtres et des choses. Présence et/ou absence (à soi et au monde, et/ou, pour soi, des autres, des choses ou de l'espace) apportent leur qualité aux relations à partir d'intensités. Elles sont ou non des appuis. Elles sollicitent (pôle attrait/répulsion) et sont indissociables d'un état tonique [24] et d'une temporalité associant présent, passé et devenir.

Texte extrait de l'introduction des Cahiers  
thématiques N°18 du LACTH, **Hospitalité(s).**  
**Espace(s) de soin, de tension et de présence,**  
2017

[1] Anne Gotman, Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le Lien social, 2001, p. 47 et 171.

[2] Le lecteur pourra se reporter, entre autres, aux travaux de Michel Agier (dir.), Un monde de camps, Paris, La Découverte, 2014 ; Olivier Favier, Chroniques d'exil et d'hospitalité. Vie de migrants, ici et ailleurs, Neuvy-en-Champagne, Le passager clandestin, 2016 ; Smaïn Laacher, Le peuple des clandestins, Paris, Calmann-Lévy, 2007 ; ou encore Sophie Djigo, Les Migrants de Calais. Enquête sur la vie en transit, Marseille, Agone, coll. Contre-feux, 2016.

[3] Didier Fassin, Alain Morice, Catherine Quiminal (dir.), Les lois de l'hospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers, Paris, La Découverte, 1997.

[4] Anne Gotman, « La question de l'hospitalité aujourd'hui », dans Communications, op. cit., p. 5.

[5] René Schérer, Zeus hospitalier. Éloge de l'hospitalité, Paris, Armand Colin, 1993.

[6] Alain Montandon, Le Livre de l'hospitalité. Accueil de l'étranger dans l'histoire et les cultures, Paris, Bayard, 2004, p. 16.

[7] Jacques Derrida, « Hostipitalité », Cogito, no 85, 1999, p. 18.

[8] Jacques Derrida, De l'hospitalité (avec Anne Dufourmantelle), Paris, Calmann-Lévy, 1997.

[9] Anne Gotman, « La question de l'hospitalité aujourd'hui », op. cit., p. 5-19.

[10] Cyrille Simonnet, « Hospitalité », Faces, hiver 2004-2005, numéro portant sur l'hospitalité, p. 3.

[11] Anne Gotman, « La question de l'hospitalité aujourd'hui », op. cit., p. 5-19.

[12] Joan Tronto, Un monde vulnérable. Pour une politique du care, Paris, La Découverte, 2009 ; Patricia Paperman et Sandra Laugier, Le souci des autres, Paris, éd. EHESS, 2008 ; ou encore Frédéric Worms, Le moment du soin, Paris, PUF, 2010.

[13] Barbara Cassin, *La Nostalgie. Quand donc est-on chez soi ?*, Paris, Autrement, 2013, p. 11-16.

[14] François Raffoul, « Derrida et l'éthique de l'impossible », *Revue de métaphysique et de morale*, 2007/1, no 53, p. 86.

[15] Cyrille Simonnet, « Hospitalité », op. cit., p. 3.

[16] Henri Maldiney, « La Fondation Maeght à Saint-Paul-de-Vence » [1964], publié dans *Cahier de pensée et d'histoires de l'architecture*, École d'architecture de Grenoble, no 4, février 1985, p. 54-55, souligné par l'auteur.

[17] Ibid.

[18] À l'image de ce que peuvent être les Maggie's Centres au Royaume-Uni (1995), cet « à-côté » de l'hôpital initié par l'architecte Charles Jencks et sa femme. L'architecture y est pensée comme soignante, complément de la thérapeutique, offrant un environnement de soin et de ressources spécifiques.

[19] Les membres de l'équipe sont et furent : C. Grout (dir.), C. Barrère (dir.), S. Salles (EVCAU ENSAPVS), S. Ehrmann (LACTH ENSAPL), S. Bridoux-Michel (LACTH ENSAPL), D. Severo (EVCAU – ENSAPVS), P. Lebrun, C. Félix-Fromentin (LACTH), I. Estienne (LACTH ENSAPL), L. Bendahmane (LACTH ENSAPL).

[20] Plus particulièrement Michèle Dard et Karine Fraysse (déléguées aux affaires culturelles).

[21] S. Vandoolaeghe (coordinatrice adjointe EEHU) et M. Lemenu (assistante).

[22] Plus particulièrement, le Dr Ch. Müller (président de la Commission médicale d'établissement) et M. Piontek (responsable de la Communication et de la Culture).

[23] Les intervenants aux séminaires coorganisés avec EEHU et aux séances préparatoires : Dr D. Dreuil, Dr V. Brunaud- Danel, Dr B. Nelken, Dr P. Hum, Dr B. Weil, Dr F. Moreau, B. Delache, H. François, E. Gustakiak, B. Meurin, B. Barbet, V. Marlier, V. Muselet et C.-A. Maurage. Pour plus d'informations, nous renvoyons au carnet de recherche : [https:// hocomi.hypotheses.org](https://hocomi.hypotheses.org).

[24] « Le dialogue avec le monde, avec les proches, est fait d'engagement tonique, de modulation dans la tension, d'orientations posturales, d'ouvertures et fermetures, d'aller- vers, de retraits, avec des nuances d'intensité » écrit Benoît Lesage. « Le corps en place et la place du corps dans la relation avec la personne polyhandicapée », dans *Les Cahiers de l'Actif*, juin 2005, no 348-349, p. 67.



PROJET INVITÉ

## **Hospitalité ?**

Retour sur les espaces  
vécus au quotidien d'un  
service de psychiatrie

**Catherine Boiteux**

psychiatre, cheffe de service

**Laëtitia Thomas**

cadre supérieure de santé

Hôpital d'Avron, Paris 20<sup>ème</sup>  
arrondissement, secteur 75G28

**L'**architecture de la psychiatrie est le fruit de l'accumulation historique et contemporaine de différentes théories et pratiques de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. Elle accueille également différents types de « patients ». Les patients sont, depuis les années 60, issus d'une même zone géodémographique : l'hôpital est au centre de contextes socio-économiques spécifiques, avec beaucoup de patients précaires et stigmatisés.

### ***Un environnement fermé qui doit être supportable***

L'architecture de Saint-Anne, conçue par Charles Auguste Questel est créée pour 600 aliénés, et comporte deux divisions : femmes et hommes. Chaque division est séparée en 6 pavillons de 50 malades. Les patients y sont « classés » après avoir été évalués aux admissions.

En psychiatrie, à l'inverse de la médecine somatique, le patient est plus souvent debout que couché. Il est important de lui donner l'espace de déambuler : à Sainte-Anne des galeries relient entre eux les pavillons, et des jardins en ouvrent l'enceinte.

### ***L'hôpital d'Avron, une construction divisée par la politique de secteurs***

Le bâtiment est le résultat d'un transfert de 3 pôles de psychiatrie dans une seule et même structure. En 2004, les pôles 27 et 29 déménagent de l'EPS Maison Blanche de Neuilly-sur-Marne pour le site d'Avron. Un étage est alloué par secteur, et chacun est divisé en 2 unités. 2005 : le pôle 28 rejoint le site d'Avron. Il

est alors nécessaire de construire un bâtiment spécifique sur le terrain disponible restant. Le pôle 28, dont l'architecture est différente, accueille 3 unités d'hospitalisation. Sans concertation avec les soignants, le projet architectural du site contraint aujourd'hui beaucoup la pratique.

Les unités d'hospitalisation de chaque secteur construisent leur projet de soin et leur projet médical en lien avec leur vision du parcours patient. Ce morcellement pose des difficultés d'organisation aggravées par certaines aberrations architecturales : aucun bureau médical, ni bureau de cadre prévus sur les 3 étages. Il a fallu transformer des chambres d'accueil en bureau sur tous les étages ; aucun lieu de restauration prévu pour l'unité fermée du pôle 28 ; point positif : les unités sont à taille humaine : leur petite capacité d'accueil limite les possibilités d'errance des patients et l'impression de surpopulation.

Face à des contraintes architecturales fortes, l'équipe soignante détourne, utilise des expédients, déploie son inventivité. L'enjeu est de donner un support pérenne aux usages et initiatives des patients, qui s'en sentent valorisés et reconnaissants.

### **Cas n°1 : improvisation d'un réfectoire dans l'unité fermée**

Lors de l'installation de l'unité, une chambre double a été transformée en salle d'activités. Celle-ci remplit la fonction de salle de télévision, salle à manger pour les patients et salle de repos et de réunion pour l'équipe. L'espace était très sombre car éclairé par des luminaires de chambre (des veilleuses). Au moment du repas, l'ambiance était triste et presque sordide pour cette unité fermée, dont la perspective sur l'extérieur était une vue sur les dealers de la rue d'en face.

Les travaux nécessaires à l'installation d'un éclairage décent, bien que minimes, ont pris du temps. Toutefois, lorsque le remplacement des veilleuses par une dalle imitant la lumière du jour a été effectué, l'atmosphère s'est grandement améliorée. Les soignants et les patients en font des retours très positifs.

Ils investissent davantage les lieux, et envisagent de monter une bibliothèque et de permettre le libre accès aux jeux de société.

La fonction « d'espace de vie » est ainsi plus réelle avec la lumière naturelle, qui est indispensable pour des patients enfermés en phase très aiguë et qui sont souvent très désorganisés. Les patients restent plus longtemps dans la pièce au moment des repas, et les activités, plus accessibles, s'y développent.

### ***Cas pratique n°2 : un espace convivial devant les ascenseurs***

En l'absence d'espace commun au niveau des étages, les patients se regroupent spontanément sur le palier à la sortie des ascenseurs. L'équipe a installé des fauteuils et cela est devenu un espace de convivialité, permettant aux familles et patients de s'y installer.

### ***Cas pratique n°3 : la chambre du patient***

La chambre est un lieu privilégié d'interaction entre l'infirmier et le patient. Dans ce sens, elle est un lieu d'observation clinique autant qu'un bureau. S'asseoir sur le lit du patient, sans intrusion ni familiarité, peut encourager le lien et rassurer le patient. Toutefois, éloigner cet « espace de conversation » du lit, qui est

déjà le lieu de soins physiques et d'une attention particulière sur le plan de l'hygiène, permettrait aussi de répondre au malaise de jeunes médecins qui ne partagent pas cette pratique.

La question de mettre des poufs ou des banquettes pour créer un espace dédié à la rencontre au sein de la chambre se pose, mais se confronte aux normes d'hygiène et à l'encombrement maximal à respecter.

### **Cas pratique n°4 : les bureaux médicaux, d'anciennes chambres reconverties**

Les médecins reçoivent les patients dans leur bureau. Cet espace est dédié à l'entretien et à l'examen cliniques psychiatriques : il doit donc être vecteur de confiance et permettre la confidentialité.

Ce sont des espaces sombres, éclairés par des veilleuses de lits, disposant de toilettes et d'une douche qui troublent l'identité de l'espace. Pourtant, l'identification claire du lieu est un message fort à donner au patient pour la réception du soin qui lui est fait.

Ce travail de repères anime en ce moment les équipes d'Avron : il est par exemple question de distinguer les lieux professionnels des chambres par une couleur différente sur chaque porte. Le travail en cours vise également à pourvoir l'ensemble du service d'un éclairage plus naturel, de repenser l'aménagement des bureaux qui sont exigus et étouffants, pour un mobilier médical identifiable.

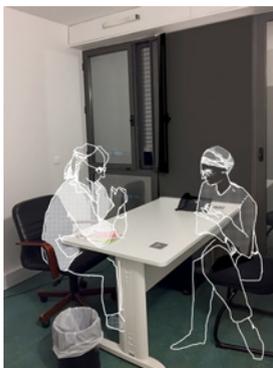
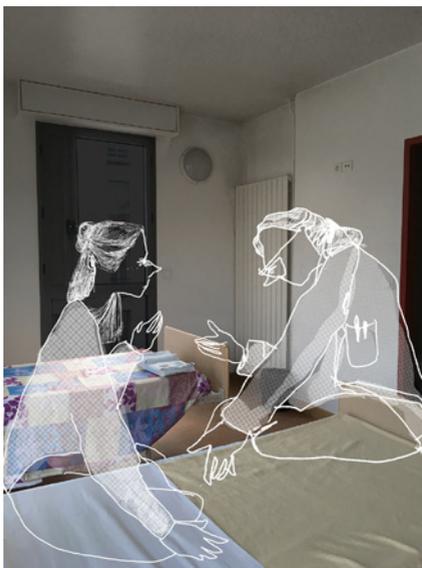
**Comment rendre un lieu plus hospitalier sans inviter à la chronicité ?**

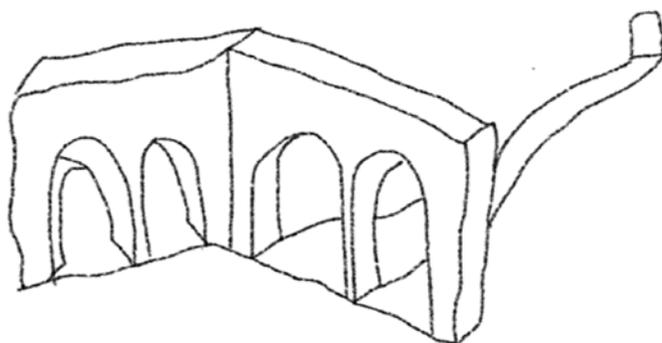
Il est parfois difficile d'éviter la sensation « de famille » que procure l'attention des soignants à des patients très isolés, qui sont souvent en situation de précarité. Même s'il n'a pas vocation à faire office d'espace domestique, l'hôpital se trouve parfois offrir des conditions de vie meilleures que celles permises par leur propre habitation.

La notion « d'asile » est ainsi à mettre en perspective avec sa double connotation : la noblesse de la protection et l'aspect mortifère de l'isolement. L'effet miroir dans les troubles psychiatriques est important : le degré d'hospitalité que l'on peut témoigner aux patients a une influence sur leur capacité à se sentir dignes. Cela fait partie intégrante du fait de « prendre soin ». Proposer aux patients ce miroir de l'attention de soi passe par des gestes quotidiens dont il faut établir aussi la rigueur : faire son lit, se laver, ranger son espace. C'est une manière de les accompagner à reproduire ce modèle chez eux, à préparer leur sortie de la meilleure manière possible.

—

illustrations : Jeanne Chiche





FIN DE SÉANCE

# Synthèse des échanges

Pour un manifeste de l'hospitalité

Débat animé par Michèle Dard, responsable du développement et du suivi administratif de l'EnaMoMa à l'Université PSL (école nationale de mode et matière) et synthétisé par Carine Delanoë-Vieux

# M

ichèle Dard, discutante du séminaire a souligné l'intérêt du « témoignage de résistance » de l'équipe d'Avron. Elle a également relevé l'importance du positionnement politique en faveur de l'expérience patient pour le futur bâtiment de Neuro Sainte-Anne. Elle a ensuite initié les échanges par un constat qualifié de « troublant » justifié par la persistance des résistances institutionnelles aux démarches de renouvellement de la conception des formes et des espaces à l'hôpital. Pourquoi l'hospitalité reste-t-elle si difficile à intégrer dans les stratégies et les fonctionnements de l'hôpital ? S'agit-il d'un problème de compétences ? De représentations ? De cultures ? Pourquoi tant de résistances alors que l'hospitalité est ce qui nous lie, qu'elle est au cœur de l'hôpital ? Est-ce qu'il y a eu des moments dans l'histoire où l'hospitalité était plus vivace ? Elle fait part de son inquiétude de voir le corps hospitalier se résigner à travailler dans des locaux « impossibles ».

Face à ce constat, Michèle Dard nous invite *in fine* à rédiger un manifeste de l'hospitalité.

### ***En psychiatrie : une hospitalité à réinvestir pour les soignants***

Les participants ont témoigné de la dégradation de la motivation des professionnels comme une difficulté plus aiguë encore que la dégradation des lieux, même si les deux dimensions sont peut-être à penser ensemble. Les professionnels n'ont plus la capacité de passer outre les murs dégradés. D'ailleurs, le nombre de soignants qui démissionnent est inquiétant. A titre d'exemple, un de ces professionnels a invoqué comme cause, entre autres,

avoir été requis dans les entretiens cliniques « en cas de problème de comportement du patient », constatant ainsi l'écrasement soudain du sens de son métier de soin sous la fonction sécuritaire.

Par ailleurs, ils sont soumis à une protocolisation généralisée qui amenuise leur marge d'initiative. Les professionnels médico-soignants affirment vivre dans des injonctions paradoxales, notamment dans le cadre de la qualité des soins où ils se trouvent mobilisés pour « remplir les cases ». Par exemple, la qualité a élaboré un strict protocole de soins pour la mise en chambre d'isolement. Mais soudain, la Loi dit que ce n'est pas un soin. Dans ce cas, peut-on mettre en œuvre un protocole de soins pour un acte qui n'en est pas un ? Lorsque la qualité n'est pas habitée par une réflexion, alors l'humanité se perd.

En somme, ce qui n'est plus accueilli c'est la contribution du soignant, même à son propre métier. La première hospitalité à réintroduire à l'hôpital c'est celle de l'intelligence des soignants. L'institution doit repenser l'ouverture à l'hospitalité du soignant car celle-ci est une condition à l'hospitalité qui peut être faite aux usagers.

Concernant l'hôpital d'Avron, la question est posée de savoir si les difficultés rencontrées pour l'aménagement, l'équipement et la maintenance du bâtiment ne seraient pas à mettre en corrélation avec une forme d'abandon et de relégation sociale des quartiers pauvres. Malgré ces difficultés, on assiste à des comportements solidaires de la part des équipes dans la prise en charge des patients. A cet égard, le dernier numéro de la revue Mauss consacré à l'hospitalité, « Le don d'hospitalité. Quand recevoir, c'est donner », publie une étude qui montre que les gens les plus pauvres sont les plus hospitaliers.

Par ailleurs, une des spécificités de la psychiatrie réside dans la pratique de l'unité fermée et des chambres d'isolement. Quelle hospitalité reste possible dans un espace fermé ? Cette question renvoie à la dialectique entre enfermement et contenant soulevée par les intervenantes d'Avron.

La question de l'espace et de l'habiter concerne également en psychiatrie le domicile des patients.

### ***L'hospitalité : changement de paradigme dans la conception d'espaces***

Les modèles sont en train de se transformer. La question de la verticalité et de l'horizontalité dans les rapports sociaux est entièrement revisitée. Les concepteurs, architectes, artistes ou designers, ne sont que des passeurs car ce sont les gens du lieu qui peuvent porter et concevoir l'hospitalité. Parler d'hospitalité c'est parler de processus plutôt que d'artefacts. Ce qui est important c'est la mise en action de l'hospitalité. On a tort d'associer la qualité des lieux avec son degré d'hospitalité.

Car les gens doivent voir, éprouver et proposer pour se sentir partie-prenante et responsables de cette hospitalité. Le rôle des artistes et designers est d'ouvrir des portes, de donner la possibilité aux gens d'aller plus loin. Il est indispensable de passer par eux, de respecter leur capacité d'agir.

Pourrait-t-on réfléchir à des formations pour que les professionnels et les usagers s'émancipent dans leur capacité à mettre en mouvement l'hospitalité ? Que les gens se sentent acteurs de leur vie. Le milieu hospitalier a ses propres compétences d'ingénierie. Mais le modèle qui consiste à imposer des objets

et des espaces a changé. C'est dans le rapport de l'entre et du lien que l'on peut faire société. Concevoir des espaces porteurs d'hospitalité c'est être capable d'éprouver ce que l'autre vit pour agir. A cet égard, le lab-ah est sur un terrain partagé avec les soignants, centré sur le patient.



**lab-ah**

*laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité  
du GHU Paris psychiatrie & neurosciences*

**contact**

Site Sainte-Anne  
1 rue Cabanis, 75014 Paris  
lab-ah@ghu-paris.fr



illustrations : Jeanne Chiche

