



HAL
open science

Art et design : instauration artistique, entre hostilité et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde

Carine Delanoë-Vieux

► To cite this version:

Carine Delanoë-Vieux. Art et design : instauration artistique, entre hostilité et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde. Art et histoire de l'art. Université de Strasbourg, 2022. Français. NNT : 2022STRAC018 . tel-04047309

HAL Id: tel-04047309

<https://theses.hal.science/tel-04047309>

Submitted on 27 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE DES HUMANITÉS

**ACCRA – APPROCHES CONTEMPORAINES DE LA CRÉATION ET DE LA RÉFLEXION ARTISTIQUES
UR 3402**

THÈSE présentée par :

CARINE DELANOË-VIEUX

soutenue le : **05 DÉCEMBRE 2022**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline/Spécialité : DESIGN

Art et design : instauration artistique, entre
hostilité et hospitalité des lieux de soins et
habitabilité du monde

THÈSE dirigée par :

MONSIEUR PIERRE LITZLER

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS, UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

RAPPORTEURS :

MONSIEUR JEAN-PHILIPPE PIERRON

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS, UNIVERSITÉ DE DIJON

MONSIEUR ALAIN EHRENBURG

DIRECTEUR DE RECHERCHE ÉMÉRITE, CNRS

AUTRES MEMBRES DU JURY :

MONSIEUR RUEDI BAUR

DESIGNER

MADAME CATHERINE CHOMARAT-RUIZ

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS, UNIVERSITÉ DE PARIS 1
PANTHÉON SORBONNE

MADAME MARINE ROYER

MAÎTRESSE DE CONFÉRENCES, UNIVERSITÉ DE NÎMES

MADAME PERRINE MALZAC

PRATICIENNE HOSPITALIER, FACULTÉ DE MÉDECINE AIX-
MARSEILLE-UNIVERSITÉ

Art et design : instauration artistique, entre hostilité et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde.

Carine Delanoë-Vieux

Thèse dirigée par Pierre Litzler, Université de Strasbourg

Résumé

Cette thèse, dans une perspective réflexive et un appareillage théorique approfondi se fonde sur 20 ans d'expériences de direction de projets artistiques et de design à l'hôpital. En cela, elle tresse un trajet biographique et un trajet épistémologique. Notre point d'entrée est celui de la poïétique, c'est-à-dire l'étude des conduites créatrices des œuvres, en l'occurrence sur une sélection de projets issus de notre parcours. En adoptant l'hospitalité comme concept philosophique d'espoir, nous interrogeons la puissance d'instauration de l'art et du design dans le mouvement continu de redéfinition d'une institution soumise à l'effritement de son programme institutionnel historique et aux conditions normatives du *new public management*. L'hôpital incarne de tout temps cette ambivalence du terme : hostilité et hospitalité. Nous ne prétendons pas dans ce travail décliner les bonnes pratiques contributives à l'hospitalité dans les lieux de soins mais nous aspirons à saisir ce qui se joue dans cette dialectique et comment la création devient une puissance d'instauration de l'hospitalité elle-même.

Mots-clés

création, instauration, hôpital, hospitalité, poïétique, art, design

Art and design: Installing an artistic presence, situated between the hostility and hospitality of healing environments and the world's habitability.

Carine Delanoë-Vieux

Thesis supervised by Pierre Litzler, Université de Strasbourg

Abstract

This thesis is the fruit of 20 years of experience directing artistic and design projects in a hospital environment employing reflexive thinking within a deep theoretical context. Using this method, a trajectory both biographical and epistemological is followed. Our point of entry is the use of poetics, that is, following the pathways taken to create artistic works, in this case a selection of projects issuing from the artists' own journey. By using « hospitality » as a philosophical concept representing hope, we interrogate the power of art and design in a continuous quest to redefine how an institution can function given the pressures imposed by the now normalized conditions imposed by public management. The hospital has always represented the ambivalence of the terms: hostility and hospitality. In this endeavor, we do not refute the positive side of hospitality in these healing environments but intend to reveal what takes place within this dialectic and how creation can be a powerful force for establishing a condition of real hospitality.

Key words

art, artistic establishment, hospital, hospitality, poïesis, design

Art et design : instauration artistique, entre hostilité et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde

Carine Delanoë-Vieux

**Thèse dirigée par Pierre Litzler,
Université de Strasbourg**

*À mon père,
disparu à la mi-temps de ce travail ;
il avait consacré sa carrière à la cause de l'hôpital public.*

*Si l'écho de votre cœur couvre les bruits du monde
Si vous mourrez avec le dernier soupir de la nuit
Si autrui reste pour vous une énigme inquiétante
Si vous vous êtes trompé d'époque, de monde, d'espèce
Si chaque matin vous êtes étonné d'exister
Si l'amour vous jette dans la noirceur des abîmes
Si vous tremblez chaque instant de l'audace de vivre
Si vous n'êtes pas dans les temps, au mauvais endroit
Si votre cœur exténué ne peut plus aimer
Si vous vous êtes résolu à la solitude
Si vous chutez sans apercevoir de main tendue
Si vous êtes honteux de la méchanceté des autres
Si des cris résonnent dans le désert de votre tête
Si vous ne distinguez plus le rêve de la réalité
Si vous gardez le secret de vos souffrances
Si vos visions étranges enrichissent nos vies
Si vos fragilités vous parent en reines et en rois
Si vous êtes sensibles, émus, décalés, déplacés, doux, modestes,
attristés, occupés, déchirés, aimants, tremblants, enlarmés,
endeuillés, mal-aimés, abandonnés, humains plus qu'humains,
... alors ce modeste travail sur l'hospitalité vous est dédié.*

Table des matières

Prologue – p.8

Introduction – p.10

Chapitre 1.

Herméneutique d'une expérience, à la recherche de l'hospitalité – p.16

1. Instauration artistique de l'hospitalité à l'hôpital public – p.16

2. Comprendre l'Instauration artistique au prisme d'une trajectoire biographique – p.19

La mission du *drogman*, traduction entre art et santé – p.22

La thèse, une anamnèse – p.24

3. Une poïétique de l'art et du design à l'hôpital – p.25

Une interrogation mutuelle entre art et hôpital – p.26

De l'art au design : nouvelle appréhension de l'usage et de l'utilisateur à l'hôpital – p.28

4. Hospitalité et habitabilité, enjeux de l'instauration artistique à l'hôpital – p.31

Le déclin institutionnel, terreau du programme culturel à l'hôpital – p.31

Quand l'hôpital public se construit entre hostilité et hospitalité – p.35

Habiter le monde, enjeu du design – p.38

5. Écrire l'hospitalité : une in-discipline – p.40

De l'hospitalité – p.40

Art, design et culture : un périmètre d'in-discipline – p.44

6. Les motifs d'une poétique hospitalière – p.50

Le motif réflexif – p.50

Le motif relationnel – p.51

Le motif esthétique – p.52

Le motif de la novation – p.53

7. Études poïétiques et recherche-projet : explorer la création in situ – p.54

L'étude de cas : les cahiers poïétiques – p.55

La recherche-projet en design – p.61

Chapitre 2.

Étude poïétique de l'instauration artistique à l'hôpital – p.63

1. Les conditions historiques de l'instauration artistique à l'hôpital – p.66

Le substrat intemporel de l'instauration artistique hospitalière – p.66

Perspectives historiques de l'instauration artistique hospitalière – p.68

L'hôpital contemporain, crises et accélération des réformes – p.83

2. Fragments sémiologiques et anthropologiques, mythes et figurations – p.87

L'hôpital, scène anthropologique par excellence – p.87

La figuration ontologique, une manière de lire l'instauration artistique – p.90

Une hospitalité de la transcendance : figuration animiste – p.91

Une hospitalité de l'immanence : figuration naturaliste – p.92

Une hospitalité mythologique : figuration totémique – p.93

L'hospitalité par la médiation : figuration analogique – p.96

3. Les politiques publiques entre culture et santé – p.98

Culture et Santé, une politique publique officialisée en 1999 – p.100

La convention Culture à l'hôpital de 1999 et l'ambivalence de l'État – p.104

Hypothèses et intentions d'instauration de l'art à l'hôpital : l'exemple du programme de la région Rhône-Alpes – p.108

Les enseignements des études évaluatives régionales – p.119

4. Le design alimente-t-il un renouveau de l'instauration artistique à l'hôpital ? – p.127

L'émergence du design à l'hôpital, du care et de l'hospitalité – p.128

Les laboratoires de design de l'hospitalité, expérimentations d'une poétique de l'hôpital en devenir ? – p.132

Chapitre 3.

Conduites créatrices et opérations poïétiques de l'instauration artistique : une épistémologie de l'expérience – p.145

1^e partie – Les cahiers poïétiques – p.145

La Ferme du Vinatier au centre hospitalier Le Vinatier, Lyon - Bron – p.146

Santé e(s)t culture(s) à l'Assistance publique - hôpitaux de Marseille – p.147

Le lab-ah au GHU Paris psychiatrie & neurosciences – p.150

1. Les processus mémoriels comme trames du motif réflexif, les objets privés comme supports d'hospitalité – Cahier poïétique 1 : « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXe siècle » – p.153

2. La puissance performative du symbole comme trame du motif esthétique – Cahier poïétique 2 : « le ciel est par-dessus le toit, si bleu, si calme » – p.211

3. Ménager pour habiter – Cahier poïétique 3 : À la croisée #1, #2, #3 – p.243

4. L'*Einführung* comme trames du motif relationnel – Cahier poïétique 4 : « Un air de famille » – p.274

5. Énonciation et arts de faire : trame du motif relationnel et de novation – Cahier poïétique 5 : « Le patient, l'hôpital et son quartier : construire la résilience des personnes en souffrance psychique » – p.299

6. Toucher soignant, le Moi-Peau comme trame du motif relationnel, la pédagogie comme trame du motif de la novation – Cahier poïétique 6 : « De mon corps à l'autre », *La Fabrique de l'hospitalité* – HUS Strasbourg – p.364

2° partie – **Théoriser l'instauration artistique dans les lieux de soins** – p.386

Organiser les composantes de l'instauration artistique issues des études de cas
– p.387

1. Essai d'un système de qualification de l'instauration artistique – p.389

Les conduites créatrices – p.389

Les opérations poïétiques – p.395

Les modes opératoires – p.399

2. Du design de l'hospitalité au design d'hospitalité – p.401

Chapitre 4.

Instauration artistique de l'hospitalité dans 8m² : une recherche-projet – p.405

1. Transformer une chambre d'isolement en espace d'apaisement : à l'intersection d'un projet de service et d'un projet de recherche en design – p.407

Le projet médico-soignant : apaiser l'ambiance du service – p.407

Vers une recherche par le *faire design* – p.411

2. Synthèse de la revue de littérature exploratoire : preuves des effets d'apaisement et escamotage de la poïétique – p.422

Le périmètre de la revue de littérature – p.422

Controverse autour de l'isolement – p.423

Espace d'apaisement, prévenir le recours à l'isolement ? – p.433

L'isolement subsumé par l'apaisement, mais où est la poïétique ? – p.441

3. Les intentions d'une poïétique de l'espace pour sortir du souffrir – p.443

La violence est-elle soluble dans l'apaisement ? – p.443

Pâtir - agir – p.445

Un cahier d'intentions – p.447

4. Le faire design : de la chambre d'isolement à l'espace d'apaisement – p.450

Petite phénoménologie de la chambre d'isolement – p.450

Récit d'immersion : compréhension, empathie et projection – p.459

Problématisation et médiation : Les Nouvelles – p.485

L'atelier de conception collaborative de l'espace d'apaisement – p.488

5. Processus de conception spatialisée pour l'apaisement en soins intensifs – p.499

Atmosphère et disposition dans l'espace d'apaisement – p.500

Étude des éléments producteurs d'atmosphère – p.502

Le temps – p.507

6. Retour d'expérience du prototype de l'espace d'apaisement – p.510

Les modalités de l'enquête – p.510

Synthèse des enseignements de l'enquête : ambivalence des usages, qualité de l'espace – p.515

Expérience et activation de l'espace – p.531

Conclusion – p.536

Faire, sentir, penser : un design d'hospitalité pour une réinstauration poétique, éthique et politique de l'hôpital public – p.536

Bibliographie – p.543

Travaux personnels pendant la durée de la thèse – p.557

Remerciements – p.559

Prologue

Au 1er jour de mon arrivée à l'hôpital psychiatrique Le Vinatier, dans le silence blanc d'un 2 janvier, j'ai ressenti intensément la nature hétérotopique de ce grand parc. Je ne savais pas encore, à cet instant, que commençait là une aventure professionnelle qui dura plus de 20 ans. C'était en 1997.

C'est dans ce lieu d'extériorité à la cité, dans cet ailleurs de la norme et de l'urbain, que j'ai fait la rencontre la plus violente qui soit avec une figure de l'altérité. Elle continue à distiller la force vitale qui me pousse à vouloir comprendre mais aussi à vouloir agir.

Ma première visite a été pour l'unité dite « autisme de longue évolution ». Autrement dit, des adultes lourdement malades, socialement isolés, dont la plupart vivaient à l'hôpital psychiatrique depuis leur enfance. Une expérience difficile à décrire, difficile à vivre aussi... je me souviens de visages déformés s'écrasant sur la vitre de la porte d'entrée pour mieux voir les visiteurs - les intrus ? La force déployée par les infirmiers pour les en écarter et nous laisser entrer. Les sons gutturaux et inarticulés s'échappant de leurs gorges. Leurs gestes désordonnés. Leur quasi nudité. Les odeurs mêlées de produits désinfectants et de productions scatologiques. Les espaces dénudés, dévastés, où seuls subsistaient quelques armatures de lits en fer. Et surtout, l'impossibilité d'établir la moindre communication, la moindre connivence avec aucun d'entre eux. J'étais secouée. J'étais révoltée par la misère de ces conditions d'hospitalisation. Choquée par l'état de dégradation physique et psychologique de ces patients. Mais en réalité, ce qui a laissé trace, c'est la faille ouverte par cette brève expérience de l'altérité absolue. Une faille sur laquelle je me suis penchée pour y apercevoir les racines du mal : le fascisme, le racisme, le nazisme, l'eugénisme, l'homophobie, ... Toutes les formes de violence faites à l'Autre, fondées sur la dénégation de son humanité. Ce fut un vertige. Une terreur. Une nausée.

C'est donc la peur de ma propre inhumanité, entraperçue à la lumière de cette expérience irréductible, qui me porte aujourd'hui encore à toutes mes actions, à la recherche de l'effectivité de l'ouverture à toutes les figures de l'Autre, à la recherche de l'hospitalité. Car celle-ci est un rempart à la réification des êtres. Celle qui se glisse partout et tout le temps, celle qui dit « la chambre 14 », « l'alcoolique », « le SDF », « le schizo » ... toutes ces appellations qui essentialisent des femmes et des hommes. La réification qui fait le lit de la maltraitance, à l'hôpital comme ailleurs.

Quelques années plus tard, ces mêmes patients ont été pris en charge dans une structure médico-sociale où ils ont reçu des soins adaptés qui les ont à nouveau parés des signes de leur humanité. Un groupe de compositeurs interprètes, « Les mouches voler... », invité par *la Ferme du Vinatier*, a conçu avec eux pendant un an un répertoire de chansons qu'ils ont interprétées en public. Je n'ai jamais eu autant le trac. Les soignants aussi : ils allaient décompenser, ils allaient se ridiculiser, nous les manipulations. Avec l'appui des artistes, nous avons tenu bon. Et ce fut un moment de grâce ! Non seulement, les patients n'avaient pas décompensé mais ils étaient irradiés de bonheur. Le public a applaudi cette performance, sans pitié ni cynisme, avec un réel partage d'émotion et de plaisir. Ils avaient eu accès les uns aux autres. Et les patients sont devenus pour tous Dominique, Christian, Yasmine... Cette magie s'est renouvelée pendant une vingtaine d'années.

Considérant l'art comme puissance créatrice de nos êtres et de nos liens, considérant le design comme ressource pour projeter un monde meilleur, considérant la recherche comme exploration de la conscience et du réel... je cherche et j'expérimente dans les hôpitaux, ces espaces de la fragilité et de la réparation, les conduites instaurant l'hospitalité. C'est là le sujet de cette thèse.

Introduction

« Tout notre système de santé est à bout de souffle. » C'est lors de sa prise de fonction, en juillet, que le nouveau ministre de la santé et ancien chef des urgences de l'hôpital de Metz-Thionville, François Braun, a dressé ce constat alarmiste. La pénurie de médecins, d'infirmières et d'aides-soignantes a déjà provoqué, aux premiers jours de l'été, la fermeture ou le fonctionnement dégradé de plus de cent vingt services d'urgence dans le secteur public¹.

Alors que les signaux d'alerte sur de nombreux sujets de dégradation de l'hôpital public se multiplient depuis déjà une vingtaine d'années, un consensus semble s'établir, enfin, sur la gravité de la situation. C'est du moins ce que donne à entendre cet article qui interroge six anciens ministres de la santé sur leur analyse des bifurcations ayant conduit l'hôpital à la présente situation. On décèle dans ces témoignages quels ont été les mécanismes de production des décisions, ou des non-décisions, politiques dont les effets fonctionnent comme des ondes au long cours. Leur impact va au-delà du temps politique de la décision. La tarification à l'activité a par exemple profondément transformé l'hôpital, non seulement dans son organisation gestionnaire mais aussi dans son identité culturelle. Elle a assurément intégré la dimension de rentabilité dans sa perception et sa définition de lui-même. Pourtant, même si tout le monde constate que la T2A fonctionne mal, il semble difficile de programmer un retour à l'état initial de l'hôpital. Car c'est son ADN culturel qui a été modifié.

Force est de constater que ces mécanismes reposent sur des systèmes de représentations partiales et partielles, confinant parfois à un système de croyances, dans un déni des dynamiques systémiques, des systèmes complexes et surtout d'une prise en compte des savoirs expérientiels et d'usage. L'article du *Monde* rappelle que nous devons en grande partie la pénurie de médecins dont nous faisons les frais pour au moins deux décennies

1 Véronique CHOCRON, Crise de l'hôpital : « Et si c'était à refaire ? » Six ex-ministres de la santé reviennent sur vingt ans de réformes », *Le Monde*, le 12 août 2022, consulté le 12 août 2022. https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/08/12/crise-de-l-hopital-et-si-c-etait-a-refaire-six-ex-ministres-de-la-sante-reviennent-sur-vingt-ans-de-reformes_6137831_3224.html

encore au raisonnement spécieux consistant à croire que le nombre de médecins multiplie le nombre de malades et représente une menace pour l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. La décision d'instaurer un *numerus clausus* dans l'accès aux études de santé est le pur produit de cette logique technocratique aveugle aux transformations sociétales en devenir, telles que l'aspiration des jeunes générations à une meilleure qualité de vie, la chronicisation des maladies, le vieillissement de la population et le déclin du sentiment vocationnel. Le deuxième mécanisme que permet de repérer ces témoignages réside dans la volonté de satisfaction des corporations, dans les logiques partisans prenant le pas sur l'intérêt supérieur de la mission de santé publique. Plus pragmatique, il n'en est pas moins délétère pour les décisions publiques. Les urgences hospitalières paient encore par exemple les conséquences de la décision politique de lever l'obligation d'assurer les gardes et la permanence des soins de la médecine de ville.

Cette introduction de l'introduction pourrait laisser penser que le sujet de cette thèse consiste à analyser les tribulations des politiques de santé publique des vingt dernières années. Il n'en est rien. Mais ce simple article de la presse quotidienne montre avec clarté combien la déconnexion entre les logiques décisionnelles des pouvoirs publics, mécanistes, partisans, et technocratiques, et les réalités de l'hôpital et des usagers a de graves et durables conséquences. Notre propos à cet égard consiste à éclairer les coins d'ombre à partir desquels pourraient se ressourcer le processus et la chaîne décisionnels pour refonder l'Hôpital Public. Cette refondation de l'Hôpital, que chacun appelle de ses vœux, ne se ferait plus seulement à partir d'une inquiétude gestionnaire, ni dans le cadre de référence de l'expertise technocratique, ni même sous la pression sociale de différentes corporations. Elle serait à l'écoute des savoirs expérientiels de ses usagers en même temps qu'elle soutiendrait les professionnels pour retrouver un sens à leur métier. En résumé, elle se ferait sur la base de son être-au-monde fondamental, celui d'hospitalité. Afin d'explorer les modalités d'instauration de l'hospitalité comme boussole de l'hôpital de demain, nous proposons de faire un focus sur l'endroit où l'instauration est la plus puissante, celui de la création. Pouvons-nous dès lors imaginer que les motifs et les opérations de cette instauration artistique, analysés dans ce travail, deviendraient une ressource pour alimenter d'autres phénomènes d'instauration publique dont la visée éthique serait celle de l'hospitalité ?

Cette thèse tend à démontrer que l'hôpital se trouve être le lieu singulier d'une instauration artistique polymorphe, stimulée depuis 1999 par les politiques publiques. Le programme national porté conjointement par les ministères de la Culture et le ministère de la Santé a en effet légitimé et démultiplié les occasions de promouvoir les actions artistiques à l'hôpital tout en les inscrivant dans un cadre normatif dessiné par les appels à

projet portés par les DRAC et les ARS. C'est à la genèse de ces politiques culturelles que se situe notre parcours professionnel. En conséquence, le travail d'anamnèse que constitue ce travail de thèse vise à inscrire 20 ans d'expériences dans une perspective réflexive et un appareillage théorique. En outre, la figure qui rend possible cette intégration des trois dimensions de l'art, du design et de la culture dans un lieu comme l'hôpital, c'est le médiateur, que nous nommons dans la thèse le *drogman*². Ce cheminement personnel et professionnel de *drogman* nous a conduit du patrimoine à la mémoire, de la culture à l'art, et de l'art au design. Chacune de ces dimensions est analysée, dans des études de cas, au prisme de sa contribution à l'instauration de l'hospitalité à l'hôpital. Au regard de l'ampleur des enjeux de refondation de l'hôpital, nous posons d'ailleurs l'hypothèse que le design est désormais le plus en capacité d'accompagner des transformations.

Le premier chapitre construit la méthodologie pour conduire une herméneutique de l'expérience à la recherche de l'hospitalité. Il a pour objet de présenter les enjeux et l'état de l'art relatifs au sujet, de développer la problématique et les hypothèses de la thèse, de définir son périmètre et les moyens mis en œuvre pour y répondre. Il décrit également la posture de l'auteure qui déploie un travail épistémologique d'anamnèse, une posture qui aborde, pour citer Paul Ricœur, « soi-même comme un autre³ ». Nous présentons les concepts interdépendants de poïétique et d'instauration artistique. La poïétique apporte un cadre théorique pour décrire le processus matériel, psychologique et social de la création d'une œuvre. Tandis que l'instauration artistique s'intéresse aussi au déplacement des valeurs culturelles et morales d'une communauté donnée dès lors qu'il est généré par les conduites créatrices. L'étude poïétique des expériences d'art et de design à l'hôpital porte sur des cas issus du parcours de l'auteure. Ainsi, ce travail académique est aussi un travail d'anamnèse. Considérant l'hospitalité comme le destin ontologique de l'hôpital public, la poïétique poursuit une visée éthique fondée sur ses valeurs. La thèse que nous soutenons consiste donc à formuler une théorie d'un design de l'hospitalité en capacité de résonner avec les enjeux contemporains propres à dessiner un devenir à l'hôpital au plus proche de sa vocation originelle. Nous avançons l'hypothèse selon laquelle l'instauration artistique de l'hospitalité mobilise quatre motifs poïétiques : la réflexivité, l'esthésie, le relationnel et la novation. La validité de cette hypothèse se vérifie avec une méthodologie en deux volets. Tout d'abord, l'étude poïétique de plusieurs expériences passées permet

2 *Drogman*, d'après Wikitionnary, de l'italien *dragomanno*, lui-même venant du grec byzantin *dragomanos* (« interprète »), de l'arabe (turgumân) → voir *trucheman*, *truchement* et *targum*.

3 Paul RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Éditions Points, 1990, p.75

d'analyser le principe actif du processus d'instauration artistique pour chacune d'entre elles. Puis, une recherche-projet en design, conduite dans le contexte professionnel de l'auteure, offre un terrain d'application heuristique à un premier essai de théorisation d'un design de l'hospitalité.

Le deuxième chapitre explore la poïétique en tant qu'étude diachronique de la genèse de l'œuvre, autrement dit dans ce contexte, l'étude historique de l'instauration de l'hospitalité par l'art et le design dans le cadre institutionnalisé de l'hôpital. Dans cette partie, nous souhaitons identifier les repères historiques et anthropologiques permettant d'appréhender la tension entre hostilité et hospitalité dans les hôpitaux et la diversité de ses formes. À chacune des grandes périodes historiques du développement de l'hôpital public depuis le Moyen-Âge correspond des formes esthétiques et des figurations caractérisant l'instauration de valeurs prédominantes. En outre, la puissance existentielle de l'hôpital nous conduit à questionner les phénomènes anthropologiques qui agissent sur la communauté hospitalière et à comprendre en quoi pulsions et ritualités constituent des freins ou des leviers à la mise en pratique de la valeur fondamentale de l'hospitalité. Nous clôturons ce chapitre en resserrant le périmètre de son étude sur l'instauration artistique inédite des vingt dernières années sous l'impulsion du programme national Culture et Santé. Enfin, nous posons la question de savoir si les formes contemporaines du design constituent, ces toutes dernières années, un renouveau de l'instauration artistique à l'hôpital.

Le troisième chapitre vise à faire l'anamnèse de la trajectoire de l'auteure en sélectionnant certaines réalisations au regard de leur chronologie et de leur caractéristique. Les études de cas sont des balises d'un parcours professionnel structuré par trois expériences institutionnelles majeures : un centre culturel intégré dans un grand hôpital psychiatrique public, *La Ferme du Vinatier* ; le programme culturel de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille pour l'année Marseille-Provence 2013, Capitale européenne de la Culture, *Santé e(s)t culture(s)* ; le laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité design & culture, le *lab-ah*, au sein du GHU Paris psychiatrie & neurosciences. Ces études de cas, dites cahiers poïétiques car leur analyse relève de l'étude scientifique du processus de conception dans la pluralité de ses dimensions, rendent visible un déplacement de la focale d'instauration artistique. Les démarches patrimoniales et mémorielles en ont marqué le commencement, rapidement mêlées à l'action culturelle et aux interventions en art contemporain, jusqu'au développement récent du design comme discipline méthodologique structurante. L'objectif de ces études de cas est de comprendre ce qui se joue dans la rencontre entre les usagers et les créateurs, dans le contexte singulier de l'hôpital, afin de théoriser un design d'instauration de l'hospitalité dans les lieux de soins. Cinq cahiers poïétiques sont issus du parcours de l'auteure et le dernier est l'étude d'un cas concret de *La*

Fabrique de l'hospitalité aux HUS de Strasbourg. Le premier cahier poïétique s'intitule « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle ». Il poursuit l'objectif de sonder les processus mémoriels comme trame du motif réflexif. Le second cahier poïétique s'intitule « le ciel est par-dessus le toit, si bleu, si calme ». Il s'intéresse à la puissance performative du symbole comme trame du motif esthétique à l'occasion d'une commande artistique intégrée au marché de conception - réalisation d'une Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA). Le troisième cahier poïétique s'intitule « À la croisée #1, #2, #3 ». Il s'agit d'ausculter les qualités de l'*habiter* comme trame du motif esthétique. Il porte son analyse sur une résidence artistique d'un collectif pluridisciplinaire dit Le Cabanon Vertical. Le quatrième cahier poïétique est baptisé « Un air de famille ». Il est dédié à l'étude des phénomènes d'empathie (*empathy*) comme trame du motif relationnel. Le cinquième cahier poïétique, « Le patient, l'hôpital et son quartier », s'intéresse au design quand il privilégie l'appropriation et l'interprétation des cadres normatifs par les usagers en mettant à jour et en donnant forme à ce que Michel de Certeau appelle les « arts de faire ». Enfin, le sixième et dernier cahier poïétique, « De mon corps à l'autre », fait l'étude d'un projet de *La Fabrique de l'hospitalité*. Il donne à comprendre comment l'expérience artistique alimente une dynamique de transmission pédagogique.

L'étude poïétique de ces actions nous conduit, dans une deuxième partie de ce chapitre, à tenter une théorisation des conduites créatrices, des opérations poïétiques et des modalités opératoires tramant les motifs de l'instauration artistique de l'hospitalité dans les lieux de soins. Nous nous inspirons pour ce faire de la philosophie pragmatique, et particulièrement des analyses du philosophe John Dewey sur la valeur de l'expérience, en même temps que de la phénoménologie car elle s'intéresse au lien entre émotions et perceptions.

Enfin, le quatrième et dernier chapitre présente une recherche-projet en design pilotée au GHU Paris par l'auteure, en parallèle de l'écriture de la thèse, et en collaboration avec les designers du *lab-ah* et une équipe médico-soignante. Il s'agit de la transformation d'une chambre d'isolement en espace d'apaisement dans une unité de soins intensifs. Ce projet est appréhendé comme un terrain d'expérimentation des hypothèses de l'instauration artistique de l'hospitalité issues des cahiers poïétiques. Il articule une question de design relative à la conception d'un espace favorisant l'apaisement des usagers avec une question de recherche en poïétique visant à apporter la preuve des effets d'un processus global de création sur le moindre recours à la contrainte en psychiatrie. La recherche porte dès lors sur les configurations d'atmosphère autant que sur la capacité

d'agir des usagers dans ces espaces. Le caractère épistémologique de la démarche réside dans l'étude poïétique itérative que l'auteure de la thèse mène sur l'action en train de se faire.

Cette expérience de la conception d'un espace d'apaisement nous conduit sur le fil du rasoir de la visée éthique d'une telle recherche-projet. Car nous avons à affronter une aporie : esthétiser les lieux où s'exerce de fait une violence sur autrui pourrait rendre tolérable ce qui, moralement, ne peut pas l'être.

La conclusion de la thèse tente *in fine* de théoriser une poïétique de l'hospitalité dans les lieux de soins et d'en évaluer la puissance instauratrice. Alors que se développe et se structure le champ de la recherche en design, se pourrait-il que se configure un design de l'hospitalité instaurateur d'une refondation de l'hôpital ? En tant que discipline qui prend en compte la question programmatique, dont la vocation est avant tout projective, tournée vers la résolution de problème, à l'écoute de toutes les parties prenantes, outillée tant pour le processus que pour la conception des artefacts, le design ne serait-il pas *in fine* une ressource inestimable pour instaurer l'hôpital dans sa vocation d'hospitalité ? Déjà dans les années 1970, le designer italien Bruno Munari déclarait « Le designer est donc l'artiste de notre époque⁴. » Il se préoccupait alors de réconcilier l'art et le grand public dans une société de consommation. Le contexte a changé. La société de consommation s'est complexifiée encore avec le développement du numérique et des services. Mais surtout, elle est devenue une société de crises successives face auxquelles la qualité des services publics et du système sociale apparaissent, à l'évidence, comme des stabilisateurs indispensables. L'assertion de Bruno Munari est-elle toujours d'actualité dans un contexte où il s'agit d'œuvrer à la réconciliation des citoyens avec leurs services publics, des soignants et des usagers avec leur Hôpital ?

4 Bruno MUNARI, *L'art du design*, Pyramid, Paris, 2012, p. 25.

Chapitre 1.

Herméneutique d'une expérience, à la recherche de l'hospitalité

On ne peut étudier que ce que l'on a d'abord rêvé⁵.

Gaston Bachelard

1. Instauration artistique de l'hospitalité à l'hôpital public

La culture à l'hôpital s'est construite une première légitimité à partir des enjeux de démocratisation et de droits culturels. Elle s'est ensuite instaurée largement à l'hôpital grâce à la présence active d'artistes et à l'accueil engagé de soignants sensibles à la création. Si les travaux évoqués dans l'état de l'art tentent de mieux comprendre les effets des projets culturels sur l'hôpital et ses acteurs, ils s'intéressent peu au processus de création dans ce contexte, notamment à la manière dont l'art est lui-même bousculé par l'hôpital. Se confronter à l'hôpital, espace social concentrant les questions existentielles de la vie et de la mort, espace organisationnel travaillé par des cultures contradictoires, espace de mutations scientifiques et sociétales majeures, est une invitation pour l'artiste à interroger fortement ses démarches, ses dispositifs, ses intentions et sa fonction dans la société. Nous constatons par exemple que la charge existentielle et émotionnelle de l'hôpital incite de nombreux créateurs à penser leur processus d'intervention dans une approche située, pluridisciplinaire et participative, opérant un syncrétisme entre approche réflexive, méthode participative, valeur d'usage et poétique.

5 Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace*, Folio/Essais, Paris, 2018, p. 48.

Notre approche méthodologique sera celle de la poïétique définie comme l'étude des conduites créatrices des œuvres. Alors que l'esthétique s'occupe préférentiellement de l'œuvre en elle-même, la poïétique s'intéresse à tout ce qui, en amont, est parvenu à lui donner une existence. En conséquence, notre questionnement sur l'hospitalité ne se construit pas à partir des structures des œuvres. Il ne s'intéresse pas non plus au jugement de goût. Contournant controverse et politique, il consiste en un point de vue critique sur l'utilisation par l'organisation publique d'un programme esthétique et émotionnel comme instrument de la coexistence des citoyens⁶.

Le concept d'instauration artistique⁷ est le point de départ de la poïétique en ce qu'il nomme l'expérience complète qui conduit à donner une existence à une œuvre. Au-delà de l'œuvre produite, on considère également dans la poïétique la puissance instauratrice du processus de création d'un nouvel environnement culturel et moral. Au regard de notre sujet, il s'agit d'une notion opératoire pour explorer dans le même mouvement la dynamique de création des œuvres et leur puissance d'instauration d'un nouveau référentiel symbolique et pratique à l'hôpital, centré sur l'hospitalité. Car la poïétique est « une énergie obscurément vouée au projet du devant-être⁸ ».

Cette thèse tend à démontrer que l'hôpital se trouve être le lieu singulier d'une instauration artistique polymorphe, stimulée depuis 1999 par les politiques publiques. Le programme national interministériel entre la Culture et la Santé a en effet légitimé et démultiplié les occasions de promouvoir les conduites créatrices dans le champ de l'art et du design à l'hôpital tout en les inscrivant dans un cadre normatif dessiné par les appels à projet portés conjointement par les DRAC⁹ et les ARS¹⁰. L'analyse inscrit en outre la poïétique dans une perspective temporelle en démontrant comment son point focal s'est progressivement déplacé de la démocratisation culturelle vers l'intervention artistique contextuelle puis vers le design – de service, d'innovation des politiques publiques, social – comme vecteur de transformation de l'hôpital.

6 Cette approche critique est développée par Christian Ruby dans son ouvrage *L'État esthétique – essai sur l'instrumentalisation de la culture et des arts*, Castells-Labor, Paris, 2000.

7 Etienne SOURIAU. *Vocabulaire d'esthétique*, Presses universitaires de France, Paris, 2020.

8 René PASSERON, *Pour une philosophie de la création*, Éditions Klincksieck, Paris, 1989, p. 30.

9 Directions Régionales des Affaires Culturelles.

10 Agences Régionales de Santé.

Au-delà de l'étude des processus de création, il nous importe de comprendre la manière dont ceux-ci instaurent de nouvelles modalités de valeurs et d'actions à l'hôpital. Alors que ces conduites créatrices ne sont jamais intégrées dans le scope stratégique et technique de l'hôpital, alors que ce dernier est sous la pression constante de nombreux facteurs, se pose la question de l'existence d'un processus d'instauration artistique participant d'une « création continuée » de l'hôpital. René Passeron constate en effet que la poïétique peut aussi s'appliquer à des phénomènes culturels de grande ampleur et qui s'inscrivent sur un temps long,

Les grandes institutions sociales, la langue notamment, mais aussi plus consciemment parfois, des institutions nettement perfectibles comme la médecine, l'assistance publique, les sciences, le droit et l'appareil judiciaire, doivent à chaque génération [...] se calquer mieux sur les besoins de la vie, qui eux-mêmes évoluent. Dans le meilleur des cas, ces institutions s'améliorent. Mais elles restent perfectibles. Leur modification se fait par petites touches successives et, s'il y a progrès, nous ne disons pas qu'il soit linéaire¹¹.

Autrement dit, en adoptant l'hospitalité comme concept philosophique d'espoir, quelle serait la puissance de négentropie¹² de l'art et du design dans le mouvement continu de redéfinition d'une institution soumise à l'effritement de son programme institutionnel historique et aux conditions normatives du capitalisme moderne ?

Loin de toute considération mécaniste, écartant la tentation d'une pensée magique souvent active lorsqu'il s'agit de l'art, nous voulons rendre visible le mouvement d'instauration artistique dans les hôpitaux en France, identifier les valeurs manifestes qui le nourrissent et surtout démontrer qu'il s'agit bien d'une création continuée instaurant progressivement un nouveau régime de valeurs et de pratiques de l'hôpital par ses marges. Ce dernier implique que l'hôpital se réinvente en larguant les amarres avec la nostalgie du programme institutionnel et les apories de la modernité.

Telle une valse, notre thèse consiste donc à démontrer en trois temps :

11 René PASSERON, *op.cit.*, p. 71.

12 La négentropie est entendue ici au sens de Stiegler comme « ce qui lutte contre l'entropie, c'est-à-dire contre l'égalisation et l'indifférenciation de toute chose ». Bernard Stiegler. *Ars industrialis. Réenchanter le monde. La valeur esprit contre le populisme industriel*. Éditions Flammarion, Paris, 2006.

- ♦ que le mouvement d'instauration artistique, qui s'est développé depuis 20 ans dans le cadre d'une politique publique, tisse une poétique¹³ hospitalière,
- ♦ que la poïétique hospitalière passe par une effectivité en actes de l'éthique de l'hospitalité, à l'intersection de l'art, du design et de la culture,
- ♦ que la poïétique hospitalière pourrait être à son tour instauratrice d'un nouveau système de valeurs et d'actions de l'hôpital public, fondé sur la créativité et l'empathie.

2. Comprendre l'Instauration artistique au prisme d'une trajectoire biographique

À l'hôpital Le Vinatier, il y a fort longtemps, du temps où les usagers de la psychiatrie étaient des « aliénés », un malade dénommé Louis pratiquait un rituel quotidien. Chaque matin, il se hissait sur le faite du mur d'enceinte, censé protéger des fugues et des regards inquisiteurs, et observait, avec un intérêt soutenu, les habitants circonvoisins passer d'un pas pressé sur le trottoir ainsi surplombé. Marmonnant dans sa barbe, qu'il avait clairsemée, et agitant ses dix doigts sur le bord du mur, tout son corps était tendu par l'effort de concentration. Les passants, qui par indifférence, qui par peur du fou, faisaient mine d'ignorer cette situation incongrue. Jusqu'au jour où Louis, surmontant sa timidité, interpella le marcheur le plus proche et s'écria « Mais enfin, vous êtes combien là-dedans ? »

13 Alors que la poïétique décrit le processus de création, la poétique ressort de la création même. Elle est un ensemble d'idées et de symboles qui crée une harmonie susceptible de faire ressentir des émotions. Ce que nous désignons alors par « poétique hospitalière », c'est une esthétique construite sur la valeur hospitalité.

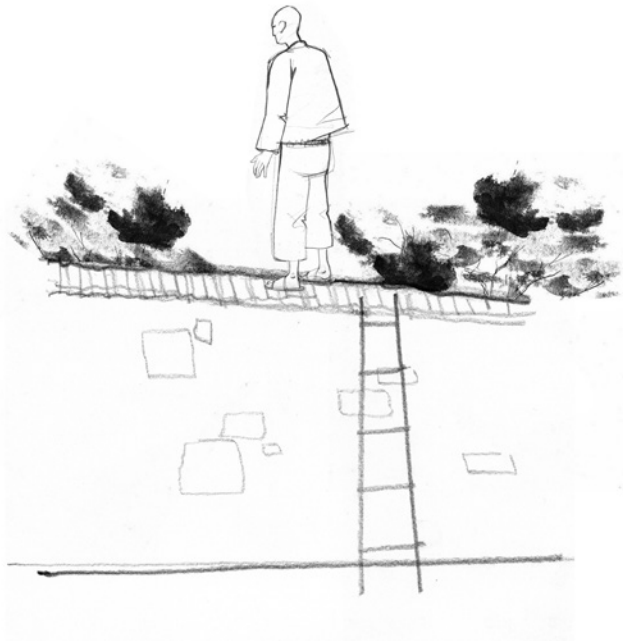


Illustration 1 : L'homme sur un mur

© Benjamin Salabay, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Cette histoire, rapportée à tout nouveau venu à l'hôpital Le Vinatier, deuxième hôpital psychiatrique public de France, s'est gravée dans notre mémoire. Car elle retourne avec humour le dedans en dehors et le dehors en dedans. Elle jette le doute sur la nature et la différenciation des espaces que l'érection d'un mur crée de toutes pièces. Et plus encore, elle offre une alternative à la fonction même de séparation et d'occultation d'une enceinte par son usage d'observatoire. Il serait donc possible d'utiliser la frontière, la séparation, la ligne comme point d'observation du monde à 360 degrés ! Et à partir de cette posture, de retourner comme un gant les fonctions assignées aux territoires et aux acteurs répartis de part et d'autre du mur.

Mais elle est également une métaphore de notre trajectoire professionnelle de médiatrice, de traductrice, de force invitante, de productrice de projets, de créatrice de troubles, de garante d'un lieu de réflexivité entre hôpital et cité, entre soins et culture.

Qu'il s'agisse de la création, en 1997, d'un centre culturel intégré à un grand hôpital psychiatrique public - *la Ferme du Vinatier*, qu'il s'agisse de la définition et du déploiement du programme culturel de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, en 2009, pour l'année Marseille-Provence 2013, Capitale européenne de la Culture - *Santé e(s)t*

culture(s), ou qu'il s'agisse, depuis 2016, de la fondation et du développement d'un laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité design & culture - le *lab-ah* - au sein du plus important groupement hospitalier de territoire en psychiatrie et neurosciences à Paris, ces expériences sont toutes animées par le désir de cheviller l'hôpital à sa vocation d'hospitalité grâce à une ouverture culturelle de l'hôpital à la création sous toutes ses formes. Nous avons conçu et rédigé les fondamentaux et les programmes d'actions de ces trois projets à l'issue d'un temps important d'immersion dans l'institution et de plusieurs dizaines d'entretiens avec ses acteurs et ses partenaires. Puis nous les avons institués au cœur de l'hôpital et pilotés en assurant la direction de projets et la responsabilité d'une équipe.

Depuis un processus d'anamnèse collective jusqu'à la création d'un espace public culturel au cœur de l'institution sanitaire ; de l'accueil des artistes dans les services de soins aux commandes artistiques dans l'espace public ; de l'organisation d'ateliers pédagogiques aux ateliers participatifs en art et design ; de la conception « d'expositions de pensée »¹⁴ à la valorisation de la recherche, la constante de ces diverses modalités d'action réside dans la quête expérimentale d'un monde de sens et de sensibilité, au plus près des personnes les plus vulnérables, et souvent les plus stigmatisées. Ces actions culturelles invitent à mettre en œuvre une poïétique d'un *faire design* en milieu hospitalier, au sens où le défendait Laszlo Moholy-Nagy pour lequel le design n'est pas une profession mais une attitude¹⁵.

Bien que la diversité des démarches - patrimoniales, artistiques, design - ait été le moteur des trois séquences professionnelles citées, leur point focal d'instauration artistique s'est déplacé. *La Ferme du Vinatier* s'est singularisée par son ouverture aux sciences humaines et sociales et par la mise en récit de l'histoire, de la mémoire et du patrimoine de l'hôpital. De surcroît, elle a été une plateforme d'accueil et de diffusion de l'art contemporain, ouvrant l'hôpital du Vinatier sur la cité. Le programme *Santé e(s)t culture(s)*, légitimé à la source du label de développement territorial « Marseille Provence 2013, Capitale européenne de la Culture », s'est particulièrement intéressé aux formats de résidence et de commande artistique et de design intégrés à des problématiques d'aménagement paysager et architectural pour augmenter la richesse symbolique et la valeur d'usage de l'hôpital. Quant au *lab-ah*, le laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité du Groupement

14 Bruno LATOUR a utilisé ce terme en parlant de son exposition « Réinitialiser la modernité ! » au ZKM (Zentrum für Kunst und Medientechnologie) de Karlsruhe, en Allemagne.

15 Laszlo MOHOLY NAGY, *New method of approach – design for life*, Vision in Motion, Paul Theobald, Chicago, 1947.

Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences, il est pensé et activé à partir des sciences, des méthodes et des outils du design contemporain. Il se définit comme un laboratoire d'innovation culturelle de l'institution hospitalière par le design.

Ces déplacements successifs se superposent et se répondent les uns aux autres. Ils interrogent les paradigmes qui président à la conception et aux modes d'intervention des créateurs. Ils questionnent aussi les processus d'appropriation de leurs œuvres par les acteurs de l'hôpital.

Reste à souligner les lignes de force traversant ces trois expériences. En premier lieu, les trois propositions appuient la communauté hospitalière dans sa réflexivité en créant la rencontre avec des acteurs exogènes à l'institution comme les artistes et les designers. Et ce, dans la perspective incertaine de déconstruire et de dépasser les pratiques d'hostilité recluses dans l'ombre des héritages culturels et dans les plis des rapports de pouvoir. Ensuite, le recours central à la création en art et design s'ancre dans une poétique de l'espoir, du vivre ensemble, de l'ouverture à la vulnérabilité d'autrui. En somme, dans une philosophie de l'hospitalité. Enfin une attention sans relâche, en particulier grâce à la pensée design, est portée aux usages de la vie quotidienne, à « de tout petits liens »¹⁶ et aux formes qui rendent le monde concret habitable dans un souci de traduire une pratique de la bienveillance.

La mission du *drogman*, traduction entre art et santé

Il s'agit donc d'explorer, quelle que soit la focale d'instauration artistique, les relations entre création et hôpital dans un double retournement culturel. Soit d'une part la manière dont l'art met à nu et au travail les cultures hospitalières et d'autre part comment la valeur existentielle et spirituelle de l'hôpital pénètre les processus de création et les intentions de conception. Nous conservons toutefois constamment à l'esprit que cet étonnement réciproque devient projet lorsqu'il s'immerge dans une matrice culturelle à forte valeur de traduction, pour laquelle nous empruntons la figure du *drogman*. Le *drogman* est le terme utilisé en Orient à partir du XIIe siècle pour désigner les interprètes au service des Européens, chargés des relations avec le Proche et Moyen-Orient, mais aussi les fonctionnaires au service de l'administration ottomane, souvent d'origine grecque et polyglottes.

16 François LAPLANTINE, *De tout petits liens*, Éditions Mille et une nuits, Paris, 2003. L'anthropologue plaide pour une « micrologie » de la connaissance, une attention portée aux petites perceptions porteuses de bribes de sens. En cela, il a anticipé l'une des approches du design.

Nous nous identifions volontiers à cette figure du *drogman* dont l'origine étymologique est commune au terme de « truchement ». Être en charge de l'action culturelle à l'hôpital mobilise des compétences similaires de traduction et de négociation entre des mondes culturellement différents.

C'est dès le stade de contextualisation de tout projet que se met en jeu le rôle du *drogman* à l'hôpital. Car la pertinence des intentions artistiques dépendra de la manière dont il problématisera les lieux. Pour autant, cette problématisation n'est jamais le fruit d'un seul acteur. Elle suppose en effet une capacité à « synthétiser les multiples voix qui en un même lieu peuvent se faire entendre¹⁷ ». Dans notre contexte, le *drogman* assure la traductibilité entre le projet artistique fondamental et le milieu dans lequel il se déploie. Il s'applique à faire comprendre aux artistes la rationalité du milieu hospitalier dans lequel ils sont immergés. Il trouve les formes de transmission du processus artistique et de ses promesses aux hospitaliers et aux patients. En somme, la poétique est au cœur de sa mission dès lors que l'on considère, avec Paul Valéry, qu'elle « se proposerait bien moins de résoudre les problèmes que d'en énoncer¹⁸ ». Autrement dit, le *drogman* de l'hôpital exerce un travail d'énonciation et de traduction déterminant pour les conditions de conception et de production de l'œuvre. Sa pratique de la négociation entre les normes et les références institutionnelles d'une part et les exigences d'incertitude et de liberté de la création d'autre part, est constante. Cette figure du *drogman* a construit notre identité professionnelle.

Dès lors que nous nous inscrivons dans la perspective d'une instauration artistique à l'hôpital capable d'affecter le système territorial et institutionnel qui l'accueille, la traductibilité entre ces deux mondes mobilise au moins deux champs d'exploration. Celui du langage – normatif, textuel, visuel et sensible ; le *drogman* hospitalier, qui se trouve parfois être l'artiste lui-même, doit traduire les univers cognitifs et oniriques d'un langage à l'autre. Et celui du temps, car il est aussi de la responsabilité du *drogman* de tisser entre eux les fils des interventions artistiques dans une trame du temps long, tant du point de vue de la compréhension de l'histoire et de l'héritage culturel de l'hôpital que de l'implémentation durable des réflexions et des transformations induites.

17 Gilles HERREROS, Bruno MILLY, « Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation. Rapport d'évaluation du dispositif Culture et Hôpital Rhône-Alpes de 2006 à 2009, initié par l'ARH, la DRAC et la Région Rhône-Alpes », coordination Hi.culture, Laboratoire MODYS, Lyon, 2009

18 Paul VALÉRY, *Introduction à la Poétique*, Gallimard, Paris, 1938, p. 14.

La thèse, une anamnèse

Le travail d'anamnèse que notre thèse rend possible vise à inscrire vingt ans d'expériences dans une perspective réflexive et un appareillage théorique approfondi. En effet, la dimension théorique de notre parcours professionnel s'est construite de manière fragmentaire, au détour de questions soulevées par l'action. Aucun espace dédié n'a favorisé jusqu'alors un travail de mise en perspective scientifique de notre action. L'anamnèse se comprend ici au sens que lui donne Hannah Arendt pour laquelle la pensée est le seul remède qui vaille contre l'oubli :

*seule la pensée permanente en tant qu'activité d'anamnèse et d'appropriation de notre passé est capable de restituer le présent dans sa fonction de médiation entre notre provenance et notre avenir culturel.*¹⁹

À cet égard, à l'instar de Tim Ingold pour lequel c'est « essentiellement à travers les pratiques de trajet que les créatures habitent le monde²⁰ », nous pouvons affirmer par notre trajectoire que notre être-au-monde se situe bien dans l'expérimentation de conduites créatrices au sein des hôpitaux. Tandis que notre « avenir culturel » s'inscrit dans la compréhension et l'élaboration heuristique d'une théorie de l'instauration artistique de l'hospitalité.

L'anamnèse qui irrigue ce travail de recherche plonge ses racines dans une empathie vivante et intacte avec la souffrance incommunicable des personnes malades, isolées du fait de la singularité absolue de leur expérience. Celle-ci se nourrit du sentiment d'indignation à l'égard de toutes les formes de stigmatisation et de réification à leur rencontre. Cependant, le retour à la source névralgique de ces émotions jette un doute sur notre rôle, sur la justesse de nos choix, la sincérité de notre posture, les limites de notre action dans ces tentatives réitérées pendant 20 ans de faire advenir, par l'art et la culture, une communauté inclusive et consolatrice. Au regard de la souffrance au travail exprimée massivement par les professionnels de santé, au regard des inégalités d'accès au soin se creusant sans cesse, comment ne pas s'interroger sur le pouvoir d'agir de l'art et du design dans ces institutions en charge des personnes les plus vulnérables et les plus fragiles ? Ces derniers contribuent-ils efficacement à lutter contre les maltraitements au quotidien ?

19 Jean-Marie PIRET, « Entre origine et avenir », in Anne-Marie ROVIELLO, Maurice WEYEMBERG, *Hannah Arendt et la modernité*, Éditions VRIN, Paris, 1992, p. 51.

20 Tim INGOLD, *Une brève histoire des lignes*, Éditions Zones sensibles, Paris, 2013, p. 118.

Que faire lorsque celles-ci sont invisibilisées par l'habitude, par le renoncement, par leur intégration à un modèle économique inadapté, par des représentations culturelles délétères et par des rigidités administratives, sécuritaires ou hygiéniques. Cette interrogation profonde et personnelle sur les limites de la puissance transformatrice des concepteurs et opérateurs de projets dans le champ de la création à l'hôpital croise celle de la poïétique en tant qu'étude scientifique des conduites créatrices. Que peut l'art et comment ?

Ainsi, ce travail de recherche s'enracine dans la question existentielle motivant le trajet de vie de l'auteure. En cela, il s'agit bien d'une recherche entre trajet biographique et trajet épistémologique.

Je dédie cette recherche à mon arrière-grand-mère, Eugénie Rubinstein-Delanoë, femme médecin pionnière, fondatrice du premier hôpital de la femme et de l'enfant en 1912 à El Jadida, au Maroc, rayée de l'ordre des médecins en 1940 et obligée à l'exil parce qu'elle était juive. De l'hostilité et de l'hospitalité...

3. Une poïétique de l'art et du design à l'hôpital

*Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout*²¹.

Gilles Deleuze

Notre ambition est de dessiner, à l'issue de ce travail, les contours d'une poétique hospitalière – en complément des recherches qui s'intéressent à la notion d'esthétique hospitalière²² – issus d'un *faire design* qui reste à définir parmi de nouvelles configurations telles que le design du *care*, le design social et le design des politiques publiques.

21 Gilles DELEUZE, *Le pli. Leibniz et le baroque*, Éditions de Minuit, Paris, 1988.

22 Barbara BAY, Christelle CARRIER, Anne-Laure DESFLACHES, Christophe GAUTIER, « L'utilisateur, coconcepteur de l'hôpital de demain. La Fabrique de l'hospitalité des HUS », *Gestion hospitalière*, n°542, janvier 2015, p. 29-32. Les fondatrices de La Fabrique de l'hospitalité aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont développé cette approche, entre autres, dans cet article.

Une interrogation mutuelle entre art et hôpital

Les interactions entre le champ culturel, qui englobe le patrimoine, l'art et le design, et le secteur sanitaire sont anciennes²³ et nombreuses²⁴. Le périmètre de la recherche se limite néanmoins à la genèse des politiques publiques culturelles adressées aux publics « empêchés²⁵ ». En 1999, le ministère de la Santé et le ministère de la Culture et de la Communication signent une convention interministérielle « Culture à l'hôpital » qui fait date. Malgré une modeste visibilité, ce programme connaît un succès attesté par le développement de très nombreux projets culturels et artistiques dans les établissements sanitaires et médico-sociaux de toute la France. L'état de l'art a souligné que la motivation initiale de cette politique publique relevait des préoccupations de démocratisation culturelle du ministère de la Culture. Ce faisant, elle embarquait avec elle tout le réseau d'équipements culturels subventionnés, désormais tenus de se conformer à une charte d'intégration de tous les publics. Pour autant, le monde de la santé a rapidement trouvé dans cette ouverture à l'art et à la culture des échos à ses problématiques spécifiques. Par exemple, les hôpitaux ont souscrit à l'intérêt de proposer un programme de diffusion culturelle auprès d'usagers devenus plus exigeants concernant la prise en compte de l'intégrité de leurs besoins, au-delà du seul service médical. En outre, le déplacement de la prise en charge hospitalière des usagers vers des structures ambulatoires ou à leur domicile conduit l'hôpital à cultiver une nouvelle porosité avec le territoire. Les partenariats avec les équipements culturels du territoire sont dès lors considérés comme des points d'ancrage complémentaires de cette nouvelle nécessité.

La convention nationale de 1999 a défini trois modalités déterminantes pour l'instauration artistique à l'hôpital. La première consiste à mettre en œuvre des partenariats formalisés et durables entre établissements hospitaliers et équipements culturels publics d'un même territoire. Ces derniers sont nommés « jumelages ». La seconde incite les hôpitaux à la création de postes dédiés à la direction de projets culturels. La troisième, enfin, organise la déclinaison du programme nationale à l'échelle régionale grâce à la

-
- 23 L'analyse des plans et du fonctionnement des bîmâristâns, hôpitaux érigés dans le monde arabo-musulman entre le IX^e et le XII^e siècle, montre qu'ils offraient un environnement sain, dispensant calme, tranquillité et sérénité avec présence de l'eau, de la lumière, des plantes et même de la musique.
- 24 Citons l'histoire de l'art brut, l'art-thérapie, les musées hospitaliers, l'animation socio-culturelle etc.
- 25 Appellation normative adoptée par l'État et les collectivités territoriales pour nommer toutes les personnes n'ayant pas la liberté de mobilité pour des raisons sociales, sanitaires ou psychologiques.

mise en place d'appels à projets lancés conjointement par les Directions Régionales des Affaires Culturelles et les Agences Régionales de Santé²⁶. Le recul de deux décennies sur la convention permet de constater le développement remarquable du nombre de projets culturels en milieu hospitalier. Pour autant, et malgré le succès de ces initiatives, rien dans l'état de l'art ne laisse penser qu'elles sont désormais constitutives des politiques de santé publique ou de la stratégie des hôpitaux. Au contraire, force est de constater que celles-ci restent l'apanage de personnalités de tous bords affirmant leurs convictions dans ce domaine. De même, l'adhésion à ces démarches reste le plus souvent cantonnée à leurs participants et bénéficiaires directs. Nous assistons néanmoins à la pérennisation et à la diffusion dans l'ensemble du corps hospitalier des initiatives artistiques et culturelles dès lors qu'une équipe, ou le plus souvent un professionnel, intègre durablement l'établissement sanitaire. Ce *drogman* garantit dès lors la possibilité d'une instauration en tissant une cohérence entre les actions qui se succèdent et en impliquant progressivement un nombre significatif de professionnels.

À notre connaissance, aucune évaluation de cette politique n'a été engagée par les ministères afin d'en étudier plus finement le développement et les impacts. À défaut, nous nous référons à deux évaluations qualitatives à l'échelle régionale. L'une a été réalisée par Christian Ruby, philosophe de l'esthétique en Nord-Pas-de-Calais, et l'autre par Gilles Herreros, sociologue en Rhône-Alpes. Toutes deux critiquent une conception de la culture à la rescousse de l'hôpital et la relation instrumentale qui en découle. Évoquant les difficultés de l'hôpital, Christian Ruby pose l'hypothèse « qu'il fallait chercher des remèdes. C'est sans aucun doute en ce point que la culture et l'art ont été primitivement convoqués. Du moins, une certaine idée que les autorités se font de la culture et des arts²⁷ ». Pour Gilles Herreros, il est essentiel de « déjouer l'unilatéralité de chacun sans faire croire que la culture et l'art peuvent soigner ou que l'hôpital est un musée²⁸ ». L'un et l'autre ont produit un plaidoyer pour une relation d'interrogation mutuelle entre l'art et l'hôpital, par le truchement de la culture. Cependant, si les enjeux de la rencontre entre culture et hôpital sont bien de produire une affectation réciproque, Gilles Herreros fait

26 En 1999, il s'agissait encore des Agence régionales de l'hospitalisation, ce qui a influé sur le caractère hospitalo-centré du programme. C'est seulement en 2012 que le programme s'est progressivement ouvert aux établissements médico-sociaux.

27 Christian RUBY, « La condition posthospitalière - Repenser l'hôpital public/privé sous la condition de la culture », Document général, Lille, 2009, rapport commandé par Hi.culture, p. 12.

28 Gilles HERREROS, « L'hôpital - culture - Les petites liaisons, variations sur le vital », Lyon, 2011, rapport commandé par l'ARS, la DRAC et la Région Rhône-Alpes.

le constat que celle-ci n'a rien d'ostentatoire. Elle se fait à travers du trouble et de légers déplacements de temps, de lieux, de rituels... Mylène Costes, dans un compte-rendu de sa thèse sur les ateliers culturels à l'hôpital psychiatrique²⁹, confirme cette analyse. Elle s'intéresse à leur fonction de « fabrique » des acteurs en permettant une expérience décalée des rapports sociaux entre les soignants, les soignés et les artistes. Mais elle souligne aussi l'indifférence des personnels à l'égard de ces propositions lorsqu'ils ne sont pas directement impliqués. Et donc, la difficulté à les inscrire dans une dynamique systémique qui impacterait à terme l'ensemble de la communauté hospitalière. Mylène Costes comme Gilles Herreros constatent aussi, dans leurs travaux, que la production artistique elle-même passe au second plan par rapport à la qualité de l'expérience d'une création partagée. Nous souhaitons nuancer cette affirmation au regard de notre expérience. Nous pensons plus juste de dire que les frontières entre le caractère fécond de l'expérience et la qualité esthétique de la production sont troublées et génèrent des formes hybrides dans lesquelles l'exigence formelle reste de mise. Les conduites créatrices à l'hôpital créent en effet un espace de pratiques contextuelles, collaboratives, composites, pragmatiques dans lequel il devient impossible de dénouer le relationnel de l'esthétique.

De l'art au design : nouvelle appréhension de l'usage et de l'usager à l'hôpital

Cette prééminence de l'immersion et de la participation dans les projets artistiques à l'hôpital a-t-elle ouvert la voie au design ? Il importe de considérer l'avènement du design à l'hôpital dans une narration qui articule les différents chapitres de l'histoire de la culture à l'hôpital. En France, le laboratoire d'innovation *La Fabrique de l'hospitalité*, fondé et dirigé par Barbara Bay et Christelle Carrier au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, est considéré comme le pionnier. Or, celui-ci a pris la suite de la délégation culturelle, créée en 2001 à l'occasion du premier colloque « Culture à l'hôpital » organisé à Strasbourg à l'initiative des deux ministères fondateurs de la convention éponyme. Il en va de même pour la fondation, quelques années plus tard, du deuxième laboratoire d'innovation culturelle par le design, fruit naturel de la longue expérience culturelle à l'hôpital de sa fondatrice, l'auteure de cette thèse, rejointe dès les prémices par Marie Coirié,

29 Mylène COSTES. « Atelier culturel et hôpital psychiatrique : Enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme « Culture à l'hôpital », in Julia BONACCORSI (dir.), *La lecture en société*, Culture & Musées, n°17, 2011, p. 189-193.

designer. Ce laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité (le *lab-ah*) du GHU Paris psychiatrie & neurosciences existe depuis 2017, après une période probatoire d'une année sous l'intitulé de « délégation culturelle ». Bien entendu, le parallélisme de ces deux expériences ne doit pas faire figure de vérité générale. De nouveaux laboratoires de design émergent actuellement dans les hôpitaux. Ils sont issus d'un questionnement sur le management de l'innovation par des directrices et directeurs d'hôpital. Contrairement au domaine de la culture, la dimension d'utilité du design comme outil du changement à l'hôpital est assumée de manière décomplexée dans cette nouvelle filiation. Une comparaison entre les deux « familles » de laboratoires d'innovation par le design à l'hôpital pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche.

Démarche artistique ou démarche managériale, le design porte en lui la préoccupation centrale de l'usage/usager et la vocation de projeter des transformations. À l'hôpital, cette dimension de résolution de problèmes trouve un écho très favorable auprès des cadres de santé, dont le cœur de métier est de résoudre en permanence des problèmes de la vie quotidienne, dans une certaine pénurie de moyens. Pour *La Fabrique de l'hospitalité*, l'ambition consiste à fabriquer avec les usagers et les professionnels l'hôpital de demain en mobilisant les ressources et méthodes d'un design capable d'investir la complexité de l'organisation dans le but d'améliorer « le temps et l'espace vécus par les usagers ». Le *lab-ah* pour sa part a été fondé « sur l'idée que chacun doit pouvoir participer à construire l'avenir par un partage de sa créativité, de son expertise et de ses expériences avec comme exigence commune l'hospitalité et le bien vivre tant pour les usagers que pour les professionnels³⁰. »

Ce qui a changé avec l'arrivée du design, c'est que la complexité n'est pas seulement une appréciation mais un fait quotidien qui implique une sophistication des modes d'intervention par des croisements de savoirs et de méthodes, dans une préoccupation d'efficacité. Le design arrive à trouver sa place dans des situations multiples qui sont à l'image de la complexité mouvante de l'institution hospitalière. Le dernier numéro de la revue *Sciences du Design*³¹ trace un premier portrait de la diversité de ces collaborations au sein du système de santé. Ces dernières donnent à voir que le designer est de plus en plus souvent associé à un projet de recherche, d'évaluation et de prospective. En effet, « ce qui

30 Extrait du document de synthèse de l'étude exploratoire conduite par l'auteure pour le GHT Paris psychiatrie & neurosciences en 2016.

31 Sophie PÈNE, Franck ZENASNI (dir.), « Design et santé », revue sciences du design, n°06, novembre 2017.

est en jeu dans tous ces projets c'est le dialogue entre les sciences sociales et humaines, les acteurs de la santé, les usagers et les designers »³². En cela, tant *La Fabrique de l'hospitalité* au CHU de Strasbourg que le *lab-ah* au GHU Paris sont avant tout des dispositifs de recherche-action, ancrés au cœur de l'institution, expérimentant et développant des méthodes participatives et créatives de conception d'un hôpital en devenir. Des espaces d'innovation comme *La Fabrique de l'hospitalité*, le *lab-ah* ou *la Ferme du Vinatier* sont assimilables à des recherche-action car leurs projets sont tout à la fois le point de départ et le processus heuristique d'un travail de théorisation continu, en collaboration avec des universitaires et des laboratoires de recherche partenaires.

Du côté de la recherche académique et des écoles d'art, d'architecture et de design, on constate un intérêt croissant pour la santé. Citons à titre d'exemple les travaux du laboratoire LACTH de l'École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille qui porte une recherche collaborative intitulée « L'hôpital comme milieu ». Le LACTH a organisé en novembre 2019 un colloque intitulé « Spatialisation et temporalisation de l'hospitalité ». La Chaire de philosophie à l'hôpital, animée par la psychanalyste Cynthia Fleury, s'est fait connaître pour ses explorations des liens entre les humanités, l'architecture, l'urbanisme et le design. Elle propose par exemple depuis 2019 un cycle de conférences intitulé « Design with Care », coanimé par Antoine Fenoglio de l'agence de design SISMO. Il nous faut mentionner aussi la création, par Alain Findeli, du Master Design Innovation Société à l'Université de Nîmes, incarnant une autre posture dans le champ du design, inspirée des approches canadiennes en innovation sociale. L'ENSAD, l'ENSCI-Les Ateliers et de nombreux ESAD en région s'ouvrent également aux enjeux de la santé et du handicap, souvent à la demande de leurs étudiants. Nous assistons ici à un mouvement inverse de celui de Culture à l'hôpital. Ce dernier avait pour préoccupation principale de développer la culture dans le milieu du soin. L'intérêt manifesté par les écoles d'art pour les sujets de santé témoigne en revanche d'une volonté d'intégrer ceux-ci dans les pratiques de design et de création.

32 Revue Sciences du design, *op. cit.*

4. Hospitalité et habitabilité, enjeux de l'instauration artistique à l'hôpital

Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple³³.

Jacques Tenon

Les enjeux de l'instauration artistique à l'hôpital public recourent les évolutions majeures qui affectent l'ensemble de la société : le déclin du programme institutionnel ; la figure de l'usager et de l'individu contemporains ; la construction de nouvelles topologies par la mobilité.

Le déclin institutionnel, terreau du programme culturel à l'hôpital

Intéressons-nous avec François Dubet³⁴ aux conséquences du « déclin de l'Institution » sur les modes d'évolution de l'hôpital. L'hôpital est l'un des piliers de ce que Dubet appelle le *Programme Institutionnel* qui se trouve au fondement de la République Française. Or celui-ci subit de telles remises en question – on le voit aussi dans les débats autour de l'école – que l'on peut avancer qu'il est en situation de crise permanente. Cet oxymore souligne bien la difficulté pour le Programme Institutionnel, structuré autour de l'idée de stabilité, de faire face à des changements continus de tous ordres et qui vont en s'accélégrant, notamment avec l'arrivée du numérique et l'introduction de modèles économiques d'inspiration libérale. Ici, la crise n'est plus considérée sous l'angle de la rupture soudaine et provisoire d'un état d'homéostasie mais comme une situation permanente d'incertitude nécessitant de s'adapter et de se réinventer. L'empilement des réformes qui tentent d'accompagner le changement en lui offrant des règles et des cadres législatifs n'a fait qu'aggraver le trouble de l'institution hospitalière en lui imposant un rythme effréné d'application de nouvelles réglementations, sans prendre le temps et le recul nécessaires à leur évaluation et à leur mise en sens. Ces décisions technocratiques et législatives sont de surcroît le réceptacle de modèles idéologiques qui viennent heurter de plein fouet les structures du *Programme Institutionnel*. Aussi, un enjeu majeur réside dans la perspec-

33 Jacques-René TENON, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Royez, Paris, 1788.

34 François DUBET, *Le déclin de l'institution*. Seuil, Paris, 2002.

tive pour l'hôpital de reconfigurer sa cohésion autour d'un récit commun, énoncé par ses acteurs, en capacité d'ouvrir des perspectives de devenir tout en absorbant les chocs répétés du monde contemporain, le dernier en date étant la pandémie de COVID-19.

François Dubet définit le Programme Institutionnel en tant que processus social de transformation des valeurs et des principes en actions et en subjectivités, par le biais d'un travail professionnel spécifique et organisé. Il est fondé sur un principe universel « hors du monde » tel que Dieu, la Charité, la Raison, puis la Science. Des principes homogènes pouvant s'opposer à la diversité et à l'éclatement du monde contemporain. Ils fondent de ce fait l'Institution en sanctuaire, incarnant une règle universelle, protégée des désordres du monde. Or, les évolutions récentes dans les champs de l'économie et de la santé publique, en particulier la chronicisation des pathologies, le développement de l'ambulatoire comme mode de prise en charge mais aussi l'usage des nouvelles technologies, fissurent le sanctuaire et portent désormais à penser la vocation « du travail sur autrui » dans la cité. C'est l'une des raisons qui nous conduit à articuler fortement l'hospitalité des institutions et l'habitabilité du monde. Car, en déplaçant le modèle médical curatif hospitalo-centré vers celui d'une prise en soins pour un rétablissement dans la cité, on adresse la question de l'hospitalité au milieu de vie.

Le Programme Institutionnel est également fondé sur la notion de vocation : le professionnel du travail sur autrui puise sa légitimité non seulement dans sa compétence et ses savoirs mais aussi dans son adhésion directe à des principes plus ou moins universels. Le travail n'est pas réductible au métier, il est incarné par une personnalité qui s'accorde avec la vocation d'aide à autrui. Cette aura charismatique de la vocation incluait alors tous les acteurs de l'hôpital. Du professeur de médecine à l'électricien, tous participaient des principes universels de la *Guérison* et du désintéressement au bénéfice de la santé d'autrui dans l'appareil mis en œuvre par le Programme Institutionnel. Désormais, la compétence technique et l'expertise ont pris le pas sur la vocation, ce qui conduit un directeur d'hôpital à affirmer que « l'hôpital de demain sera un hôpital de compétences et non un hôpital d'emplois³⁵ ». De nombreuses fonctions peu qualifiées sont externalisées, brisant ainsi la cohésion du Programme Institutionnel autour de la participation de chacun de ses acteurs au même principe universel. Dans le même temps, ceux dont la qualification

35 Jean-Paul SEGADE, « Regards d'un directeur d'hôpital sur les mutations hospitalières à venir », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), Michel KNEUBÜHLER, Julien RODIER (coord.), *Les Conversations de Salerne, santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*. Lyon, Éditions La Passe du vent. Collection Faire Cité, 2013, p. 133.

leur donne la légitimité de rester sont épuisés, non seulement par des tâches débordant constamment le périmètre strict de leur compétence et ne relevant pas de la vocation (administration, évaluation, protocole, statistique, logistique, etc.) mais également par des injonctions contradictoires entre excellence requise et moyens alloués, entre désintéressement et rentabilité, entre communication institutionnelle invitant à la créativité de chacun et management vertical. Les crises successives qui ont affecté l'hôpital en 2019 et 2020 – grève, manifestations, démissions des fonctions administratives des médecins, épidémie – ont aggravé le ressenti des professionnels d'être pris en étau dans un message paradoxal d'abandon et de surinvestissement.

Le Programme Institutionnel se caractérise enfin par son aporie : « Le Programme Institutionnel repose sur la résolution d'un paradoxe fondamental. Dans le même mouvement, il socialise l'individu et prétend le constituer en sujet.³⁶ » Il prétend en conséquence produire dans le même mouvement un acteur conforme aux normes et aux règles sociales et un sujet réflexif et autonome. Que devient cette ambition dans le contexte de son affaiblissement ? L'autonomie comme capacité de faire des choix pour sa propre vie et de concevoir ses propres espaces de liberté se trouve aujourd'hui au cœur d'un renversement paradigmatique de l'approche philosophique des maladies chroniques, notamment psychiques, sous le vocable de *Rétablissement*³⁷. Ce dernier entretient de fortes aménités avec le mouvement de l'*Empowerment* dans le champ du social et du politique. Néanmoins, cette montée en puissance de la revendication d'autonomie ne constitue plus un volet du Programme Institutionnel. Elle se trouve désormais garantie par les capacités de l'utilisateur du service public, ici du patient, de son entourage, et de son environnement social et urbain, l'institution apportant seulement ressources, outils et appuis. Nous savons avec le sociologue Alain Ehrenberg³⁸ combien cette aspiration à l'autonomie, nouvel idéal de l'individu contemporain, est dépositaire de sa propre faille. En effet la dépression, maladie de la liberté et de l'obligation faite aux individus de se motiver eux-mêmes, serait la nouvelle forme pathologique paradigmatique de notre société contemporaine.

36 François DUBET, *op. cit.* p. 35.

37 Le « Rétablissement » est un concept anglo-saxon qui trouve son origine dans des mouvements d'utilisateurs des années 1980 et 1990, il désigne un cheminement personnel de la personne pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Pour les soignants, ce modèle suppose un accompagnement sur le long terme et axé vers l'autonomie de la personne.

38 Alain EHRENBURG. *La fatigue d'être soi*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2000.

En somme, le déclin du Programme Institutionnel s'est fait dans une longue implosion issue de la modernité elle-même. Les changements de régime se sont empilés et superposés. Nous avons assisté au recul du modèle bureaucratique au profit du développement d'organisations complexes. La gestion des appareils par la conformité aux normes a été remplacée par la gestion par l'évaluation des résultats. Le registre vocationnel s'est déplacé vers un registre technique et d'expertise. La légitimité de chacun par adhésion aux principes universels se fonde désormais sur l'efficacité individuelle. Enfin, le sanctuaire de constitution des citoyens garanti par le Programme Institutionnel est fissuré par la circulation en son sein des logiques d'une société ouverte et connectée.

Ainsi, le déclin du programme institutionnel est un phénomène majeur affectant profondément notre conception même de l'action à l'hôpital public. Nos identités traditionnelles construites dans le temps de la formation et dans le Programme Institutionnel sont devenues des identités contemporaines fluides, construites tout au long de la vie et dans une multiplicité de rôles et de ruptures, d'accidents, d'expériences. La technocratie qui préside à la gouvernance des hôpitaux publics se trouve elle-même dépassée par l'exigence d'autonomie et de participation qui sous-tend nos relations sociales. Pourtant, la reproduction des corporatismes, les rapports de pouvoir et les fonctionnements en silo continuent d'affaiblir la capacité d'invention et de résolution de problèmes requérant la coopération entre les acteurs et les compétences. Les rapports de domination des hospitaliers sur les usagers, que la démocratie sanitaire par représentation ne résout pas au quotidien, privent l'hôpital d'une contribution précieuse, celle de l'expérience et du savoir dont les usagers sont dépositaires. La balkanisation et la fragmentation des tutelles, des services, des professions, des hiérarchies, constitue un frein à la construction d'une vision partagée, devenue indispensable face à la complexité des parcours de soins. Enfin, le sacro-saint hospitalo-centrisme continue à produire une pensée du curatif et de la supériorité du savoir sur l'expérience alors que seule une pensée de la prévention et de l'inclusion à partir du territoire et de l'ensemble de ses acteurs permettrait de développer une culture de la santé renouvelée.

La conciliation entre des valeurs universelles et des individus autonomes serait-elle dès lors impossible ? Nous ne le pensons pas. Mais il nous faut construire pour ces organisations publiques, inestimables pour notre bien-être individuel et collectif, un mode qui donne à chacun sa pleine expressivité tout en sauvegardant ce qui nous est commun. Se pose en conséquence la question d'un déplacement des déterminations du Programme Institutionnel vers d'autres processus d'individuation et d'animation des collectifs, de production des territoires, des environnements et des horizons d'espoir pour l'hôpital public.

En posant rapidement les enjeux de transformation de l'hôpital contemporain après le déclin du Programme Institutionnel, l'instauration artistique se révèle comme une ressource pour répondre à ces nouveaux enjeux. Le programme Culture à l'hôpital, devenu Culture et Santé en 2006, s'est progressivement construit autour de ces enjeux, bien au-delà de l'affichage de démocratisation culturelle par le ministère de la Culture. Et tout son intérêt est d'avoir été « confisqué » par les acteurs de la santé pour mettre au travail toutes les dimensions de leur culture et pour agir dans le sens de ces adaptations nécessaires.

Si, à l'instar de Jacques-René Tenon³⁹, nous pensons que les hôpitaux sont la mesure de la civilisation d'un peuple, c'est bien qu'ils sont perméables à l'état moral et culturel de leur époque. Aussi, en posant l'hypothèse que l'instauration artistique prend tout son sens dans l'histoire de l'hôpital, nous ouvrons une fenêtre pour comprendre l'évolution des préoccupations et des sensibilités de nos contemporains.

Quand l'hôpital public se construit entre hostilité et hospitalité

L'hôpital incarne encore et toujours l'ambivalence entre hostilité et hospitalité⁴⁰. Il accueille la misère, la souffrance et la fragilité des êtres humains. Il les soulage et les guérit avec un réel dévouement. Et pourtant, il produit aussi de la maltraitance tant à l'encontre des usagers que des professionnels. Le clivage émotionnel chez les soignants est le fruit d'une formation dans laquelle toute « contamination » empathique avec la personne soignée est déconsidérée. Or, une recherche ethnologique⁴¹ a fait la magistrale démonstration que ce clivage était à la racine d'un processus de réification des patients aux yeux des soignants et ouvrait la voie à de nombreuses formes de maltraitance. Nous pouvons également nous interroger, avec l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle, sur la qualité de la prise en charge des patients lorsque les professionnels sont littéralement désactivés sur le plan émotionnel⁴². Et qu'en est-il pour les soignants lorsqu'ils sont aux prises avec

39 Jacques-René Tenon est un chirurgien et professeur de médecine ayant vécu à la fin du XVIII^e siècle.

40 Hospitalité et hostilité ont la même étymologie. Les deux termes viennent du mot latin : « *hostis* », qui dérive de la racine indoeuropéenne « *host* », qui a donné hôte.

41 Nous faisons référence à l'ouvrage suivant : Anne VEGA. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, éditions des Archives contemporaines, Paris, 2000

42 Marie-Christine POUCHELLE. *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière-2*, éditions Seli Arslan, Paris, 2008

des managers incapables de se mettre à leur place et qui optent plus souvent que nécessaire pour des décisions motivées par des valeurs d'efficacité technocratiques. Comment imaginer que la sécurité des soins et la bienveillance relationnelle soit assurées par des professionnels qui sont eux-mêmes aux prises avec une perte de sens de leur métier, avec un environnement de travail dégradé et soumis à de très nombreuses injonctions paradoxales ? Comme par exemple être invité à participer à de grands plans stratégiques tout en ayant recours, au quotidien, à des expédients pour pouvoir exercer *a minima* leurs responsabilités⁴³. Ainsi, penser l'hospitalité pour les usagers, c'est penser dans le même mouvement celle des professionnels et leur offrir la possibilité de se reconnecter avec leur être sensible et émotionnel. Le sujet de la souffrance au travail des paramédicaux, et plus récemment des médecins, ponctué par des drames tels que des suicides, est une préoccupation majeure, dont l'impact sur la qualité des soins ne fait aucun doute. « Il est logique de fuir un environnement qui provoque autant de souffrances », explique Olivia Fraigneau, interne en médecine d'urgence, qui va prendre la présidence de l'Intersyndicale nationale des internes en septembre, et rappelle les chiffres alarmants sur la santé mentale, les burn-out, et même les suicides de soignants.⁴⁴ La récente désaffection des professionnels de l'hôpital donne à voir un affaiblissement sans précédent de l'attractivité de l'hôpital. Les raisons sont multiples et complexes mais nous souhaitons souligner parmi celles-ci la mention régulière par les hospitaliers de l'absence de perspectives à partager pour l'avenir. La dernière mention en date figure dans un article du *Monde* du 22 juillet 2022 :

*« Il faut redonner une vision à l'hôpital, savoir quel système de santé on veut pour demain », estime Djillali Annane, chef de service de réanimation à l'hôpital de Garches (Hauts-de-Seine), qui évoque la nécessité d'un moment charnière, semblable à celui des ordonnances de 1958 sur les CHU, qui ont posé les bases du système actuel.*⁴⁵

43 Marie-Christine POUCHELLE, *Stratégies de l'expédient à l'hôpital. Tours et détours*, in Corinne ENAUDEAU et Patrice LORAUX (coord.), *La Méthode de l'Expédient*, Actes du colloque du Collège International de Philosophie, 2005, Paris, Kimé, 2006, p. 57-77

44 Camille STROMBONI, Delphine ROUCAUTE, « Pourquoi l'hôpital n'est plus attractif pour les soignants. », *Le Monde*, 22 juillet 2022, consulté le 10 août 2022.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/07/22/pourquoi-l-hopital-n-est-il-plus-attractif_6135711_3224.html

45 Camille STROMBONI, Delphine ROUCAUTE, *ibid.*

Ainsi, le talon d'Achille de l'hôpital, parmi d'autres maux, serait la faiblesse de son récit collectif. Selon le philosophe Christian Ruby, « l'institution hospitalière doit la conception de ses formes à l'existence d'un grand récit de la geste hospitalière de service public »⁴⁶. Il montre combien ont été structurants le récit d'une conception de l'assistance et de la charité au XIX^{ème} siècle comme celui de l'idéologie de l'assurance dans l'État providence dans la première moitié du XX^{ème} siècle. Il rappelle aussi l'enthousiasme suscité par le récit archétypal de la conquête technique et du progrès scientifique dans la seconde partie du XX^{ème} siècle.

Mais qu'en est-il aujourd'hui de ce grand récit hospitalier ? Qu'en est-il aujourd'hui de la possibilité même de ce récit dans un « monde liquide »⁴⁷ ? Quelles formes symboliques l'hôpital peut-il produire au temps des soins ambulatoires, de l'hospitalisation à domicile, de la remise en cause du savoir médical, de l'émergence de la figure du patient expert et acteur du système de santé, de la souffrance au travail et des incertitudes organisationnelles ? Quels récits fédérateurs peut-on collectivement élaborer quand « les processus de délégitimation s'insinuent dans toutes les dimensions des institutions héritées »⁴⁸ ?

Lorsque Christian Ruby affirme que « le corollaire de la fin du grand récit hospitalier, et peut-être même son héritage, c'est par retournement, l'humanisation⁴⁹ », il ouvre une voie à l'espoir mais il fait fi du caractère historiquement daté de la notion d'humanisation dans les organismes de soins. Cette dernière renvoie en effet à une époque révolue de la modernisation de l'hôpital consistant à adapter son hôtellerie et son standard de confort à la société de consommation des années 1950 et 1960. L'humanisation aujourd'hui se réinvente dans le concept d'hospitalité qui se donne pour ambition d'améliorer non seulement le confort mais surtout l'habitabilité des lieux de soins, à l'hôpital ou dans la cité. L'habitabilité est un concept issu du domaine des sciences de la vie et de la terre⁵⁰. Il s'emploie habituellement pour juger de la capacité d'un écosystème à accueillir la vie. Ce qui prend tout son sens dans un lieu dont la vocation est d'accueillir et de sauver des vies. Le design s'en est saisi comme signifiant d'une approche méthodologique holistique

46 François DUBET, *op. cit.*

47 Zygmunt BAUMAN. *La vie liquide*, Éditions Hachette, Paris, 2013. Pour lui, une société liquide se caractérise par la vitesse et l'accélération.

48 Christian RUBY, *op. cit.*, p. 12.

49 *Loc. cit.*

50 « L'habitabilité d'une planète est la mesure de la capacité d'un corps astronomique à développer et accueillir la vie. », in https://fr.wikipedia.org/wiki/Habitabilit%C3%A9_d%27une_plan%C3%A8te

des problématiques auxquelles il s'attelle. Mais aussi comme l'affirmation du but d'un design social qui s'intéresse aux dimensions relationnelles, psychologiques, culturelles et spirituelles des usagers, qu'il s'agisse de services ou d'artefacts. L'exergue d'Alain Findeli du manifeste pour le nouveau social et critique du design souligne l'importance de l'habitabilité dans l'épistémologie d'un design contemporain encore émergent : « La fin ou le but du design est d'améliorer ou au moins de maintenir l'habitabilité du monde dans toutes ses dimensions⁵¹. » Cette notion d'habitabilité a été également investie par des géographes tels que Ludovic Falaix et Jean Corneloup dans une récente recherche sur le concept de laboratoires récréatifs comme nouveau paradigmatique de l'action territoriale. La définition qu'ils en donnent évoque les caractéristiques des laboratoires culturels et de design émergeant à l'hôpital. De leur point de vue, les laboratoires récréatifs sont une fabrique collaborative d'une forme culturelle commune qui caractérise la reconfiguration des relations sociales, culturelles et symboliques avec l'espace vécu⁵². Et si le récit de l'hôpital du XXI^{ème} siècle se forgeait dans les laboratoires d'art et de design autour du concept d'hospitalité ?

Habiter le monde, enjeu du design

Le design s'adresse à l'utilisateur dépositaire d'un projet actif : celui d'habiter le monde. Qu'est-ce qu'un être humain qui habite le monde ? C'est un être humain dont le désir et l'expérience singulière sont respectés et reliés à une dynamique de projet collectif. Quelles seraient alors les modulations, les interactions, les collisions entre la figure de l'utilisateur construite par l'hôpital et celle que le design convoque par le prisme de l'habitabilité ?

À l'issue d'une longue évolution du statut du malade dans le champ de la médecine, l'utilisateur contemporain de l'hôpital est désormais considéré comme un patient expert et un acteur de ses soins et du système de santé. Cette nouvelle conception de l'utilisateur est le fruit du militantisme des associations d'utilisateurs en santé qui s'est considérablement développé avec l'épidémie de sida et trouve un second souffle dans l'idéal d'autonomie de la société actuelle. Pour autant, l'héritage de la figure du malade comme un être suspecté de subir une « punition », un individu isolé et soumis à l'autorité médicale et administrative,

51 Philippe GAUTHIER, Sébastien PROULX, Stéphane VIAL, « Manifeste pour le nouveau social et critique du design », *Le Design*, 2015, p. 120-122.

52 Ludovic FALAIX, Jean CORNELOUP, « Habitabilité et nouveau paradigmatique de l'action territoriale : l'exemple des laboratoires récréatifs. », in *L'information géographique*, 2017, p. 78-102, ici p.78.

potentiellement contaminant et quoiqu'il en soit différent, pèse toujours sur nos représentations. C'est pourquoi, le devenir socio-anthropologique de la figure de l'utilisateur de santé est un enjeu de l'instauration artistique à l'hôpital comme dans la cité. Celle-ci porte la promesse de réaliser un idéal de l'individu contemporain pour lequel la vulnérabilité serait au fondement de l'invention de nouvelles capacités pour son autonomie⁵³.

Quelles seraient les modalités de l'hospitalité pour ce nouvel usager ? Edmond Jabès, poète, nous le rappelle : l'hospitalité est un bonheur de recevoir autrui pour lequel l'hôte aménage sa demeure⁵⁴. Comment l'hôpital est-il effectivement « aménagé » pour accueillir la vulnérabilité et l'altérité de personnes malades et de leurs proches dans le respect de leurs droits, de leur rétablissement et de leur autonomie ? Si, comme l'énonce Alain Findeli, l'objet principal du design est la vie quotidienne alors que sa question épistémologique porte sur la transformation du monde, nous affirmons que l'habitabilité a toute sa place comme concept performatif pour améliorer l'expérience de la maladie et de ses traitements lorsque leurs effets sont iatrogènes.

Mais l'habitabilité n'est pas la seule question essentielle pour faire place à l'exigence spirituelle et sensible de l'hospitalité. Et nous rejoignons Christian Ruby lorsqu'il constate, dans son évaluation du programme régional Culture et Santé de la Région Nord-Pas-de-Calais, que « travaillant à un réenchantement du monde par approches créatives et itératives, l'art, la culture et le design ouvrent alors une série d'écarts susceptibles d'expérimenter des configurations nouvelles des formes hospitalières en relais des grands récits déchus »⁵⁵. La notion d'écart nous semble féconde pour appréhender les processus d'investigation des territoires hospitaliers par l'art et le design. Pour François Jullien, « faire un écart, c'est sortir de la norme, procéder de façon incongrue, opérer quelque déplacement vis-à-vis de l'attendu et du convenu ; bref, briser le cadre imparti et se risquer ailleurs, parce-que craignant, ici, de s'enliser⁵⁶ ». Cette posture philosophique de l'écart permet de questionner la misère symbolique des espaces hospitaliers, le fatalisme des formes et des imaginaires et la banalisation des indifférences.

53 Ces notions sont analysées dans le dernier ouvrage du sociologue Alain Ehrenberg : Alain EHRENBURG, *La mécanique des passions : cerveau, comportement, société*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2018.

54 Edmond JABES. *Le livre de l'hospitalité*. Éditions Gallimard, Paris, 1991.

55 Christian RUBY, *op. cit.* p. 13.

56 François JULLIEN. *L'écart et l'entre*. Leçon inaugurale de la Chaire sur l'altérité. Éditions Galilée, Paris, 2012, p. 35.

En somme, l'enjeu de l'instauration artistique à l'hôpital est bien de l'accompagner pour instituer une nouvelle théorie de l'action et des formes concrètes et symboliques de son devenir après le déclin de son programme institutionnel. Nous posons l'hospitalité comme éthique et comme boussole de la conception d'une habitabilité digne d'un hôpital public, en capacité de relever les défis du monde contemporain.

5. Écrire l'hospitalité : une in-discipline

*Un acte d'hospitalité ne peut être que poétique*⁵⁷.

Jacques Derrida

De l'hospitalité

Le terme *hospitalité* vient du mot latin *hostis* qui signifie l'hôte mais aussi l'ennemi. On comprend alors que ces deux termes du rapport à autrui sont à jamais intriqués dans une dialectique ontologique. Et que le basculement de l'un à l'autre est permanent et s'incarne à travers mille détails. À cet égard, nous ne prétendons pas déclinier les bonnes pratiques contributives à l'hospitalité dans les lieux de soins. Mais nous aspirons à saisir, à travers la poïétique des conduites créatrices, ce qui se joue dans cette dialectique et comment elle devient une puissance d'instauration.

Jacques Derrida manie ce concept jusqu'à son point « de retournement vers l'énigme qui le porte »⁵⁸. Il nous conduit dès lors à explorer une double aporie de l'hospitalité dans les lieux de soins. La première concerne la relation entre hospitalité inconditionnelle et hospitalité conditionnelle. Pour Jacques Derrida,

L'hospitalité absolue exige que j'ouvre mon chez-moi et que je donne non seulement à l'étranger (pourvu d'un nom de famille, d'un statut social d'étranger, etc.) mais à l'autre absolu, inconnu,

57 Jacques DERRIDA, Anne DUFOURMANTELLE, *De l'hospitalité*, Éditions Calmann Lévy, Paris, 1997, p. 10.

58 Jacques DERRIDA, Anne DUFOURMANTELLE, *op. cit.*, p. 16.

anonyme, et que je lui donne lieu, que je le laisse venir, que je le laisse arriver, et avoir lieu dans le lieu que je lui offre, sans lui demander ni réciprocité (l'entrée dans un pacte), ni même son nom⁵⁹.

L'hôpital public reste l'un des derniers lieux de la République à mettre en acte l'hospitalité absolue. Il accueille la personne en détresse vitale, sans lui demander au préalable son nom et son lieu de vie mais en lui prodiguant les gestes d'urgence pour le sauver. Il accueille la personne dont les troubles psychiques ont aliéné la conscience, parfois sans domicile et sans liens sociaux. Cet accueil inconditionnel est possible dans le temps de l'accueil et de l'urgence mais pas dans le temps du séjour à l'hôpital. Car il s'agit d'un lieu public dont personne n'est dépositaire, ni les professionnels, ni les usagers et qui ne peut fonctionner que dans le respect des lois et des règlements. L'hospitalité en milieu de soins est toujours le fruit d'une négociation entre les administratifs, les techniciens, les médecins, les paramédicaux, les politiques et désormais les représentants d'usagers et les accompagnants. L'hospitalité conditionnelle se fait au cœur de cet écosystème. Ces deux conceptions de l'hospitalité ne sont pas seulement cumulatives, elles constituent l'aporie. Pour offrir l'hospitalité inconditionnelle il faut transgresser les lois et les limites de l'hospitalité conditionnelle ; pour offrir une hospitalité conditionnelle, il faut transgresser l'hospitalité inconditionnelle en créant des limites et des règles. Pour les soignants, c'est une injonction paradoxale au quotidien. L'essence même de leur vocation réside dans l'hospitalité inconditionnelle – tu dois soigner tout homme qui te présente son visage de vulnérabilité quel que soit son nom, son origine et son statut – mais pour exercer son métier de soignant, des règles sont à respecter et à faire respecter. La création est elle-même prise dans cette injonction paradoxale. Elle est requise pour sa liberté, sa capacité à faire advenir un être/œuvre nouveau, délié de toutes contingences, mais l'exercice de sa liberté à l'hôpital ne peut s'effectuer que dans le respect de ses règles.

Jacques Derrida déploie son raisonnement jusqu'au paradoxe en s'interrogeant sur la nécessité de demander à l'étranger de parler notre langue. La langue étant entendue ici comme ce système global de signes qui fait sens.

59 Jacques DERRIDA, Anne DUFOURMANTELLE, *op. cit.*, p. 29.

S'il parlait déjà notre langue, avec tout ce que cela implique, si nous partagions déjà tout ce qui se partage avec une langue, l'étranger serait-il toujours un étranger et pourrait-on parler à son sujet d'asile ou d'hospitalité⁶⁰ ?

Ainsi, en se familiarisant avec les lieux et les codes de l'hôpital, nous sortons de notre statut d'hôte, nous annulons la nécessité de faire acte d'hospitalité. En l'occurrence, nous entrons dans une forme de chronicité. Nous touchons là à une deuxième aporie de l'hospitalité : elle se doit de donner les clés à l'hôte pour apprivoiser un lieu qui sans cet acte sera vécu comme hostile, mais ce faisant elle annule l'acte même d'hospitalité et prend le risque que l'hôte se sente « chez lui ». À l'hôpital, dès lors que l'hôte (l'usager) donne des signes de se sentir « chez lui », il suscite de l'hostilité chez les soignants. Car ceux-ci ont apprivoisé l'espace depuis longtemps et se sentent donc chez eux de manière plus légitime que les usagers. Ils illustrent ainsi pleinement l'ambivalence du terme *hostis* :

Je commence à tenir pour un étranger indésirable, et virtuellement un ennemi, quiconque empiète sur mon « chez-moi », sur mon ipseité⁶¹, sur mon pouvoir d'hospitalité, sur ma souveraineté d'hôte⁶².

Le patient est et doit rester un étranger afin que l'hôpital réalise sa vocation d'hospitalité. Étranger, il l'est devenu par la maladie qui l'isole de la communauté d'expérience de ses pairs. Une fois accueilli, il est Étranger *a(s)-signé* car avant tout étranger au système de signes produit par l'hôpital. Il arrive en « terre étrangère ». Cela est essentiel à comprendre dans toute tentative de mise en acte de l'hospitalité qui passe de ce fait par la consolidation des repères, de l'accès à l'information et de l'orientation dans les espaces de soin. Du point de vue du design, tenter de répondre à cette question, ce n'est pas seulement mettre en œuvre un langage signalétique lisible et efficace. C'est traduire dans son geste la nécessité « de donner lieu au lieu⁶³ », c'est-à-dire de confier à l'hôte, en l'occurrence le patient, la capacité non seulement de s'orienter mais aussi de construire son autonomie dans le lieu où il arrive et d'être entendu pour la question existentielle qui

60 Jacques DERRIDA, *op. cit.*, p. 21.

61 Ce qui fait qu'un être est lui-même et non pas autre chose.

62 Jacques DERRIDA, *op. cit.*, p. 53.

63 Jacques DERRIDA, *op. cit.*, p. 20.

s'impose, celle de sa raison et de sa folie, de sa maladie et de sa santé, de sa vie et de sa mort. L'enjeu de l'hospitalité par les formes et le langage c'est la composition de signes invitant l'Étranger à reconnaître intuitivement qu'il est d'abord un hôte.

Pourrions-nous dépasser cette aporie en définissant l'hospitalité du lieu hôpital comme une ressource de réassurance de l'hôte pour gagner en autonomie afin de poursuivre son voyage ? L'hospitalité ne se conçoit pas en dehors du mouvement. Désormais on parle d'ailleurs dans le domaine de la santé du parcours de soins du patient. Cette notion d'autonomie soutient tout le champ de la réhabilitation psycho-sociale et du rétablissement des patients. Nous l'avons déjà évoqué, elle retourne comme un gant la question de l'hospitalité des lieux de soins vers celle des lieux de vie des patients/habitants et interroge crûment la qualité de l'habitabilité du monde. Il arrive, particulièrement en psychiatrie, que les soignants aient des scrupules à renvoyer certains patients chez eux en raison de la précarité de leur logement et de leur isolement social dans la ville. L'enjeu n'est donc plus seulement de concevoir des espaces accueillants et accessibles au corps comme à l'intelligence mais aussi de concevoir des dispositifs d'accompagnement dans un cheminement vers l'autonomie, vers le décrochage d'avec l'hospitalité de l'hôpital, un parcours de rétablissement.

En somme, pourrait-on résoudre cette aporie de l'hospitalité par un design dédié à l'accompagnement des hôtes vulnérables à s'affranchir de l'hospitalité qui leur est faite ?

Ce cheminement, ce rétablissement en mouvement et en divers lieux, repose alors la question de l'hospitalité non plus comme le passage d'un seuil vers un « chez-soi » de l'hôte mais comme « l'acte qui ne peut être offert qu'ici et maintenant, quelque part. Un lieu qui n'appartiendrait originellement ni à l'hôte, ni à l'invité mais au geste par lequel l'un donne accueil à l'autre⁶⁴ ». En conséquence de quoi, notre manière de faire hospitalité relèverait d'une éthique définie par le philosophe Emmanuel Levinas⁶⁵ comme la responsabilité de chacun face à la figure de vulnérabilité d'autrui. Or celle-ci constitue l'essence même du soin. Un design de l'hospitalité pourrait alors se donner comme objet de concevoir des auxiliaires à cette éthique singulière de la relation. Emmanuel Levinas dit que le sujet est un hôte, c'est donc par l'acte même de l'hospitalité que l'on constitue l'autre en sujet. Mais il dit aussi que le sujet est un otage et réintroduit l'hostilité dans l'hospitalité. Cette dialectique se retrouve dans l'ambivalence du lien thérapeutique entre

64 Jacques DERRIDA, *op. cit.*, p. 62.

65 Emmanuel LEVINAS, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Le Livre de Poche, Paris 1971.

dépendance et autonomie. Alors que l'autonomie des patients constitue l'objectif thérapeutique, il arrive à certains soignants de cultiver le lien de dépendance, considérant peut-être qu'ils sont les plus aptes à protéger les patients d'eux-mêmes et des autres. Dans ce cas, l'hospitalité a pour vocation d'instaurer un universel concret capable d'améliorer effectivement l'autonomie des acteurs et, de ce fait, de questionner l'habitabilité du monde qui les accueille.

Enfin, nous avons vu que l'hôpital, en tant qu'hétérotopie⁶⁶ accueillant la fragilité et la pathologie, fonctionne comme un révélateur de l'état de conscience morale du monde. Pour s'en convaincre, il nous suffit d'évoquer l'hécatombe des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation⁶⁷. En conséquence, travailler sur l'éthique de l'hospitalité de l'hôpital par l'art et le design, c'est également mettre en question l'éthique globale de notre société. Pratiquement, cela signifie que l'enjeu de l'action culturelle, artistique et de design dans les lieux de soins est de créer des espaces et des temps qui « ménagent » les lieux pour accueillir l'altérité et la fragilité. Mais il est aussi de contribuer à ce que Bernard Stiegler appelle « le plan qui m'enchante⁶⁸ », c'est-à-dire le plan du symbolique et de l'anamnèse collective. Pour lui, « ce plan est ce qu'il y a de plus précieux : c'est le plan des motifs⁶⁹. » Nous reprendrons cette figure des motifs dans nos hypothèses en tant que figure d'une poétique autrement dit du plan qui enchante.

Si l'hospitalité est réellement au cœur du nouveau récit de l'hôpital contemporain, nous postulons qu'il existe une poïétique de l'art et du design en train de l'écrire et d'en dessiner les motifs.

Art, design et culture : un périmètre d'in-discipline

Appelons poïétique l'ensemble des études qui portent sur l'instauration de l'œuvre, et notamment de l'œuvre d'art⁷⁰.

66 Michel FOUCAULT, *Le corps utopique - Les hétérotopies*, Éditions Lignes, Paris, 2019.

67 Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Éditions Flammarion, collection Champs, Paris, 2009.

68 Bernard STIEGLER, *Ars industrialis, réenchanter le monde, la valeur esprit contre le populisme industriel*, Éditions Champs essais, Paris, 2016, p. 99.

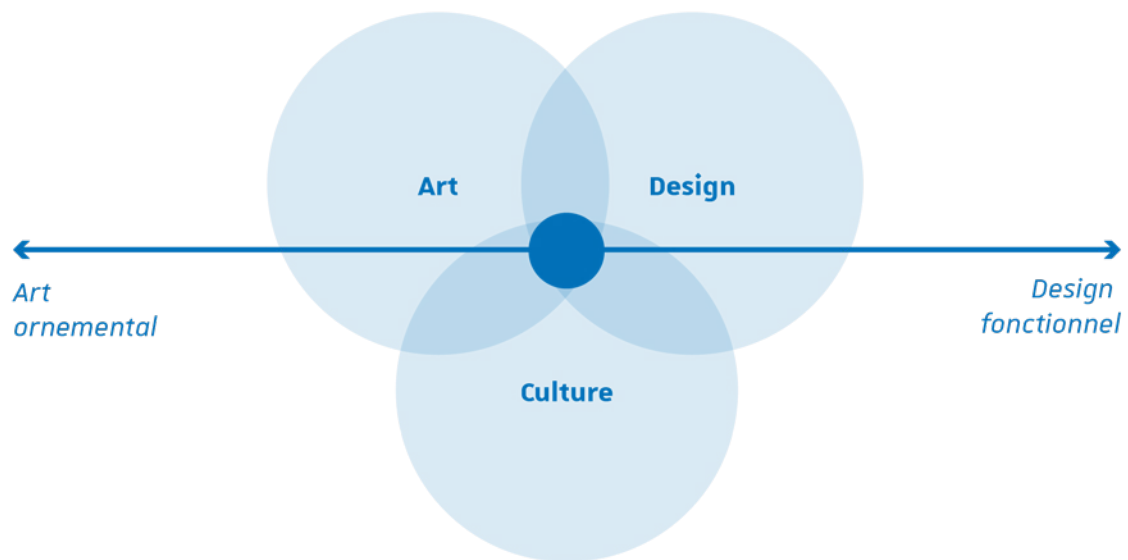
69 Bernard STIEGLER, *ibid.*, p. 99.

70 René PASSERON, *op.cit.*, p. 13.

En faisant nôtre cette définition de la poïétique, nous nous donnons comme objet de qualifier les critères des œuvres et des démarches qui les instaurent dans le contexte spécifique de l'hôpital. Il nous semble possible d'observer, de décrire et d'inférer des démarches et des valeurs qui travaillent profondément et spécifiquement les projets de création à l'hôpital. La méthode scientifique nous invite à définir des frontières, des normes et des caractéristiques et nous nous y emploierons. Mais nous chercherons également à trouver les façons dont cette approche normative peut se retourner et se libérer. Car nous pensons que la création est un mouvement qui échappe sans cesse à toute tentative d'assignation à un cadre normatif.

C'est pourquoi la notion *d'in-discipline*, évoquée maintes fois par l'historien de l'architecture Alain Charre⁷¹, nous paraît nommer avec justesse la relation qui se noue entre art, design et culture dans un contexte aussi contraint que celui de l'hôpital. L'in-discipline est non seulement à la convergence des tangentes de plusieurs disciplines mais sa singularité réside dans le « et » qui les relie entre elles. La liberté d'interprétation de cette conjonction de coordination transforme l'in-discipline en méthode de pensée faite de doute et de recherche. La création qui nous intéresse à l'hôpital se situe à l'intersection de l'art, du design et de la culture dans leur manière respective d'échapper au carcan de leur définition académique et usuelle. Autrement dit, les paradigmes de la création s'actualisent dans leurs rapports avec ce territoire singulier qu'est l'hôpital. Pour ce faire, il nous faut définir la tangente de chacune de ces disciplines jusqu'au point où elle rencontre les autres. Ces tangentes croisent une droite sur laquelle on situera l'art ornemental à une extrémité et le design fonctionnel à l'autre. Pour caricaturer, on pourrait imaginer une sculpture d'agrément dans le hall d'accueil de l'hôpital d'un côté et le design du lit médicalisé de l'autre. L'instauration artistique qui nous intéresse ne se situe ni du côté de la sculpture décorative ni du côté du lit médicalisé. Une poétique hospitalière susceptible de participer de l'instauration de l'hospitalité dans les lieux de soins se situe exactement à l'intersection de cette droite, de l'ornement au fonctionnalisme, et des tangentes des disciplines de l'art, du design et de la culture.

71 Le terme *d'in-discipline* dans la pensée d'Alain Charre a été longuement évoqué dans la journée d'étude qui lui a été consacrée au premier anniversaire de son décès le 5 avril 2019 à Lyon.



Afin d’appréhender les tangentes des disciplines citées, il nous faut remonter aux mouvements fondateurs de l’art moderne. Suite à l’exposition « Le dernier tableau » organisée par Alexander Rodchenko en pleine tourmente révolutionnaire, l’art s’est trouvé en charge d’un certain fonctionnalisme au regard de sa responsabilité sociale. En Allemagne, le Bauhaus se donne pour enjeu d’accompagner la création d’un monde nouveau qui serait restitué au peuple. Quand l’art académique était complice d’une prise de pouvoir culturelle des élites sur le monde, l’art moderne voulait, lui, soutenir et traduire dans les formes un élan démocratique instaurateur d’égalité et de progrès. Les avant-gardes successives de la première moitié du XX^{ème} siècle n’ont eu de cesse de confirmer la rupture avec les valeurs bourgeoises et académiques, avec les normes stylistiques, cherchant à diffuser une esthétique de la vie quotidienne et de la responsabilité sociale.

Après les désillusions de l’après-guerre mondiale et du soviétisme, l’art a connu un nouveau tournant décisif dans les années 1960 et 1970, notamment aux États-Unis. Il se développe en tant que point de vue critique sur une société qui a trahi ses idéaux et qui se précipite dans le consumérisme. Voilà donc l’art qui prend ses distances avec lui-même pour devenir le critique le plus virulent de la vanité de l’œuvre et de l’artiste lui-même. C’est ainsi que ce dernier remet en cause son rôle de demiurge. Selon la célèbre formule de Marcel Duchamp, « ce sont les regardeurs qui font les tableaux », le spectateur participe désormais de l’œuvre. D’abord théorisée du point de vue de la réception esthétique, la participation du spectateur à l’œuvre se déplace progressivement vers la poïétique.

Celle-ci s'intéresse dès lors à la participation du spectateur à la fabrication même de l'œuvre. Nous verrons par la suite combien cette dimension de cocréation est essentielle dans les processus en art et design à l'hôpital.

Enfin les bouleversements conceptuels apportés par les théories de l'art contemporain restaurent la prééminence du contexte et de la relation dans le processus créateur. Paul Ardenne qualifie l'art contextuel de « mise en rapport directe de l'œuvre et de la réalité, sans intermédiaire⁷² ». Nicolas Bourriaud a quant à lui théorisé :

la possibilité d'un art relationnel (un art prenant pour horizon théorique la sphère des interactions humaines et son contexte social, plus que l'affirmation d'un espace symbolique autonome et privé), témoignant d'un bouleversement radical des objectifs esthétiques, culturels et politiques mis en jeu par l'art moderne⁷³.

Nous verrons ultérieurement que les projets artistiques à l'hôpital sont généralement caractérisés par cette double approche de l'art contextuel et de l'art relationnel

Ainsi nous assistons dans l'art à un dépassement de la contemplation esthétique par le fonctionnalisme, puis du fonctionnalisme par les sphères relationnelle et contextuelle. La tangente de l'art qui nous intéresse se situe dans ce *poïen*⁷⁴ qui ouvre un champ d'intégration avec le design. Mais de quel design parle-t-on ?

La spécificité du design est de répondre en même temps aux exigences du fonctionnalisme et de l'esthétique. Il est marqué en France par une culture d'ingénieur et poursuit un objectif d'efficacité dans l'usage des choses. Mais il est aussi devenu un domaine de signature pour des créateurs plus préoccupés par leur distinction que par la satisfaction des besoins auxquels ils auraient dû répondre, se rapprochant à cet égard du monde traditionnel de l'art dans lequel l'artiste est reconnu pour la singularité de son expression. On a donc vu le design se séparer en deux branches principales : le design industriel et le design d'édition. Pour autant, une troisième branche a fait son chemin et trouve à s'exprimer aujourd'hui. Après la tentative du Bauhaus de concevoir un « art utile à la société », le design a déclaré à son tour sa vocation sociale et écologique par la voix de son pionnier, Victor Papanek. Dans son ouvrage « Design pour un monde réel », paru en

72 Paul ARDENNE, *Un art contextuel*, Flammarion, Paris, 2017, p. 12.

73 Nicolas BOURRIAUD, *Esthétique relationnelle*, Les presses du réel, Paris, 2018, p. 12.

74 *Poïen* vient du grec et veut dire *faire*.

1971, Papanek éveillait déjà les consciences à la responsabilité éthique du designer. Pour lui, « le design doit devenir un outil novateur, hautement créateur et pluridisciplinaire, adapté aux vrais besoins des hommes⁷⁵. » Visionnaire du design, l'auteur serait probablement heureux de constater que se développe dans les mondes sociaux un mouvement de synthèse des différentes composantes du design – l'ingénierie et la création ; la pensée et le faire ; la singularité et le collectif – au sein de ce qu'Estelle Berger nomme dans sa thèse un *Ut design poesis*⁷⁶.

En effet, de nouvelles conceptions du design sont désormais en capacité d'accompagner une réflexion sur le social, grâce à sa plasticité et à ses compétences de traitement de la complexité. Ce que Pierre Litzler, avec Alain Findeli, Stéphane Vial⁷⁷ et d'autres, appelle le « design contemporain » est qualifié de « contextuel, mobile et critique » et se déploie ainsi dans des « territoires inexplorés » avec beaucoup de célérité. Design de service, design social, design des politiques publiques, design du *Care* sont différentes modalités d'action que recouvre ce design contemporain, tangentes disciplinaires qui nous intéressent ici. Aussi, l'instauration artistique trouve-t-elle dans ce design polymorphe – inclusif de toutes les catégories du design – de précieuses ressources pour penser les formes effectives de l'hospitalité dans les lieux de soins. Avec Pierre Litzler, « nous observons conjointement dans les arts et le design l'émergence de pratiques polymorphes qui se caractérisent par leur implication au cœur de l'espace social. Elles questionnent les frontières de leur domaine et mettent notamment en jeu la relation au sujet qui, de spectateur ou d'utilisateur, devient acteur. Ces pratiques sont regroupées sous la notion de « création-située », tendant à une « mise en projet du lieu »⁷⁸. » Le contour de notre recherche se dessine dans cette « mise en projet du lieu » de l'hôpital, par l'ouverture d'un champ de recouvrement de l'art, du design et de la culture, à la convergence de leurs tangentes, que nous nommons « poïétique ». L'architecture se présente à cet égard comme un art de synthèse possible dans une logique d'intégration.

75 Victor PAPANEK, *Design pour un monde réel*, Les presses du réel, Dijon, 2021, p. 32.

76 Estelle BERGER, *Poïétique du design, entre l'expérience et le discours*, thèse de doctorat en Art et histoire de l'art, (dir. Guy Lecerf et Céline Caumon), Université Toulouse le Mirail, Toulouse II, 2014.

77 Pierre LITZLER, « La conception design, un processus de jeux et d'enjeux sociétaux », in *Poïétique du design, vers de nouveaux paradigmes de la conception ?* L'Harmattan, Paris, 2014, p. 19-31.

78 Stéphanie SAGOT, Jérôme DUPONT, « Concevoir par le design des outils du développement territorial : diagnostic sensible et création-située », in *Poïétique du design : vers de nouveaux paradigmes de la conception*, p. 87-97.

L'expérience a en effet montré que les œuvres d'art et de design à l'hôpital trouvent leurs moyens de production et de diffusion dès lors qu'une politique culturelle volontariste les inscrit dans une histoire, des pratiques, des valeurs, des communautés, en somme dans la vie institutionnelle. Ainsi, la culture transcende l'œuvre isolée et rend intelligible ce qui fait défaut ou ce qui fait dissensus dans la grammaire bien huilée de l'institution. Dominique Wallon définit la culture comme « le rapport entre la société, son imaginaire et sa capacité de création ; les artistes constituent l'élément décisif de ce faisceau de rencontres⁷⁹. » Historiquement, le développement culturel vise à favoriser l'émancipation des citoyens et leur capacité à participer pleinement au monde et à ses transformations. À l'hôpital, cette dimension émancipatrice de la culture à travers les créations humaines (patrimoine, art, design) est à mettre en regard de la culture du point de vue anthropologique, de ce qui fonde un institué ou une communauté : les valeurs, les codes et les usages. C'est tout l'enjeu d'une politique culturelle à l'hôpital : faire émerger une culture vivante et réflexive, fondée sur l'interrogation réciproque de l'hôpital et de la cité, dans une quête de sens où la fragilité a beaucoup à nous apprendre.

Rappelons pour finir que la figure qui rend possible cette intégration des trois dimensions de l'art, du design et de la culture dans un lieu comme l'hôpital, c'est le médiateur que nous avons nommé le *drogman*. Yves Michaud souligne l'apparition de nouveaux médiateurs qui ne se contentent plus de faire professionnellement leur travail pédagogique :

Apparaît (...) une nouvelle figure dans le monde de l'art et de la culture, celle d'un producteur d'événements et de significations, un être bizarre entre l'artiste, le producteur, le communicateur et l'intellectuel⁸⁰.

Cette figure du *drogman* nous accompagnera dans l'étude poïétique des conduites créatrices à l'hôpital.

79 Thierry FABRE, « Entretien avec Dominique Wallon : « il faut redessiner les fins de la politique culturelle » », *La pensée de midi*, n°16, 205/3, p. 34-42.

80 Yves MICHAUD, « Quelques réflexions après les vôtres », in Denis CERCLET (dir.), Michel KNEUHBÜLER (coord.). *Ré-inventer la politique culturelle*. La passe du vent, Faire cité, Lyon, p. 360.

6. Les motifs d'une poétique hospitalière

*L'œuvre de l'esprit n'existe qu'en acte*⁸¹.

Paul Valéry

Nous formulons l'hypothèse selon laquelle l'instauration artistique se déploie à l'hôpital en quatre motifs, dessinant une poétique hospitalière, autrement dit un ensemble de propositions sémantiques et sensibles traduisant dans les faits une éthique de l'hospitalité. Le terme « motif » est à prendre au double sens d'une motivation et d'une figure esthétique qui se répète. Bien évidemment, ces propositions de motifs d'instauration artistique ne prétendent pas à l'exhaustivité. Elles s'inspirent des conduites créatrices expérimentées dans notre parcours biographique et font écho aux différentes méthodes de la poïétique exposées par René Passeron.

Le motif réflexif

L'instauration artistique s'opère grâce à des dispositifs interdisciplinaires ou in-disciplinaires, associant généralement sciences humaines et sociales et compétences de conception. Dans la droite ligne d'une poïétique positive⁸², elle ouvre à toutes les disciplines la possibilité d'interpréter une situation et de la donner en partage. Ces dispositifs questionnent notamment les pratiques au quotidien de l'hôpital, relevant d'héritages ou de traits culturels constituant souvent des points aveugles dans la dialectique hostilité – hospitalité. Ils créent le plus souvent des espaces tiers où peuvent se travailler les dénis et les controverses avec une diversité d'acteurs dans et en-dehors de l'hôpital. Ils troublent les frontières, les espaces et les temps qui structurent le quotidien de l'hôpital et en interrogent la pertinence. Ils transforment les règles du jeu relationnel et déplacent les rôles assignés à chacun. En outre, l'instauration artistique par la réflexivité fait rarement l'économie d'inscrire sa démarche dans une perspective diachronique en mobilisant histoire, patrimoine et mémoire dans le mouvement même d'une pensée du devenir.

81 Paul VALÉRY, *Introduction à la poétique*, Gallimard, Paris, 1938

82 René PASSERON, *op.cit.*

Le motif relationnel

L'instauration artistique à l'hôpital embrasse également les questions plus intimes et plus existentielles du vécu des personnes, dans un contexte où la maladie a abrasé nombre de certitudes et amplifié les situations de dépendance. Art participatif, ateliers de création partagée, design collaboratif sont autant de modalités atténuant la réduction du sujet à sa pathologie et l'appauvrissement de ses interactions sociales. La création à l'hôpital participe de cette manière à l'émancipation individuelle et à la conquête d'autonomie des patients. Elle rejoint la poïétique en ce qu'elle conduit « à reconnaître comme un trait de santé la capacité que quelqu'un garde de créer quelque chose, même s'il présente des perturbations affectives ou des écarts de conduite⁸³ ».

La poïétique s'intéresse en outre à la création collective car :

elle met en question le dogme que toute création ne peut venir que d'un sujet individuel – elle exige que l'attention du chercheur soit centrée sur la modalité instauratrice – elle tente de repérer des modalités spécifiques de cette instauration quand l'agent promoteur n'est plus un individu mais un groupe, voire une société, – elle profite de cet examen pour clarifier les aspects sociaux de toute création, – et s'il y a lieu, par un choc en retour, elle exige que ces aspects ne soient pas omis, comme facteurs essentiels ou non, quand on revient à la création individuelle⁸⁴.

Cette approche éclaire le motif relationnel car elle souligne que :

la prise en main de l'activité créatrice par des groupes « d'amateurs » démontre au contraire que l'insatisfaction scandalisée – liée à l'éveil d'une conscience politique – devant les formes urbaines, architecturales et décoratives imposées du dehors à une population ainsi défiée, déclenche des phénomènes où la poïétique trouve des preuves que les fonctions dont elle s'occupe ne sont pas des propriétés factices, réservées à des artistes prétendument « professionnels » mais bien des capacités, latentes ou explicites de tout homme⁸⁵.

83 René PASSERON, *op.cit.*, p. 113.

84 René PASSERON, *op.cit.*, p. 54.

85 René PASSERON, *op.cit.*, p. 60.

Dans un contexte où les hommes sont livrés pieds et poings liés à la dépendance d'un autre - le médecin, le soignant, où son corps, et consubstantiellement son identité, est aliéné par la maladie et les effets iatrogènes de la prise en charge et en chair, où l'estime de soi est soumise à la déflagration de la douleur et à la menace de la déchéance, où un système global institutionnel s'organise autour de la pathologie, écartant peu ou prou les autres dimensions de la personne humaine, on comprend combien l'accès à ces capacités latentes de créativité devient vital. Au regard de cet enjeu éthique et humain constitutif de l'hospitalité, nous rejoignons René Passeron lorsqu'il dit à propos de la création collective que parce qu'elle se dépasse en opération créatrice « l'œuvre peut être décevante sans que le processus de sa création soit pour autant condamné⁸⁶. » Ceci est d'importance et explique que le choix du corpus d'études de cas repose autant sur la qualité esthétique de l'œuvre que sur sa puissance instauratrice.

Le motif esthétique

Dans la poïétique de l'art et du design à l'hôpital, l'esthétique devient esthésie car « l'*aisthesis* constitue le tissu existentiel de la conscience que nous prenons des choses, des hommes, des institutions et de nous-mêmes⁸⁷. » C'est pourquoi, l'esthétique, dans notre approche, se démarque de sa définition académique de « philosophie et de science de l'art⁸⁸ », qui nous conduirait à analyser de manière positiviste les œuvres comme des objets « définissables⁸⁹ ». L'esthétique est donc appréhendée dans son sens étymologique d'*aisthesis* qui signifie sensibilité en grec « avec la double signification de connaissance sensible (perception) et d'aspect sensible de notre affectivité⁹⁰ ». À ce titre, nous faisons nôtre l'exclamation de Paul Valéry « L'esthétique c'est L'ESTHÉSIS⁹¹ ».

En effet, dans notre perspective d'instauration artistique comme effectivité de l'éthique d'une hospitalité, il nous importe avant tout de comprendre quelles sont les opérations sensibles qui éveillent notre être-au-monde comme dépassement et sublimation de

86 René PASSERON, *op.cit.*, p. 65.

87 René PASSERON, *op.cit.*, p. 30.

88 Etienne SOURIAU, *Vocabulaire d'esthétique*, PARIS, Éditions PUF, 2010, p. 727.

89 Paul VALÉRY, *op.cit.* p. 39.

90 Denis HUISMAN, *L'esthétique*, Paris, PUF, Que sais-je, 1992, p. 3.

91 Denis HUISMAN, *op.cit.*, citant Paul VALÉRY, *Discours inaugural du II^e Congrès international d'esthétique et science de l'art*, PUF, Paris, 1937.

l'ici et du maintenant et de leurs contingences. Dans un contexte de vulnérabilité psychologique, physiologique et social, nous avons à accueillir ce que l'œuvre pourrait déceler de puissance « d'éveil existentiel⁹² ».

En somme, les propositions créatrices de ce motif se caractérisent par l'attention portée à l'expérience subjective et aux ressentis sensoriels des personnes. Elles mettent généralement en œuvre des méthodes participatives leur permettant d'injecter la dimension sensible et affective ainsi captée dans la formalisation d'une œuvre. En effet, c'est dans la transformation de cette connaissance de l'expérience intime de l'autre en œuvre de création que l'instauration artistique a lieu. À cet égard, le motif *esthétique* inclut dans le processus de création l'expérience de l'utilisateur, en particulier la perception psychologique et phénoménologique de son milieu et de ses usages.

Le motif de la novation

La poïétique privilégie l'idée de novation⁹³. Elle désigne les œuvres faisant advenir une idée ou une forme en puissance. Dans notre contexte, il s'agit des actions manifestes qui portent pour l'hôpital lui-même un questionnement ontologique ou bien ouvre une voie prospective nouvelle.

Le motif de la novation se déploie de préférence dans les domaines de l'innovation technologique et de la recherche. Il participe ainsi de l'instauration artistique par la conception de dispositifs de création fondés sur des études scientifiques, apportant la preuve de leur apport à la qualité des soins et au rétablissement des usagers. À la recherche d'une légitimité scientifique de ces conduites créatrices, la dimension néopositiviste de la novation pose la question de ce qui reste irrésolu dans l'acte de création.

Ce souci de la novation amène la poïétique à donner une place importante à l'espoir puisqu'elle est force instauratrice d'une action nouvelle susceptible d'apporter une amélioration dans le soin. À cet égard, elle développe des aménités particulières avec la philosophie du Rétablissement, mouvement de réhabilitation psycho-sociale des

92 Chris YOUNES, « La beauté des lieux comme éveil existentiel », in *La beauté des villes / La ville de l'étranger*, Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines, n° 28, 2012.

93 Nous nous référons pour l'hôpital à la définition qu'en donne le Groupe SOS : « Novation Sociale est un outil d'intelligence collective qui entend délivrer des propositions de réponses innovantes aux problématiques dites de « signaux faibles », celles qu'on ne repère que sur le terrain, au contact des publics accompagnés. » dans « Le rapport innovation sociale du groupe SOS », 2012-2013.

personnes souffrant de maladies chroniques également fondée sur un avenir possible et désirable. Dans cette perspective, la poïétique de l'art à l'hôpital porte un horizon d'espoir quant au devenir-être des interactions et spécifications de ce lieu à haute qualité existentielle (HQE) – le rétablissement étant la forme méthodologique et thérapeutique que prend l'espoir d'un devenir-être de la personne malade.

7. Études poïétiques et recherche-projet : explorer la création in situ

Nous nous rangeons à l'idée de Paul Valéry selon laquelle « c'est l'exécution du poème qui est le poème »⁹⁴. À cet égard, ce sont bien les interventions artistiques en actes que nous nous efforçons de mettre en lumière, c'est-à-dire les opérations et l'esprit qui les animent qui aboutissent à la présence « d'êtres singuliers, dont l'existence est leur fin⁹⁵. » Cette définition de la création nous conduit à écarter de notre corpus les réalisations dont l'objectif principal est exogène à celui de leur propre existence : l'art-thérapie soumis à la raison médicale ; l'art ou le design ornemental soumis à la raison décorative ; le design fonctionnel soumis à la raison de l'efficacité ; le design d'innovation soumis à la raison managériale. Bien que les frontières soient poreuses, nous pouvons définir la conception artistique envisagée par notre étude comme un art du questionnement et de l'écart. Un art qui s'inspire, révèle et transforme à la fois le lieu problématisé dans lequel il intervient. Un art qui implique les acteurs de l'hôpital et rend tangibles et perceptibles les mythologies hospitalières⁹⁶. Un art dont la valeur est de faire droit et apporter une légitimité à l'expression du sensible et des émotions. Nous ajouterons à cette approche de la création à l'hôpital l'importance de son inscription dans une perspective culturelle qui lui donne un sens pour la collectivité. En cela, la création ne peut se confondre avec la simple production, car « créer c'est toujours créer un avenir⁹⁷ ».

Pour étayer les hypothèses présentées, nous nous proposons de mettre en œuvre deux méthodes d'investigation : l'étude poïétique de cas et la recherche-projet.

94 Paul VALÉRY, *op. cit.*, p. 42.

95 René PASSERON, *op. cit.*, p. 125

96 Cette notion est notamment développée par Arnaud Théval, artiste et Marie-Christine Pouchelle, anthropologue.

97 René PASSERON, *op. cit.* p. 155.

L'étude de cas : les cahiers poïétiques

Nous avons souligné dans l'introduction combien le processus d'anamnèse développé dans ce travail de recherche en était à la fois la source et le matériau. En conséquence, revisiter de manière active, sur le plan sensible et cognitif, notre parcours professionnel devient l'une des modalités méthodologiques d'exploration des conditions d'instauration artistique. En outre, le temps long de cet itinéraire personnel interroge l'importance de la figure du *drogman*. Il permet aussi d'éclairer les enjeux de pérennité des structures de projet dans la perspective d'une création continuée⁹⁸, figure essentielle d'instauration artistique dans les institutions. La trajectoire biographique constitue donc la colonne vertébrale de ce travail. Elle se bâtit autour d'études poïétiques explorant différentes modalités d'instauration artistique mobilisant une diversité de disciplines et de conduites créatrices.

Les études poïétiques portent sur des expériences artistiques et de design à l'hôpital ouvrant une dialectique entre valeurs du soin et attitudes de l'art. Celles-ci sont sélectionnées selon leur pertinence au regard des hypothèses formulées mais également en fonction des contraintes objectives d'accès aux archives et aux acteurs. Elles doivent permettre d'appréhender une diversité d'intentions et de processus.

La poïétique positive consiste à adopter les techniques de toutes les sciences humaines et sociales d'établissement des faits pour constituer des dossiers descriptifs et analytiques. En l'occurrence, nous souhaitons documenter des cahiers poïétiques pour les études de cas que nous aurons à déconstruire, pour restituer les données des conditions de la production de l'œuvre et son analyse. En ce qui concerne cette dernière, René Passeron nous invite à éviter tout système interprétatif réducteur qui écraserait de sa cohérence cognitive l'être même du processus. Il préconise « une méthodologie du non⁹⁹ ». Elle consiste à laisser ouvertes la possibilité et la liberté de convoquer tous les systèmes d'analyse et d'interprétation du cheminement de conception de l'œuvre, à condition de « laisser être l'objet qu'elle étudie ». À cet égard, le format du « cahier » donne toute souplesse aux formes de transcriptions de l'étude poïétique : croquis, photographies, poèmes, textes, entretiens, plans, etc.

98 René PASSERON, *op. cit.*

99 René PASSERON, *op. cit.*, p. 21.

Nous souhaitons analyser, dans la mesure du possible, les conditions de la commande, les dispositifs de traduction et de médiation, les processus de conception artistique, les conditions de réception et d'appropriation par les acteurs.

Le corpus

Le critère principal de la composition du corpus porte sur les apports de l'étude de cas à la réflexion élaborée pour établir une connaissance nouvelle sur la question posée dans la thèse. Le corpus s'organise donc autour des quatre motifs d'instauration artistique énoncés dans les hypothèses : le motif réflexif, le motif relationnel, le motif esthétique, le motif de la novation. Ces expériences relèvent généralement de plusieurs motifs à la fois. Pour autant, chacune d'elle porte dans son intention et sa démarche spécifique une problématique en propre.

En outre, nous concentrons nos efforts sur les établissements hospitaliers publics afin de bénéficier d'une cohérence dans les contextes étudiés. Il nous semble que le champ médico-social, bénéficiaire du programme national Culture et Santé à partir de 2010, offre des contextes différents, notamment en raison du statut de « lieux de vie » qui les inscrivent dans une tout autre temporalité que l'hôpital curatif.

La trajectoire biographique

Les projets artistiques, culturels et de design en milieu hospitalier sont désormais bien trop nombreux pour imaginer construire un corpus à partir de leur inventaire exhaustif et de leur classement. Aussi le périmètre des cas à étudier est-il dessiné par notre propre parcours biographique dans la mesure où nous avons été actrice de cet écosystème. Les projets sélectionnés sont les plus représentatifs des modalités d'intervention les plus significatives de ce trajet biographique.

[Cahier poïétique 1 : « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle »](#)

- ♦ Centre hospitalier Le Vinatier (Lyon/Bron) - La Ferme du Vinatier
- ♦ 2003
- ♦ Format : Exposition

Ce cas d'étude a été choisi afin de mieux comprendre ce qui se joue dans le motif réflexif de l'instauration artistique.

Conçue et produite par *La Ferme du Vinatier*, centre culturel intégré du Centre hospitalier psychiatrique Le Vinatier, cette exposition, à destination de tout public, est issue de la découverte fortuite d'une série d'objets personnels (environ 800) ayant appartenu à des patients aujourd'hui décédés et hospitalisés au Vinatier entre 1920 et 1980.

En mettant en espace et en public ces objets familiers, relégués dans un sous-sol de l'hôpital pendant des décennies, *La Ferme du Vinatier* souhaitait interroger le sens du geste institutionnel consistant à confisquer durablement les objets personnels de la personne hospitalisée. L'exposition confrontait ainsi le potentiel d'investissement psychique et affectif de ces objets et la rhétorique sécuritaire et fonctionnelle de l'institution psychiatrique qui en justifie la confiscation. En outre, il importait aux concepteurs de toucher le cœur des visiteurs en suscitant l'empathie par la reconnaissance d'une part de chacun de nous dans la banalité de ces objets domestiques.

[Cahier poïétique 2 : « Le ciel est par-dessus le toit, si bleu, si calme »](#)

- ♦ Centre hospitalier Le Vinatier – La Ferme du Vinatier 2007 – 2010
- ♦ UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée)
- ♦ Chantal Dugave
- ♦ Format : Commande artistique

Cette deuxième étude de cas est une commande artistique intégrée à une opération architecturale. L'œuvre illustre une des dimensions du motif esthétique dans lequel perception sensorielle et fonctionnement symbolique sont liés.

Le centre hospitalier Le Vinatier (Lyon/Bron) a accueilli la première UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée), nouvelle institution créée par le gouvernement français pour la prise en charge des problèmes posés par la souffrance psychique et la maladie mentale en prison. Un marché de « conception-réalisation » est lancé par l'hôpital en 2007. L'équipe médico-soignante s'est tournée vers *La Ferme du Vinatier* pour imaginer des solutions qui rendraient lisible l'activité hospitalière derrière les murs de la prison. Grâce à l'appui de l'Agence régionale de l'hospitalisation, une commande artistique a été ajoutée au marché de « conception-réalisation » adressé aux entreprises de BTP. C'est le consortium formé de l'entreprise Léon Grosse, du cabinet d'architecture Pierre Vurpas et associés et de l'artiste-architecte Chantal Dugave qui a été sélectionné.

La proposition de Chantal Dugave consiste à remplacer les arbres coupés pour les besoins du chantier par leurs silhouettes en inox rivetés sur le mur de béton entourant le bâtiment. Ces formes sont reprises à l'intérieur avec un matériau vernis. Le projet inclue également l'aménagement des cours intérieurs avec des roseraies.

Cahier poïétique 3 : « À la croisée... #1, #2, #3 »

- ♦ AP-HM, hôpital Nord - Santé e(s)t culture(s) 2012
- ♦ Le Cabanon Vertical
- ♦ Format : résidence

Les interventions du Cabanon Vertical dans trois services de l'hôpital Nord de Marseille donnent à voir les outils pédagogiques et les processus d'implication des usagers dans la conception de dispositifs signalétiques et d'accueil. À travers cette étude de cas, nous explorons dans le même mouvement le motif relationnel et le motif esthétique, le premier donnant toute sa valeur signifiante au second.

Le Cabanon Vertical est un collectif d'artistes pluridisciplinaire dont les pratiques interrogent les notions d'urbanisme, d'espace public et de collectif. À *la croisée...* est un projet en 3 volets qui s'inscrit dans la thématique « Hôpital radieux » du programme *Santé e(s)t culture(s)* piloté entre 2009 et 2014 dans le cadre de Marseille Provence 2013, Capitale européenne de la culture. Le terme « Hôpital radieux » est bien entendu une référence à Le Corbusier et un hommage à l'architecture moderne de l'hôpital Nord (architecte : René Egger).

L'équipe de la direction des affaires culturelles a été sollicitée par le service de médecine interne et de gériatrie et par le service de médecine et chirurgie pédiatrique de l'hôpital Nord pour améliorer leur cadre de travail. Un projet pédagogique a été mené en parallèle avec les étudiants manipulateurs radio.

À *la croisée #1* est un aménagement convivial, multifonctionnel et unique dans un service de soins dépourvu de tout espace commun en dehors des chambres. Il se situe à l'intersection de l'unité de médecine interne et de médecine gériatrique.

À *la croisée #2* est une proposition de signalisation facilitant le parcours et le repérage des enfants et de leur famille dans les services de pédiatrie dans lesquels ils se perdaient en raison d'une caractéristique architecturale répétant quatre patios similaires.

À *la croisée #3* est un aménagement des parcours et des espaces d'attente dans deux services d'imagerie médicale dépourvus de lumière et de la moindre attention portée aux espaces conçu avec les étudiants en imagerie médicale.

Tout en se présentant comme un projet artistique, ce processus est exemplaire d'une modalité de travail appelé à se généraliser à l'hôpital grâce au design : immersion, participation, diagnostic partagé, cahier de tendances, production, évaluation.

Cahier poïétique 4 : « Un air de famille »

- ♦ AP-HM, hôpital de la Conception - Santé e(s)t culture(s) 2011 – 2013
- ♦ CFMI (Centre de formation des musiciens intervenant Aix-Marseille)
- ♦ Format : Atelier pédagogique, workshop

Ce projet sensible expérimente une nouvelle approche du motif relationnel en permettant aux patients de sortir de leur condition de malade chronique grâce aux phénomènes d'empathie et d'expérience esthétique. Il constitue aussi une occasion d'explorer la modalité du workshop et la place des étudiants dans les projets culturels.

« Un air de famille » est un projet de coopération pluriannuel avec le CFMI d'Aix-Marseille piloté par le programme *Culture(s) e(s)t santé* de l'AP-HM. Il s'est déroulé dans le service de dialyse et de médecine interne de l'hôpital de La Conception sous la forme d'un workshop d'une semaine par an proposé aux étudiants du CFMI. Ces derniers ont recueilli, arrangé et interprété au pied du lit les chansons livrées par les patients, après leur en avoir interprété une issue de leur propre histoire familiale. Nous avons ainsi pu constituer un répertoire multiculturel (près de 40 langues différentes) qui a ensuite été interprété par la chorale de l'Assistance publique - hôpitaux de Marseille, elle-même composée d'une cinquantaine d'hospitaliers. Cette intervention a mis en exergue l'importance de maintenir les liens avec les territoires culturels des patients.

Cahier poïétique 5 : « Le patient, l'hôpital et son quartier »

- ♦ GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Hôpital d'Avron - lab-ah 2019-2020
- ♦ Équipe pluridisciplinaire
- ♦ Format : Commande et résidence pluridisciplinaire culture et design

Cette étude de cas met fortement en jeu les motifs relationnel et esthétique. Elle éclaire plus que d'autres le rapport entre instauration artistique et transformation sociale. L'analyse proposée intervient avant que les propositions concrètes aient pu être mises en test à l'hôpital et évaluées. Elle porte en conséquence beaucoup sur le processus et peu sur ses impacts.

Dans un contexte architectural contraint, le site d'hospitalisation d'Avron souffre d'un environnement peu hospitalier et des effets délétères d'une politique médicale non harmonisée entre les trois secteurs médico-hospitaliers qui occupent le bâtiment. Le *lab-ah* a procédé pendant deux années à une immersion et à un diagnostic partagé, enrichi d'un premier cahier d'idées, qui lui a permis de répondre à l'appel à projet du

CNSA¹⁰⁰ en 2018 « Handicap et perte d'autonomie : innovation par le design ». Le projet déposé et retenu s'intitule : « Le patient, l'hôpital et son quartier : construire la résilience des personnes en souffrance psychique ».

Centré sur l'offre de soins en psychiatrie du XXe arrondissement de Paris, en particulier sur l'hôpital d'Avron, le projet propose de repenser les formes, espaces et outils au service de la réinsertion des patients dans la ville. Pendant un an, une équipe pluridisciplinaire design-paysage-culture a été accueillie en résidence et a travaillé avec les patients, soignants et acteurs associatifs du quartier. Différentes expérimentations in situ ont exploré les ouvertures possibles entre la ville et l'hôpital et les conditions concrètes de leur mise en œuvre : espaces, organisations, services, nouveaux partenariats, etc. La démarche d'ensemble se veut exploratoire, engagée et délibérément tournée vers de nouvelles approches conceptuelles et culturelles de la réhabilitation psycho-sociale et de la déstigmatisation de la santé mentale.

[Cahier poïétique 6 : « De mon corps à l'autre »](#)

- Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - La Fabrique de l'hospitalité
- Format : ateliers

Nous proposons une étude de cas en-dehors de notre parcours biographique car *La Fabrique de l'hospitalité* est le laboratoire de design pionnier en milieu hospitalier. Ce projet propose de surcroît un nouveau questionnement sur les enjeux des conduites créatrices dans la formation des personnels hospitaliers. Ceux-ci sont en effet les premiers à pouvoir incarner une philosophie de l'hospitalité au quotidien à l'hôpital.

Le projet *De mon corps à l'autre* implique la promotion d'élèves auxiliaires de puériculture de l'année 2018-2019 dans un travail d'exploration de leur propre corps, en individuel et en collectif. De nombreux éléments théoriques se rapportant au toucher sont abordés tout au long de la formation d'auxiliaire de puériculture : des travaux pratiques (bain, portage, ergonomie) puis l'ensemble des expériences de soin lors des stages. Mais il s'agit là de prendre conscience de son propre rapport au toucher pour aller vers un toucher soignant.

100 Caisse Nationale Solidarité Autonomie

La recherche-projet en design

En raison de notre implication actuelle en tant que co-fondatrice et directrice du *lab-ah*, les hypothèses issues des études poïétiques sont mises à l'épreuve dans un projet développé pendant la durée de la thèse. La posture se construit entre observation participante, inspirée des méthodes ethnologiques, trop chronophage dans un contexte professionnel, et analyse distanciée qui nous priverait de la dimension heuristique de l'implication du *drogman* dans le projet.

Nous défendons une forme d'étude impliquée inspirée de l'approche anthropologique mais toujours dans une perspective poïétique. Autrement dit, l'étude est centrée sur les conduites créatrices et la totalité de l'expérience faisant advenir l'œuvre plutôt que sur les cadres culturels et sociaux dans lesquels elle s'inscrit. Le point focal de l'étude impliquée porte notamment sur les interactions entre les choix de conception et les conditions d'implémentation et de réception par les usagers et les hospitaliers. L'enjeu est de rendre féconde la tension entre un dedans et un dehors, dont les limites sont toujours fluctuantes, avec une attention particulière portée aux mythologies, aux usages et aux imaginaires à l'œuvre.

L'outil principal de cette posture pourrait s'inspirer, en le détournant, du « cahier de laboratoire » utilisé dans les sciences expérimentales :

- ♦ dans lequel seraient consignés les idées, les débats et les controverses décisifs quant aux choix qui impactent l'œuvre/le dispositif. À documenter au cours des réunions, ateliers, forums, expérimentations. Mais aussi ce qu'ils inspirent à l'auteur ;
- ♦ dans lequel serait consignées des séquences d'immersion et d'observation auprès des équipes soignantes et des usagers à l'occasion des expérimentations et des mises en test du dispositif mais aussi pendant les séquences d'implémentation durable.

Cette dimension méthodologique résulte de l'appareillement de la démarche réflexive en continu que requiert la thèse avec la poursuite d'activités professionnelles qui l'irriguent. Ce qui a constitué une belle opportunité pour formaliser les outils méthodologiques assurant une valeur heuristique de qualité aux projets conduits par le *lab-ah*.

Corpus : prototype d'un espace d'apaisement

L'équipe médico-soignante du 28ème secteur de psychiatrie prend en charge la santé mentale d'une partie de la population du 20ème arrondissement de Paris. Elle gère trois unités du site d'hospitalisation d'Avron. L'une d'entre elles est une unité protégée de dix lits qui accueille des personnes hospitalisées sous contrainte en phase aiguë de leurs troubles psychiatriques.

L'équipe soignante a initié une réflexion pour transformer une des deux chambres d'isolement en « espace d'apaisement » dans une perspective pérenne. La demande telle qu'elle est exprimée initialement par l'encadrement médico-soignant du service consiste à concevoir un outil thérapeutique de prévention et d'allègement du recours à l'isolement.

À l'interface de la problématique médico-soignante et de la recherche en et par le design, la question de la recherche-projet se définit de la manière suivante : comment transcrire la valeur hospitalité dans la spatialité et les dimensions sensorielles de l'espace d'apaisement de manière à ce qu'il soutienne les stratégies soignantes et l'autonomie des usagers pour la prévention et la gestion des crises d'agitation et d'anxiété extrêmes ?

La conduite des opérations créatrices, visant à traduire les problématiques soignantes exprimées en propositions formelles et sensibles, fait l'objet d'une expérimentation et d'une analyse continue à partir des hypothèses de la thèse. Autrement dit, l'expérience menée au sein du 28ème secteur¹⁰¹ viendra confirmer, ou non, l'idée selon laquelle les processus de création sont performatifs à l'hôpital dès lors qu'ils intègrent quatre dimensions : le motif de la réflexivité ; le motif relationnel incluant la participation, l'empathie et l'expérience ; le motif esthétique dans sa double dimension sensible et signifiante et enfin le motif de la novation dans ce que le projet créatif apporte de nouveau, en l'occurrence pour l'ensemble du GHU Paris. Car cette initiative du secteur 28 rejoint une démarche institutionnelle portée par la communauté médicale et par la direction de l'établissement.

101 Le secteur 28 est le nom du périmètre géographique dont un service de psychiatrie a la charge. Un secteur correspond généralement à 60 000 habitants. Il s'agit ici d'une partie du XXème arrondissement.

Chapitre 2.

Étude poïétique de l'instauration artistique à l'hôpital

Un hôpital est une maison d'homme, comme le logis est aussi une maison d'homme

Le Corbusier

Pour Anzieu, il s'agit du projet de fusionner la poétique avec la poïétique. À condition dit-il, d'entendre par la poïétique l'étude de la genèse de l'œuvre, du processus diachronique de sa réalisation, et par la poétique l'étude synchronique de sa composition en tant que texte.¹⁰²

Au regard de cette définition, la poïétique est abordée dans ce chapitre en tant qu'étude diachronique de la genèse de l'œuvre. Autrement dit, nous nous proposons de faire l'étude historique de l'instauration de l'hospitalité par l'art et le design dans le cadre institutionnalisé de l'hôpital. Pour autant, cette approche ne peut se départir d'une démarche poétique puisque c'est par l'analyse des conduites créatrices et des compositions des œuvres que l'on peut induire les hypothèses d'instauration.

Parce que « la poïétique s'est élargie à tous les domaines où l'homme se fait instaurateur d'œuvres¹⁰³ », l'hôpital peut être appréhendé comme une œuvre de soin dont l'être vocationnel s'exprime à travers des formes, des signes et des images. Effectivement, l'hôpital répond aux trois critères énoncés par René Passeron lui conférant le statut de création. Il est une production singulière et identifiable. Il bénéficie de droits propres. Il

102 Aline WIAME, « La philosophie de l'instauration d'Etienne Souriau est-elle une esthétique ? », *Nouvelle Revue d'esthétique*, vol. 83, n°19, 2017, p. 77-84.

103 René PASSERON, « Poïétique et histoire », in Christian DELACROIX (dir.), *Arts, l'exception ordinaire. Esthétique et sciences sociales*, Espaces Temps, 55-56, 1994, p.98-107.

compromet son auteur, en l'occurrence la communauté des acteurs qui le font vivre. De fait, du point de vue de l'auteur, « ces critères de la création s'appliquent aussi bien aux œuvres d'art, où la poïétique a d'abord trouvé ses dossiers les plus probants, qu'à tous les domaines de l'anthropologie historique.¹⁰⁴ » La genèse de l'œuvre-hôpital cherche donc à saisir comment la culture, l'art et le design ont historiquement manifesté les récits qui l'ont constitué. Mais aussi comment ces derniers se sont eux-mêmes redéfinis sous l'impulsion des créations et de leur dynamique d'instauration. Au demeurant, cette influence itérative est également au fondement de la théorisation d'une poétique de l'hospitalité s'attachant aux œuvres issues d'un *faire design* dans leurs interactions avec un *faire hôpital*. C'est pourquoi l'hôpital est exploré dans ce chapitre sur la longue durée, à l'aune des formes et des images qui l'ont successivement caractérisé, comme avènement matérialisé de son être plénier et ontologique : l'hospitalité.

Les recherches les plus exemplaires de cette démarche poïétique appliquée à l'hôpital sont relatives à l'histoire de son architecture. Certes, l'architecture est une forme artistique totale, reflet de contraintes objectives, de l'état d'avancement du progrès médical et de la sensibilité morale et sociétale son époque. Nous constatons d'ailleurs que les historiens de la santé et les historiens de l'architecture retiennent la même périodisation pour décrire l'évolution de l'hôpital. Comme le souligne l'historienne Claude Laroche,

Quand les visions sociales, médicales et architecturales se conjuguent en s'accordant avec l'air du temps, quand l'élément pathogène, aussi imparfaitement connu soit-il, rencontre les représentations mentales d'une époque et que, de germe malfaisant, il devient ferment d'invention architecturale, c'est bien à une sorte de cristallisation que l'on assiste sous la forme d'un type architectural qui ne peut dès lors que susciter une formidable et durable adhésion¹⁰⁵.

Nous sommes donc les héritiers d'un riche patrimoine architectural qu'il nous est possible de déchiffrer comme un livre d'histoire. C'est pourquoi nous nous inspirons des étapes historiques retenues par les historiens de l'architecture de la santé pour structurer notre étude poïétique. Ce chapitre est organisé selon un modèle d'entonnoir diachronique, allant de l'exploration de la période la plus ancienne et la plus large à la plus étroite

104 René PASSERON. *ibid.* p. 102.

105 Claude LAROCHE, « Quelques réflexions sur l'architecture hospitalière », In Situ. *Revue des patrimoines*, Patrimoines de la santé : essais de définition-enjeux de conservation, n°31, 2017.

et la plus récente. Nous traçons tout d'abord à grands traits les caractéristiques d'une instauration artistique allant de l'hôpital du Moyen-Âge jusqu'à l'époque contemporaine. Puis, nous analysons la sécession opérée par l'émergence d'une politique publique dans ce domaine dans les vingt dernières années. Enfin, nous anticipons les impacts de l'irruption du design et de la rhétorique du *care* sur le mouvement d'instauration artistique affectant l'hôpital.

En outre, à l'instar du critique d'art Hal Foster, nous nous efforçons dans ce chapitre « de montrer le lien entre les formes culturelles et discursives d'une part et les forces sociales et technologiques de l'autre et de les périodiser afin de souligner les singularités d'ordre politique propres au monde d'aujourd'hui. C'est ma principale ambition : montrer les possibilités critiques du temps présent et promouvoir « l'insatiable prédilection pour l'alternative¹⁰⁶ ». Car ce qui nous intéresse en premier lieu dans ce travail diachronique c'est d'aborder les formes, les images et les objets dans leur valeur anthropologique, autrement dit dans ce qu'ils traduisent comme relation entre les sujets et leur milieu. L'important étant de démontrer leur valeur performative sur les compétences de symbolisation et la mise au travail de la culture de la communauté hospitalière. Et ce parce que les enjeux du devenir hospitalier et de toutes les valeurs qu'il incarne sont devenus une priorité et une urgence pour le bien-être de tous. Ainsi, promouvoir le goût de cet « insatiable prédilection pour l'alternative¹⁰⁷ » implique de mettre en œuvre une dynamique réflexive et créative, inclusive et transversale, pour reconstruire, brique après brique, l'hôpital que nous voulons collectivement. Tout l'objet de cette thèse est de soutenir que l'hospitalité, en tant que caractère ontologique de l'hôpital, devrait en être radicalement la matrice.

Enfin, nous mobilisons dans ce chapitre, tout en le détournant pour l'adapter à notre propos, le système théorique développé par Philippe Descola autour de la figuration. Descola nous livre un appareil théorique inestimable pour analyser les œuvres instauratrices de l'hôpital dans une matrice relationnelle et dynamique. Il transpose les ressources d'agence des objets d'art dans tout autre objet possédant un caractère iconique qu'il définit comme « le fait qu'un signe exhibe la même qualité, ou configuration de qualités, que l'objet dénoté, de sorte que cette relation permette au spectateur de l'icône de

106 Hal FOSTER, *Design et crime*, Éditions Les prairies ordinaires, Paris, 2019, p. 29.

107 *Loc. cit.*

reconnaître le prototype auquel elle renvoie¹⁰⁸ ». En conséquence, le système théorique de la figuration nous permet de mettre à jour la relation ontologique entre l'intentionnalité ayant présidé à la conception et à la production des images et des objets et leur puissance d'agentivité, au regard de la qualité de leur caractère iconique, sur la communauté dans laquelle ils prennent place.

Cette posture à l'égard de notre objet de recherche est fondamentale car elle oriente l'étude poïétique des œuvres de création à l'hôpital vers la compréhension fine de ce qu'elles instaurent au regard de leurs effets sur le monde.

1. Les conditions historiques de l'instauration artistique à l'hôpital

Loin de nous l'idée de soutenir que l'art et la culture seraient apparus dans les espaces hospitaliers dans les vingt dernières années grâce au programme national Culture et Santé. Il suffit d'évoquer, entre autres, les hospices civils de Beaune, devenus un emblème de magnificence artistique, pour savoir que les hôpitaux sont depuis toujours un haut lieu de culture. Pour autant, à l'instar de la conservatrice Anne Nardin, nous aimerions comprendre dans ce récit diachronique « quels mouvements se sont additionnés pour engager le recul puis le retrait – jusqu'à l'exclusion – de la présence artistique¹⁰⁹ » à l'hôpital au cours du XX^e siècle ?

Le substrat intemporel de l'instauration artistique hospitalière

La poïétique identifie un substrat intemporel générateur du geste créateur. Nous retenons pour notre propos le sentiment d'insatisfaction et les situations d'aporie.

L'insatisfaction

René Passeron pose le sentiment d'insatisfaction comme l'une des conditions anthropologiques intemporelles à la source des conduites créatrices : « Il s'agit d'abord d'une insatisfaction devant ce qui est, qui, dans les cas qui nous occupent, provoque la réaction

108 Philippe DESCOLA, « La fabrique des images », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 3, n°30, 2006, p. 167-182.

109 Actes de colloques, *Architecture, hôpital et art contemporain*, CHRU de Lille, 25 et 26 novembre 2004.

de se mettre à la tâche du devant-être¹¹⁰. » Or quelle insatisfaction plus absolue et plus fondamentale pour l'homme que sa condition d'être souffrant et mortel. En cela, l'hôpital a toujours été, est et sera toujours, malgré toutes les dénégations portées par sa mise en coupe rationnelle et gestionnaire, un haut lieu de création et de culture. Cette insatisfaction fait jaillir l'étincelle de la liberté, elle-même source d'émotion, et seule capable de nourrir la création. Ainsi, « Insatisfaction, liberté, émotion et mise en route des fonctions créatrices de la personne individuelle ou collective, telles seraient donc au bas mot, les conditions de la création des œuvres¹¹¹. » Dans une société du déni généralisé des limites de la condition humaine, nonobstant les épidémies et les cataclysmes naturels qui nous y ramènent désormais, l'hôpital reste l'un des espaces sociaux où elles résistent. Celles-ci constituent de fait des sources princeps d'insatisfaction et, à cet égard, elles génèrent un espace privilégié de création.

Les conduites créatrices dans les hôpitaux publics s'appréhendent donc essentiellement à partir de l'insatisfaction de la possibilité de la mort. La production artistique et architecturale dans l'histoire des hôpitaux est toujours en rapport avec cet invariant de l'insatisfaction fondamentale devant la mort.

L'aporie

Certaines contradictions à l'hôpital constituent la plupart du temps le point de départ d'un processus de réflexion et de création. C'est le cas, par exemple, de la contradiction entre la bienveillance requise par la relation d'aide et la violence des rapports professionnels au quotidien¹¹². Ou bien encore la contradiction entre la vocation de sollicitude de tout soignant et une certaine brutalité avec laquelle les patients sont parfois soumis aux cadres, spatiaux et organisationnels, aux protocoles et aux *habitus* d'un service hospitalier. Malgré l'affirmation de la parole des usagers en santé, le rapport de domination entre hospitaliers et patients reste indépassable. Il a déjà été dénoncé de manière virulente dans le texte pamphlétaire de Léon Daudet, *Les Morticoles*. Fort heureusement, nos hôpitaux ne ressemblent pas à cette caricature mais leurs professionnels, de toutes catégories, ont à exercer une vigilance de tous les instants pour que cette asymétrie consubs-

110 René PASSERON, *op. cit.*, p. 102.

111 René PASSERON, *op. cit.*, p. 102

112 Nous en voulons pour preuve récente, l'enquête sur la santé mentale des internes en médecine relayée par Le Monde, consultée le 23 septembre 2021 : <https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/10/28/alerte-sur-la-sante-mentale-des-etudiants-en-medecine>

tantielle à la relation thérapeutique ne se retourne pas en hostilité. Alors que l'hôpital se doit de faire acte d'hospitalité, il est bien souvent perçu comme une course d'obstacles par des patients et ses proches largement désorientés et insécurisés par l'irruption de la maladie dans leur existence. L'aporie de la technologie et de la chair travaille également l'hôpital. Il est à la fois le lieu d'une mise en abstraction du corps, en raison notamment de la sophistication des outils de diagnostic à distance et de l'imagerie médicale, mais aussi le lieu prosaïque et archaïque de la chair, des organes et du sang. Les études de cas de cette thèse montrent combien ces apories ont inspiré les conduites créatrices à l'hôpital.

Perspectives historiques de l'instauration artistique hospitalière

L'exploration de la genèse de l'instauration artistique à l'hôpital s'est adossée au découpage chronologique adopté par les auteurs de l'ouvrage le plus complet à ce jour relatant l'histoire de l'architecture hospitalière depuis six siècles¹¹³. En effet il nous a semblé que cette étude reflétait le plus mieux la périodisation de l'histoire de l'hôpital et ses points de basculement. En outre, nous aurons à cœur de qualifier, pour chacune de ces grandes périodes, la figuration ontologique¹¹⁴ de ses œuvres.

De l'Hôtel-Dieu à l'hôpital moderne (Moyen-Âge à 1830)

Charité et punition du Moyen-Âge à l'Ancien Régime

Tant que les traitements médicaux étaient peu efficaces, le recours à la religion constituait la seule consolation pour les malades agonisants, invités à espérer une vie meilleure après la mort ou... à craindre la punition pour leurs péchés. Les œuvres d'art avaient alors vocation à stimuler la foi des personnes malades et à leur laisser entrevoir une vie après la mort. Au demeurant, les premiers hospices au Moyen-Âge étaient gérés par l'église et administrés par des congrégations ou des ordres religieuses. Ces institutions accueillaient non seulement les malades mais aussi les plus pauvres, dont l'importance en nombre, notamment dans les villes, représentait un fléau social, sanitaire et sécuritaire pour la

113 Cette synthèse historique s'inspire largement de l'ouvrage de Pierre-Louis LAGER, Claude LAROCHE et Isabelle DUHAU, *L'hôpital en France, du Moyen-âge à nos jours : histoire et architecture*, éditions Lieux Dits, Lyon, 2012.

114 Selon Philippe Descola les images rendent compte de différentes façons de faire l'expérience du monde car elles dévoilent et intègrent les qualités mêmes des entités qu'elles représentent. C'est ce qu'il appelle la figuration ontologique. Nous souhaitons vérifier expérimentalement ce concept dans notre contexte.

société. Les hospices de cette époque faisaient avant tout œuvre de charité et d'éducation religieuse. Ils étaient peu armés sur le plan médical. De célèbres réalisations artistiques témoignent de la dimension d'espoir et de crainte insufflée aux malades par les congrégations religieuses en charge des hôtel-Dieu.

En 1443, les Hospices de Beaune, fondés par Jean Rolin, chancelier du duc de Bourgogne, manifestent le rôle devenant prépondérant des laïques. Le bâtiment intègre un prestigieux décor relevant de la volonté du fondateur « d'élever un palais pour les pauvres ». Comme l'explique Bruno François, chargé des collections des hospices civils de Beaune,

pour les seigneurs de cette époque, l'exercice des preuves de miséricorde, expression de la charité, intercédera en leur faveur au moment du jugement dernier. Ainsi, pour le maître-autel de la chapelle, Nicolas Rolin commande-t-il au grand peintre de la ville de Bruxelles, Rogier van der Weyen, le polyptique du jugement dernier. Il se fait représenter en donateur avec son épouse Guigone de salins sur les volets extérieurs du retable.¹¹⁵



Illustration 2 : Le polyptique du jugement dernier, 1450, Rogier Van der Weyden

© Hospices de Beaune

115 Bruno FRANÇOIS, « Transmission par la conservation. Les hospices civils de Beaune et leur musée de l'Hôtel-Dieu », dans *L'hôpital, des héritages et des reconversions*, Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, vol. 6, n° spécial 140, 2011.

Pour Anne Nardin, les œuvres du Moyen-Âge sont des « Figures médiatrices du sacré, les œuvres d'art disent le lieu, son projet, les modèles qui l'ont inspiré (le saint patron de l'établissement ou le père fondateur de la communauté religieuse), la piété et la dévotion auxquelles il doit sa fondation (le portrait des donateurs)¹¹⁶. » Quant à la morphologie architecturale, elle est à la croisée de l'état des connaissances en médecine et des techniques d'ingénierie du bâtiment. L'architecture de celui-ci est inspirée des bâtiments religieux et les salles collectives des malades sont organisées autour de la chapelle, elle-même surmontée d'une œuvre d'édification morale et spirituelle. Elle s'organise même comme une église évoquant un dialogue semblable entre la terre et le ciel. Dans ce contexte, « l'art image l'acte sanctifiant (le don, le secours, la consolation) pour mieux le reproduire. À la fois présence et rappel, il s'inscrit dans une permanence au-delà ou malgré les aléas de l'action quotidienne, c'est-à-dire ses nombreux et inévitables dérapages¹¹⁷. » Les célèbres toits des Hospices de Beaune incarnent ainsi la magnificence de la transcendance, de l'élévation, de l'ascension vers le royaume de Dieu.



Illustration 3 : Toits des Hospices civils de Beaune

© Armelle

116 Anne NARDIN, *ibid.*, p. 19.

117 Anne NARDIN, *ibid.*, p. 19.

Néanmoins le témoignage de Voltaire sur l'hôtel-Dieu de Paris contraste avec ces attributs de magnificence :

*Quand quatre ou cinq malades sont entassés dans chaque lit, quand un malheureux donne le scorbut à son voisin dont il reçoit la vérole, et qu'une atmosphère empestée répand les maladies incurables et la mort, non seulement dans cet hospice destine pour rendre les hommes à la vie, mais dans une grande partie de la ville à la ronde...*¹¹⁸

Le fait est que l'ambition d'hospitalité des hospices et des hôtel-Dieu ne s'incarne pas dans les conditions matérielles d'accueil et de soins aux malades. Selon les auteurs de ce même document, l'inscription « c'est ici la maison de Dieu et les portes du ciel » qui figure au-dessus de l'une des portes de l'ancien hôtel-Dieu de Paris apparaît comme une invitation raisonnable au regard du taux de mortalité de l'époque. Ainsi, si, à cette époque, la charité est l'essence même de l'hospitalité, les conditions réelles d'accueil et de traitement des malades et des indigents dans les hospices relèvent à bien des égards de l'hostilité. François Rabelais raillait d'ailleurs, dès le XV^{ème} siècle, l'avidité et l'incompétence de ses pairs médecins.

Sous l'Ancien régime, les hôpitaux généraux tiennent enfermés mendiants, vagabonds, prostitués, insensés et malades sous l'impulsion du grand renfermement, théorisé par Michel Foucault¹¹⁹. La raison de leur hospitalisation-enfermement relève plus souvent de leur potentielle atteinte à l'ordre public que de leurs maux sanitaires, physiques et/ou psychiques. Cette époque instaure l'hôpital comme œuvre de police et non comme œuvre de soins.

118 Jean CHEYMOL et René-Jean CESAR, « Hôtel-Dieu de Paris : treize siècles d'histoire... panégyrique ou réquisitoire », Communication présentée à la séance du 26 novembre 1977 de la Société française d'Histoire de la médecine. Citation de Voltaire dans le Dictionnaire philosophique (nouvelle édition). Lefèvre, Paris, 1818, t. II, p. 67.

119 Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972.



Illustration 4 : Le duc d'Orléans rend visite aux malades à l'Hôtel-Dieu pendant l'épidémie de choléra en 1832, Alfred Johannot

© Musée Carnavalet

Nous pouvons dès lors affirmer que, dès l'origine de la fondation des œuvres hospitalières, les qualités religieuses et spirituelles dans les œuvres transcendent les valeurs de l'institution. Mais elles ne les incarnent pas. Le contraste entre les principes affirmés dans les œuvres et les pratiques et les réalités de la vie quotidienne est considérable. Nous verrons combien la difficulté d'incarnation dans la vie quotidienne des valeurs de l'hospitalité, selon l'esprit de chaque époque, est une constante des enjeux de l'instauration artistique.

La philosophie des Lumières, une approche plus humaniste ?

C'est seulement au siècle des lumières qu'un véritable intérêt se manifeste pour la fonction médicale de l'hôpital et que les signes d'une plus grande considération pour les malades se manifestent. La philosophie humaniste, alliée à l'essor de la science, fonde la clinique moderne. Anne Nardin rappelle qu'à cette époque, « l'hôpital est désormais dédié à la médecine, une médecine entièrement à construire puisque fondée sur l'observation, en même temps qu'il assure des missions d'assistance au nom cette fois de la philanthropie mais aussi de principes d'équité entre les citoyens et l'État¹²⁰. » Cette rationalisa-

120 Anne NARDIN, *ibid.*, p. 19.

tion médicalisée des hôpitaux a généré une approche plus fonctionnaliste de ses formes, dans laquelle les œuvres d'ornementation ont été cantonnées à la chapelle pour l'aspect religieux et à la salle du conseil de surveillance pour l'aspect républicain.

Cependant, si les thèmes se sont déplacés du monde spirituel à la rhétorique scientifique, les mécanismes et les conditions de production des œuvres à l'hôpital, mêlant invocation, éducation, édification et promotion d'une idée sont les mêmes. Ils sont sans corrélation avec les dimensions pratiques et incarnées de ces valeurs, tant la sollicitude de l'esprit de charité que la fraternité de la pensée humaniste, dont on peut pourtant affirmer qu'elles sont constitutives du concept d'hospitalité. Force est de constater que le projet affiché de l'hôpital, comme lieu de la science tout juste triomphante et de l'égalité républicaine, tranche avec les réalités d'une société où la pauvreté se diffuse partout.

Le temps de l'hygiénisme (1830-1930)

En 1894, le témoignage pamphlétaire de Léon Daudet dans *Les Morticoles* dénonce un hôpital qui redouble les inégalités sociales par les inégalités sanitaires ainsi que le mépris du corps médical pour les pauvres. La transition entre les conditions déplorables de prise en charge des malades pauvres par l'hôpital général et l'émergence d'une institution incarnant le progrès médical et l'hygiène social se fait lentement.

C'est dans la continuité de la philosophie des lumières que les exigences de progrès de la médecine trouvent leurs formes au XIX^{ème} siècle. S'ensuit une rupture architecturale radicale avec les hospices et les hôtel-Dieu, architectures du pouvoir divin et royal, écrasant de leur superbe toute velléité individuante.

Avec l'hygiénisme, la forme pavillonnaire des bâtiments hospitaliers s'impose. Ainsi, pour la première fois dans l'histoire poétique de l'hôpital, l'architecture se met entièrement au service des nouvelles théories médicales et de la guérison des malades. En effet, les pavillons éloignés les uns des autres sont conçus pour éviter les risques de contagion et d'infection et favoriser la circulation de l'air. La conception architecturale fait désormais l'objet d'un travail de conception dans lequel les médecins sont directement impliqués.

Les aliénistes, quant à eux, adoptent le modèle pavillonnaire non seulement en raison des nouvelles normes d'hygiène mais aussi parce que la rationalisation spatiale des typologies de malades contribuait à objectiver une science médicale, celle de la psychiatrie, encore balbutiante. Architecture emblématique de cette démarche, l'hôpital Édouard Herriot, dessiné et réalisé par Tony Garnier, a été inauguré en 1933.



Illustration 5 : Vue aérienne de l'hôpital de Grange-Blanche (Lyon).

© Hospices Civils de Lyon

La morphologie de ce nouvel hôpital moderne s'inspire de celle des cités-jardins. Il y a homothétie entre l'hôpital et la ville car le point de vue hygiéniste est global. Il se préoccupe du cadre de vie et des conditions d'existence de la population dans une démarche de prévention et de santé publique. Et ce après un siècle marqué par des conditions d'insalubrité des logements de millions d'ouvriers transformés en citadins par l'appel d'air de l'industrie. L'hôpital Édouard Herriot se compose d'un ensemble de petits immeubles de faible hauteur qui constituent une entité urbaine en tant que telle. Ce modèle est décliné par Tony Garnier dans d'autres fonctionnalités urbaines, initiant des possibilités de modularité poussées à leur acmé par Le Corbusier 50 ans plus tard. L'organisation symétrique de chaque entité marque une rationalité de l'organisation sociale que Tony Garnier a conceptualisé dans la notion de « cité industrielle ».

C'est aussi dans cette période que le blanc s'impose comme format esthétique de l'identité même de l'hôpital moderne. Pour Philippe Fagot, dans un article dans lequel il en fait la genèse, la blancheur est la représentation prototypique de l'hôpital.

Opéré sous l'influence de l'hygiénisme de la fin du XIX^{ème} siècle, des théories antiseptiques listériennes et aseptiques pasteurienne, développé par la mutation des personnels infirmiers des ordres religieux vers la laïcité, et par l'adoption d'un uniforme achromatique – expression d'une neutralité individuelle et d'une égalité de compétences – ce stéréotype s'est progressivement engrammé en

la conscience collective. À tel point qu'à la question « quelle est pour vous la couleur de l'hôpital ? », interrogeant la sensibilité sociale contemporaine, la majorité des réponses induit la blancheur.¹²¹

L'hôpital est donc pensé selon les recommandations scientifiques de la corporation médicale et non plus comme une injonction politique de pouvoir et de police, bien que le maintien de l'ordre public reste toujours une des missions des hôpitaux, notamment en psychiatrie. Les œuvres sont mises au service de la geste médicale et se font les porte-parole du mythe du progrès. Inauguré en 1854, l'hôpital Lariboisière à Paris est le premier hôpital conçu pour être pleinement un établissement de soin. Il fut un véritable modèle au niveau mondial.



Illustration 6 : L'hôpital Lariboisière, Paris.

© Wikipédia

L'instauration artistique de cette période dans les architectures hospitalières se caractérise par une épure et le renoncement aux images et aux ornements au profit de la fonctionnalité médicale et hygiéniste triomphante. Des contre-exemples viennent néanmoins nuancer cette affirmation quelque peu simplificatrice. Dans la même période en effet, des expérimentations remarquables sont à inscrire au bénéfice de la modernité telles que l'hôpital mémorial franco-américain de Saint-Lô de Paul Nelson dont les espaces ont été, au contraire investis par une recherche chromatique riche et variée par l'artiste Fernand Léger.

121 Philippe FAGOT, « l'hôpital le plus moderne démontre que... la couleur blanche est mauvaise pour les malades », in Barbara BAY, Claire FAYOLLES (dir.), *Couleur et soin*, coédition de l'école nationale supérieure d'art et de design de Nancy et Les presses du réel, Dijon, 2020, p. 43.

La modernité (de 1930 aux années 1970)

Misère des asiles

Dans cette conception fondée sur l'état des connaissances médicales de l'époque, une plus grande préoccupation à l'égard des malades se manifeste. Par exemple, les effets bénéfiques de la nature et des espaces verts sur les troubles psychiques sont convoqués par les aliénistes pour justifier le choix de terrains généreux en surface et en qualité de végétalisation. Toutefois, cette générosité spatiale sera bien vite exploitée par la création de parcelles agricoles dont la main d'œuvre sera composée par les malades eux-mêmes, en échange d'un pécule plus que modeste. Réhabilitation par le travail ou exploitation d'une main d'œuvre captive ? Hospitalité et hostilité...

De même, l'espoir suscité par les nouvelles constructions asilaires pavillonnaires afin de prendre en charge la misère des aliénés fait long feu. L'histoire a montré combien ces architectures et ces parcs généreux ont fini par héberger une surpopulation de malheureux, abandonnés aux soins de gardiens non formés et d'aliénistes en sous-effectif dramatique. Contrairement aux hôpitaux somatiques, les asiles d'aliénés voient leurs premiers progrès scientifiques et médicales, dans les années 30, gravement contrariés par l'arrivée de la Seconde Guerre mondiale. L'insuffisance des moyens accordés, le manque de psychiatres et de personnel, l'isolement social des patients et une sensibilité morale pervertie par l'idéologie nazie conduisent à une dramatique « hécatombe des malades mentaux sous l'Occupation¹²² ». Ainsi, les intentions les plus progressistes des aliénistes des Lumières ont été retournées et anéanties dans le contexte d'eugénisme et de prédation imposé par l'occupation nazie et le régime de Vichy.

Suite au traumatisme des camps de concentration et de l'hécatombe des malades mentaux, une nouvelle philosophie de la prise en charge à l'hôpital psychiatrique émerge, à l'initiative notamment des psychiatres communistes Lucien Bonnafé et François Tosquelles, mais aussi du psychiatre catholique lyonnais Paul Balvet. Elle prend le nom de « psychiatrie institutionnelle » et vise à transformer l'hôpital en « mère bonne » pour les malades. Elle fait la part belle à la créativité sous toutes ses formes, tant du côté des soignants que des patients, opérant ainsi une rupture dans la poïétique hospitalière. La création n'étant plus le monopole des artistes au service d'un commanditaire puissant, comme dans les hôtel-Dieu, mais une potentialité émancipatrice, voire thérapeutique, se

122 Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *op. cit.*

nichant en chacun de nous, quel que soit notre état mental. Pour autant, cette évolution essentielle dans la prise en charge des malades mentaux ne se traduit pas sur le plan architectural. La psychiatrie restera dans ses murs jusqu'à la mise en œuvre de la politique de sectorisation, dans la première moitié des années 1970. Cette dernière émiettera, plus qu'elle ne reconfigurera, l'architecture psychiatrique.

« Machine à guérir » des hôpitaux-blocs

Au début du XX^{ème} siècle, l'hôpital devient un lieu de pratique médicale, de recherche et d'enseignement, couronné en 1958 par la création du statut de CHU (centre hospitaliers universitaires). La découverte de la pénicilline, conjuguée à l'apparition de nouvelles techniques de construction en béton et en acier, frappe l'hôpital pavillonnaire d'obsolescence et donne naissance au modèle de l'hôpital-bloc. Les hôpitaux pavillonnaires laissent donc la place à des architectures compactes, de plusieurs dizaines d'étages, dans lesquels s'empilent les services médicaux sous l'égide d'une gestion rationalisée des mètres carrés, des flux et de la logistique.

Après la Seconde Guerre mondiale, dans le contexte d'une urgence de reconstruction à grande échelle, la standardisation, la maîtrise économique et l'industrialisation des modules dans le secteur du bâtiment ont donné naissance à une génération d'hôpitaux dont les mots d'ordre étaient plus que jamais fonctionnalisme et performance. Une vive critique sociale de ces hôpitaux monstrueux se fait rapidement entendre. Elle leur reproche une approche trop fonctionnaliste et organiciste de l'humain, délaissant la dimension holistique et subjective de la maladie. Michel Foucault les a nommés les « machines à guérir¹²³ ». Dès lors, « l'organisation et le fonctionnement de l'institution hospitalière font de la présence artistique une question littéralement hors sujet, et cela – paradoxalement à nos yeux – en plein contexte d'*humanisation*¹²⁴. » La dimension sensible de l'être humain est alors niée, effacée par la toute-puissance scientifique et rationaliste.

Nonobstant cet excès de rationalisation des hôpitaux somatiques, une période dite « d'humanisation » s'ouvre dans les années 1960. Elle se traduit par une attention portée au confort et à la qualité de l'hôtellerie – promotion des chambres à deux lits équipées de la télévision, du téléphone et de sanitaires. Des plantes vertes apparaissent dans les salles d'attente. Elle s'incarne dans l'esthétique d'un mobilier en formica aux lignes pures

123 Michel FOUCAULT, Blandine BARRET KRIEGEL, Anne THALAMY, François BEGUIN, Bruno FORTIER, *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Éditions Pierre Mardaga, Paris, 1976.

124 Anne NARDIN, *ibid.*

et sans afféteries. On assiste alors à l'émergence dans les hôpitaux publics d'une culture matérielle, que l'on pourrait considérer comme une première forme de design, réinvestissant la question esthétique non plus comme une ornementation ou un symbole mais au service des usages au quotidien. Pourtant, force est de constater que le confort et le « joli » n'ont pas permis de compenser les limites ou les écueils induits par les grandes transformations technologiques de l'hôpital.



Illustration 7 : L'hôpital Beaujon à Clichy, dessiné par les architectes Walter et Cassan

© Archives de l'AP-HP

Et pourtant « depuis quelques décennies, de nombreux artistes avaient réinvesti avec de nouveaux moyens le projet de « réconcilier l'art et la vie » ; mais les mutations dans lesquelles s'engagent les hospitaliers, la confiance et les certitudes qui les habitent semblent devoir exclure l'hôpital de ce champ d'expérimentations¹²⁵. » Le rapprochement entre l'art et la vie et l'art et la ville, a été, en effet, l'une des grandes causes des avant-gardes esthétiques du XX^{ème} siècle. Il était alors question que l'art ne soit plus coupé de l'existence sociale et de la vie quotidienne des populations. Artistes et designers ont orienté leur recherche vers le souci d'harmoniser la beauté, « de la petite cuillère à la ville » comme l'école du Bauhaus l'a promu. La révolution dans le champ de l'art, dont l'une des manifestations les plus célèbre est le dadaïsme, est relayée par les audaces des avant-gardes. Cette émulation invite les architectes, les urbanistes et les villes à engager

125 Anne NARDIN, *ibid.*

des programmes où l'art et l'architecture participent d'une préoccupation d'émancipation sociale, notamment à travers des programmes de logements sociaux. Mais les hôpitaux restent hermétiques à cette reconsidération du rôle de l'art dans les dimensions de la vie quotidienne et sociale. Est-ce à dire que l'hôpital ne fonctionnerait pas comme une composante de la ville ? Cette hypothèse est à considérer avec sérieux puisque la difficulté des collaborations entre l'hôpital et la ville reste une constante jusqu'à nos jours.

Le retour de la mesure de l'homme : l'hôpital de Venise de Le Corbusier

Il aura fallu attendre le projet de l'hôpital de Venise, dessiné par Le Corbusier et non réalisé, pour penser l'hôpital comme un module généré et génératif de la ville. Cette approche favorise-t-elle la porosité de l'hôpital aux idées neuves de l'architecture et de l'urbanisme ? On pouvait lire dans un article du *Monde* paru le 19 mars 1965 :

Ce projet, qui rejoint d'une certaine manière les compositions urbaines de Sansovino, qui alternait au XVI^e siècle dans Venise même petits palais et jardins, d'égales proportions, amorce dans l'œuvre de Le Corbusier un « morcellement » de la forme architecturale. Il semble se diriger vers une conception plus urbanistique et rejoint, par-là, ce mouvement « méditerranéen » de resserrement du tissu urbain, où de petits bâtiments souvent se rapprochent et s'embroient¹²⁶.

En effet, Le Corbusier a fait le choix d'une morphologie horizontale de 13,66 m au-dessus du sol, ce qui correspond à la hauteur moyenne des toits de Venise. La communication avec la ville se veut fluide. Elle est matérialisée par la présence de restaurants, de magasins et d'hôtels au premier niveau de l'hôpital, brouillant ainsi les limites de la ville par les usages. La modestie que requiert cette intégration urbaine, du point de vue de notre étude poïétique, est un total contrepied aux hôpitaux monoblocs si vivement critiqués pour leur incapacité à exercer l'hospitalité à l'échelle humaine.

Outre sa parfaite intégration dans la ville de Venise et l'accueil de services urbains, l'hôpital peut se décliner à l'infini grâce à des structures modulables. Comme le précise l'architecte dans son projet, « l'hôpital est un morceau de la ville qui peut s'étendre. »

126 « Le Corbusier construira un hôpital à Venise », publié le 19 mars 1965, consulté le 7 mars 2019. https://www.lemonde.fr/archives/article/1965/03/19/le-corbusier-construira-un-hopital-a-venise_2173855_1819218.html

Chaque module reprend le vocabulaire urbain de Venise composé d'un bloc de base de 28 unités de lits, d'une place carrée, qui rappelle les *Campielo*, et de 4 voies de circulation évoquant les *Calle*.

Le Corbusier instaure, ce faisant, une forme d'hospitalité pour les habitants selon trois modalités : les transitions douces entre ville et hôpital, la proposition des usages urbains dans l'hôpital qui en atténue la singularité et la reprise du vocabulaire urbain facilitant le repérage et la familiarité des lieux aux usagers.



Illustration 8 : Les unités de lit, projet hôpital de Venise, 1964, Le Corbusier

© Fondation Le Corbusier

Le projet de Le Corbusier offre des possibilités d'analyse sans fin mais nous retiendrons pour notre propos le sujet relatif à la chambre de l'hôpital. Tout d'abord, l'architecte fait la distinction entre le malade debout et le malade couché. Le premier étant invité à circuler à sa guise dans les *Calle* et les *Campielo*, éclairés par une succession de puits de lumière, à la manière des balades méditatives des moines dans les déambulatoires. Pour le malade couché, l'architecte du monastère de La Tourette prévoit des cellules dites « unités de lit ». Celles-ci répondent aux proportions du corps humain selon les normes du modulator, de 2,96 par 2,96 m. Le lit est surélevé et suspendu à 1,40 du plafond. La caractéristique la plus remarquable de cet aménagement réside dans la lumière zénithale qui éclaire le patient par un puits de lumière. Le Corbusier conjugue alors plusieurs dimensions de la condition humaine moderne. Il ramène les proportions architecturales à

celles de l'homme : le monde se conçoit désormais à la mesure de l'être humain. Il place aussi le corps au centre de l'espace, rappelant qu'il est le sujet d'une attention anthropocentrique. Pour autant, la place accordée à l'homme est quasiment en lévitation, entre sol et plafond, entre terre et ciel. Par ce geste, Le Corbusier ne dissocie pas la prééminence de l'humain, dans sa pensée de l'architecture, de son rapport avec la spiritualité, incarnée par la lumière zénithale.



Illustration 9 : Les unités de lit, projet hôpital de Venise, 1964, Le Corbusier

© Fondation Le Corbusier

Certes, en plaçant l'homme sous la lumière, telle une « cimaise » dans un musée du XIXe siècle, Le Corbusier lui accorde une centralité caractéristique de la modernité. Mais dans le même temps, la lumière zénithale invite cet homme autocentré à une méditation spirituelle au-delà de sa personne, à habiter le lieu de sa fragilité de manière heideggerienne, entre terre et ciel. Si nombre de bâtiments hospitaliers contemporains ont oublié ce que l'on pourrait appeler ce génie du lieu – « un rapport au ciel et au sol, passage du plein au vide, avec l'homme au centre¹²⁷ » – quelques exemples en illustrent toutefois le principe.

127 Jean-Louis BOUCHARD, « La lumière, grâce hospitalière pour l'homme malade. Architecture et spiritualité envers l'espace de soin. », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*, Éditions La passe du vent, collection Faire cité, Vénissieux, 2013, p. 345-359.

Jean-Louis Bouchard, architecte, met en perspective l'importance de la lumière dans l'architecture hospitalière pour y appréhender la place de l'homme. Il illustre son propos par l'exemple du Dôme de Soufflot de l'hôtel-Dieu de Lyon, dans lequel la lumière zénithale vient réconcilier le spirituel et l'humanisme. Il rappelle aussi comment le sanatorium de Paimio (Finlande occidentale), conçu par Alvar Aalto et ouvert en 1933, restitue les qualités de spiritualité historiquement attribuées aux lieux de soins par le traitement de la lumière et de ses courbes. Alvar Aalto inaugure ainsi un renouveau de la poésie hospitalière en faisant entrer le soin humaniste dans le XX^{ème} siècle. En effet, pour reprendre ses termes, « Aalto accompagne l'homme usager, le place en véritable récepteur de sensibilité. Artiste complet, il offre en plus une œuvre plastique, une forme blanche et épurée, la baie filante moderne, et un design global de l'espace, du mobilier, de la lampe, de la poignée de porte adaptée à la main, une œuvre paysagère et sensible. Sensitive¹²⁸ ».

Cette entrée par la lumière montre comment l'étude poétique des œuvres et des formes produites par l'hôpital met en perspective les évolutions de la place de l'homme dans cet espace à haute qualité existentielle, et ce faisant en caractérise la relation d'hospitalité. Ainsi peut-on conclure avec l'auteur que « nous sommes passés depuis Soufflot, en trois siècles donc, de la lumière divine religieuse et collective, à une lumière monacale individuelle et sacrée. Recentrage sur l'homme, lumière essence et conscience. Hospitalité, modernité. Lumière outil majeur de spiritualité¹²⁹ ».

À partir des années 1970 enfin, les architectes et le personnel soignant accordent une plus grande attention au bien-être et à l'accueil des patients pour amortir leur état de stress et favoriser leur guérison. Pour la première fois, l'environnement est pensé au service du bien-être psychologique des patients tout en intégrant les codes esthétiques de la société de consommation. L'hôpital Robert Debré, conçu par l'architecte Pierre Riboulet, qui imagine un hôpital ouvert sur la ville et conçu comme un espace urbain accueillant et fluide, végétalisé et lumineux, incarne cette rupture avec l'hôpital-bloc. Cette construction fait sécession dans l'histoire des formes des hôpitaux somatiques car elle réintroduit dans son processus de conception un élément majeur de l'esthésie, l'expérience de l'usager. Elle propose également une manière originale de faire jonction avec la ville en traversant l'hôpital de part en part grâce à la création d'une rue intérieure, une excroissance de l'environnement urbain.

128 Jean-Louis BOUCHARD, *ibid.*

129 Jean-Louis BOUCHARD, *ibid.*



Illustration 10 : Jardin d'hiver de l'hôpital Robert-Debré, 1988

© Stéphane Couturier

En conséquence, nous constatons qu'à travers ces apparentes ruptures paradigmatiques de l'histoire de l'hospitalité des institutions sanitaires, certains fils se tirent en continu. Par exemple, le déplacement de l'espace spirituel à l'espace humaniste par le traitement de la lumière zénithale donne à voir à la fois une continuité et une évolution.

L'hôpital contemporain, crises et accélération des réformes

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, les enjeux d'une approche poétique de l'hôpital résultent d'un processus de désagrégation des normes de l'institution. S'amorce en effet, dans les années 1980, le lent « déclin du Programme Institutionnel¹³⁰ », selon les termes du sociologue François Dubet. Ce programme repose sur des principes homogènes qui ont présidé jusqu'alors aux destinées de l'hôpital et ont nourri les formes et les images produites à et par l'hôpital. Ces imaginaires nourris par l'édification de principes clairs, à destination des administrés, sont remis en cause par la fragmentation et la fluidité de la pensée du monde contemporain.

130 François DUBET, *op. cit.*

En outre, le contrôle gestionnaire devient la norme et la préoccupation principale. En effet, « entre 1950 et 1970, les dépenses totales des hôpitaux ont été multipliées par quatre en francs constants¹³¹ » provoquant une inquiétude des administrateurs sur la maîtrise des dépenses de santé. L'hôpital a subi depuis de multiples expérimentations managériales et gestionnaires visant à « contenir » la dépense publique hospitalière. La T2A, tarification à l'activité, lancée en 2004, constitue une mesure ayant transformé l'organisation hospitalière. Elle l'a en effet inscrite dans une logique de productivité tout en maintenant un objectif de service public au bénéfice de toutes les populations. Une contradiction qui en a fait « un lieu d'affrontement entre les logiques de marché et celles du service public¹³² ».

La réduction de la dépense publique du secteur hospitalier a déplacé l'investissement de l'Etat vers des programmes public-privé (PPP : Partenariat Public-Privé). Cet apport financier du privé était alors censé permettre de générer une architecture de haut niveau technologique et hôtelier. En réalité, l'économie de dépenses d'investissement se reporte sur les coûts de fonctionnement, souvent au désavantage de la partie publique engagée dans des contrats qui fixent des loyers astronomiques pour des durées extrêmement longues. La cour des comptes pointe, dans son rapport de 2014, « des procédures engagées de manière précipitée, un usage partiel des atouts fonctionnels des PPP, des enjeux financiers insuffisamment pris en compte¹³³ ». L'exemple du partenariat public-privé avec Eiffage pour l'édification du centre hospitalier Sud Francilien à Ivry appelle à une grande vigilance quant à ces nouvelles modalités¹³⁴. Pour la cour des comptes, « ce cas illustre l'insuffisance de l'accompagnement, la précipitation avec laquelle a été décidée la procédure et les conséquences d'une programmation insuffisante donnant lieu à des modifications nombreuses et tardives, facteurs aggravés par la complexité et l'importance du projet¹³⁵. »

131 Sophie CHAUVEAU, « Quelle histoire de l'hôpital au XX^e et XXI^e siècle », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, vol.4, n°33, 2011, p .81-89.

132 Sophie CHAUVEAU. *ibid.*

133 Cour des comptes, Rapport public annuel 2014, février 2014

134 Bruno PIRIOU, Roger FERRERI, « L'échec du partenariat public-privé au Centre hospitalier sud-francilien. », publié le 7 octobre 2011, consulté le 3 novembre 2021. https://www.lemonde.fr/idees/article/2011/10/07/l-echec-du-partenariat-public-privé-au-centre-hospitalier-sud-francilien_1583220_3232.html

135 Cour des comptes, *op.cit.*

En sus de ces risques financiers et de ces insuffisances juridiques, les réalisations architecturales ne tiennent pas toujours leurs promesses, notamment par défaut de consultation des utilisateurs. Dans un contexte qui voit les contraintes s'accumuler, l'espace créatif devient une part congrue de la conception. Celle-ci se concentre généralement sur les innovations de façade, le cortège de couleurs supposément gaies ou apaisantes et les patios végétalisés, censés incarner le bien-être. Mais rien ne garantit la valeur d'usage de ces réalisations. L'architecture hospitalière subit désormais cette tension entre logique de marché et service public en raison de la prise en mains par de grands groupes du BTP du pilotage et de la gestion de l'outil le plus complexe et le plus fondamental du soin et de l'hospitalité : l'architecture.

Ce mouvement d'ensemble, à la fois managérial et économique, aboutit à de successives et multiples crises de l'hôpital – grèves, manifestations, démissions des fonctions administratives des médecins, délais de prise en charge des patients, pertes de chance, perte d'attractivité – mises en lumière à l'occasion de la pandémie du coronavirus. L'hôpital public, bien que résistant, est abîmé par cette ultime crise sanitaire, acmé d'une période où il a été soumis à des injonctions, des restrictions et des organisations vectorisées par des préoccupations sécuritaires, de contrôle gestionnaire et d'économie budgétaire éloignés de sa vocation humaniste et sociale. Hémorragie des soignants, non renouvellement générationnel des médecins, mise en danger des usagers, violence des rapports sociaux, perte de sens... les maux de l'hôpital se révèlent innombrables. La question est de savoir s'ils vont être entendus et pris en considération grâce à un changement profond de paradigmes et de priorités.

Mais paradoxalement c'est à partir des années 1990, début de la crise morale, financière et institutionnelle quasi-permanente de l'hôpital public qu'apparaissent les politiques culturelles ouvrant la voie à l'art puis plus récemment au design dans ces espaces. Pourquoi ? Qu'est-ce que cela signifie ? Est-ce l'émergence d'un objet politique de compensation et de rééquilibrage d'un hôpital en mal de vocation ? Anne Nardin soutient cette hypothèse lorsqu'elle évoque « que « la « dimension culturelle » peut s'installer dans les vides – nombreux – de cet hôpital hyper-technologique, comme dans l'attente d'un rééquilibrage, voire d'une réparation¹³⁶ ». Est-ce une réponse aux usagers, désormais plus conscients de leurs droits ? En l'occurrence, il s'agit bien du respect de leurs droits que de prendre en compte, au-delà de leurs besoins physiologiques, leurs aspira-

136 Anne NARDIN, *op. cit.*

tions spirituelles, sensibles et psychologiques. Ou bien l'art et le design se trouvent-ils requis pour porter assistance à une pratique de la sollicitude devenue un peu molle – dont témoigne le succès de la philosophie du *care* – et qui ne s'incarne plus suffisamment dans la relation de soins ? Le design s'ancre-t-il à l'hôpital dans la cohorte des conséquences de la libéralisation de l'hôpital public, en tant qu'élément d'augmentation du capital de marque d'une institution soudainement mise en concurrence, notamment avec le secteur sanitaire privé, comme le laisse penser la critique d'Hal Foster¹³⁷ ?

Nous aimerions apporter la preuve qu'il n'en est rien. Que l'art comme le design sont convoqués par l'hôpital dans ce qu'ils ont de plus irréductible comme questionnement existentiel et de plus désintéressé dans leur contribution à « un monde préférable ». Nous en voulons pour preuve le nombre réduit d'œuvres réalisées à l'hôpital au nom de la singularité de leur auteur ou de la sécession qu'ils opèrent dans l'histoire de l'art, et encore moins en raison de leur valeur commerciale. C'est une histoire à bas bruit de concepteurs agissant frugalement, convaincus de la responsabilité sociale de l'art. C'est une histoire à bas bruit de professionnels hospitaliers à la recherche des moyens de réintégrer dans leur pratique le sens, parfois perdu de vue, de leur vocation. C'est une histoire à bas bruit d'usagers dont le rétablissement dépend aussi de leur sensibilité, de leurs émotions, de leur pouvoir d'agir, au cœur même de la contrainte imposée par la maladie et les traitements. Identifier, formaliser et théoriser une poïétique de l'art et du design permettrait donc, c'est notre hypothèse, d'objectiver les indispensables qualités de modestie et de sincérité des conduites créatrices dans les lieux de soin. Nous distinguons cette poïétique de la logique « fiduciaire » selon laquelle certains artistes sont invités à l'hôpital. Pierre-Damien Huyghes la définit ainsi :

Deux vérités se découvrent ici : d'une part que l'ordre fiduciaire auquel se lie historiquement le branding exclut de son centre d'intérêt essentiel tout un pan du « réaliser » (il ne s'agit pas de comprendre, de se rendre compte), d'autre part qu'il n'a pas besoin que s'organisent à son sujet d'authentiques formes : le registre de la « figure », selon l'antique appellation rhétorique, suffit¹³⁸.

137 Hal FOSTER, *op. cit.*

138 Pierre-Damien HUYGHE. *À quoi tient le design ? Vitrites, signaux, logos*. De l'incidence éditeur, Réville, 2019, p. 98.

La logique fiduciaire réside dans le principe qu'il y a un auteur de la valeur ou du signe, dans notre cas l'hôpital. Celui-ci étant digne de confiance, l'annonce ou le signe ne nécessitent pas d'être reliés à une réalité concrète. Pierre-Damien Huyghe évoque, à titre d'exemple, les centres commerciaux à l'entrée des villes dont les annonces sont inversement proportionnelles à la qualité architecturale des bâtiments et, le plus souvent, à la qualité même des produits. Appliqué à l'hôpital, on imagine combien le régime fiduciaire poserait problème. Il arrive pourtant que les artistes soient requis pour incarner dans des formes et des signes ostentatoires et communicationnelles des valeurs générales, telles que la bienveillance, l'humanité, l'hospitalité, la solidarité, sans rapport avec les conditions de mise en œuvre du soin au quotidien. Ce dissensus cognitif est de plus en plus mal vécu par les acteurs de l'hôpital.

Se pose ainsi la question de savoir comment déplacer à l'hôpital, d'une part les déterminations de son programme institutionnel, qui reste vivace malgré son déclin, et d'autre part la logique fiduciaire de son programme communicationnel, vers d'autres processus d'individuation, d'énonciation et de production des environnements pour contribuer à un nouvel horizon d'espoir. Cela impliquerait une organisation où les espaces de réflexivité collaborative impliquant toutes les parties prenantes de l'hôpital trouveraient toute leur place aux côtés des actuelles instances formelles dédiées à la régulation plutôt qu'à l'imagination.

2. Fragments sémiologiques et anthropologiques, mythes et figurations

L'hôpital, scène anthropologique par excellence¹³⁹

La puissance existentielle de l'hôpital en fait une scène primitive où se joue toute l'ambivalence du Bien et du Mal pour les humains. L'hôpital est par excellence le lieu de la fragilité et du pouvoir, de la naissance et de la mort, de la souffrance et de la joie, de la nudité et de l'uniforme, de l'expédient et du protocole. Il accueille et active de ce fait

139 Je veux remercier ici Marie-Christine Pouchelle qui m'a initiée pendant toutes ces années à une anthropologie de l'hôpital contemporain, lumineuse et sensible. Ce paragraphe est largement inspiré de ses écrits et de sa pensée que j'ai à cœur de faire connaître.

les pulsions les plus profondes de la dévotion et de la peur, de l'autorité et de la sollicitude, de l'amour et du sexe, du contrôle et du désordre, dont les manifestations sont bien entendu inhibées par la Loi et la culture. Mais celles-ci sont en réalité déplacées, sous des formes atténuées, dans des habitudes, des points aveugles, des protocoles, des indifférences, des dénis qui déterminent la qualité des relations humaines, et au premier chef la qualité de l'hospitalité. Car ces relations, certes fondées sur une vocation séculaire de sollicitude, ne sont pas exemptes de pulsions refoulées et d'héritages culturels paradoxaux. Cet humus anthropologique qui sous-tend une aporie de l'hostilité et de l'hospitalité dans le lieu de soin est aussi celui de l'instauration artistique car il se matérialise dans des formes et des images.

Nous abordons ainsi les images comme des agents agitateurs d'un ordre symbolique mal reconnu à l'hôpital, celui des émotions. Les travaux anthropologiques de Marie-Christine Pouchelle¹⁴⁰, en particulier ses *Essais d'anthropologie hospitalière*, mettent à jour combien la charge émotionnelle des professionnels est insuffisamment travaillée collectivement dans des modes de mise à distance et de sublimation. Alors que les hospitaliers, comme les usagers, sont confrontés régulièrement à des situations de détresse, force est de constater que les savoir-faire relationnels et les compétences hospitalières dans le champ du symbolique ne sont pas toujours à la hauteur de l'excellence du geste médical. Les professionnels comme les soignés se trouvent livrés à eux-mêmes pour affronter la violence des imaginaires les plus refoulés qui ne manquent pas de faire effraction dans leur psyché dans ces situations où se mêlent responsabilité et culpabilité, pouvoir et compassion, violence et sollicitude, désir et mort. Pour Marie-Christine Pouchelle, « les individus, hospitaliers comme soignés, se retrouvent parfois aussi désarmés devant ce qu'ils vivent que les jeunes gens livrés sans défense au Minotaure tapi dans les méandres du labyrinthe¹⁴¹ ». Elle attire en outre notre attention sur le fait que plus les environnements sont aseptisés et technicisés et plus les effractions sont violentes.

L'hôpital souffrirait donc globalement et cruellement de l'absence de rites favorisant la transmutation des affects en pratiques socialisées. L'hypothèse selon laquelle les hospitaliers bricolent des stratégies pour gérer ces effractions de l'inconscient dans leur rationalité éclairée bien des pratiques. Ainsi, il arrive que les équipes soignantes s'engagent

140 Marie-Christine POUCHELLE. *Essai d'anthropologie hospitalière. L'hôpital corps et âme*. Éditions Seli Arslan, Paris, 2003.

141 Marie-Christine POUCHELLE, *op. cit.*, p. 8.

dans des ritualités, non reconnues pour ce qu'elles sont, et pratiquées le plus souvent sous couvert du statut nettement plus fréquentable de « protocole ». Les pratiques de contention, par exemple, en réanimation comme en psychiatrie, peuvent parfois s'assimiler à ces ritualités. En réanimation, elles auraient à voir avec la volonté inconsciente de cheviller l'âme au corps de la personne en risque vital¹⁴². Tandis qu'en psychiatrie, elles traduiraient l'aspiration un peu magique de rassembler et de contenir les morceaux de la psyché d'un individu au bord de l'explosion. Dans ce contexte, les ritualités bricolées, visant à contenir le débordement des affects et des pulsions de professionnels existentiellement mis à l'épreuve, fonctionnent comme des stéréotypies de réassurance « destinées à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes¹⁴³ ».

Toujours selon les recherches de Marie-Christine Pouchelle, quand l'ordre symbolique à l'hôpital est négligé par l'institution et sa communauté, il se traduit généralement par du trop-vide ou du trop-plein. Du trop-vide quand hospitaliers et soignés sont tenus de vivre des situations critiques dans des espaces asséchés, des protocoles et des technostructures désincarnés. Du trop-plein quand les affects et les imaginaires refoulés irriguent par débordement les pratiques et cristallisent les valeurs. Du côté du trop-vide, nous sommes nombreux, malheureusement, à pouvoir témoigner de notre fréquentation de l'hôpital, des couloirs vides et sans repères, des halls trop grands qui ne font ni signe ni sens, des salles télé sans confort faisant fonction de lieux de convivialité. Comme si la dramaturgie qui se jouait à l'hôpital empêchait le simple plaisir sensoriel de goûter un environnement riche et signifiant. Or cette misère symbolique et esthétique des espaces hospitaliers accentue la perte des repères temporels et spatiaux des patients et leur sentiment d'isolement. Du trop-plein quand les héritages et les conformations culturels débordent dans les pratiques et les usages des hospitaliers, sans distance et sans critique. « Ici, on ne pleure pas ! », déclare un psychiatre à l'un de ses patients en détresse. Ce simple témoignage éclaire combien les hospitaliers héritent d'une histoire de très longue durée, dont les traits culturels les plus saillants se sont cristallisés dans des mythes transformant les comportements et le langage. C'est pourquoi l'instauration artistique à l'hôpital, en tant qu'agent transformateur de la culture, a tant d'importance.

142 Marie-Christine POUCHELLE, « Réanimation et rites de passage », *op.cit.* p. 81.

143 Marie-Christine POUCHELLE, *op.cit.*, p. 7.

La figuration ontologique, une manière de lire l'instauration artistique

Dans son travail visant à dépasser la dichotomie entre nature et culture, Philippe Descola a développé un mode de figuration de quatre ontologies consistant à rendre actifs et visibles les différents modes d'être-au-monde. Il souligne lui-même le caractère opérant de son système pour d'autres contextes épistémologiques :

C'est vrai que les quatre modes d'inférences constituent un système qui marche assez bien. À mon agréable surprise, des chercheurs, des historiens surtout, travaillant dans des secteurs très divers, sur lesquels je n'ai aucune compétence, m'ont fait part de l'efficacité de cet outil pour penser leurs propres domaines. Il y a un effet de cohérence très satisfaisant de cette petite machine expérimentale que j'ai montée¹⁴⁴.

Cette théorie nous semble également féconde pour notre sujet car elle s'intéresse en premier lieu à l'agentivité des images, au sens où elles agissent sur nous. L'agence dont on crédite les images est une notion relationnelle qui constitue une interface entre des intentionnalités que l'image figure. Selon Descola, les images rendent compte de différentes façons de faire l'expérience du monde car elles dévoilent et intègrent les qualités mêmes des entités qu'elles représentent. C'est ce qu'il appelle la figuration ontologique¹⁴⁵.

La figuration est une activité universelle et humaine de production, d'ornementation, ou de mise en situation d'un objet ou d'un ensemble d'objets inorganiques ou vivants, y compris le corps de l'homme, en vue d'en faire une image fonctionnant comme un signe à la fois iconique et indiciel¹⁴⁶.

Cette définition de la figuration implique d'aborder les productions artistiques de l'hôpital non pas comme des objets dont on devrait décrire les qualités mais comme une relation qui articule le signifiant et le signifié, le concepteur et le regardeur, la substance

144 David HUGOT, « Entretien avec Philippe Descola », *Le Philosophoire*, vol.2, n°36, 2011, p. 161-178

145 Ontologie : partie de la philosophie qui traite de l'être dans sa généralité indépendamment de ses déterminations particulières.

146 Philippe DESCOLA, cours au collège de France, consulté le 8 juin 2021.

<https://www.college-de-france.fr/site/philippe-descola/course-2008-2009.htm>

et la forme. Ainsi, s'intéresser à la figuration ontologique de l'hospitalité dans les lieux de soins, c'est porter attention aux relations iconiques – de ressemblance – et/ou indicielles – d'affectation – avec ce qu'ils représentent.

Les processus d'identification entre matérialité des images et intériorité des existants figurés se traduisent pour Philippe Descola dans une typologie en quatre parties :

- L'ontologie naturaliste s'est développée en Occident à partir du XV^{ème} siècle. Elle porte l'idée que les humains sont différents des autres vivants et des choses parce qu'ils seraient les seuls à posséder une âme, une intériorité.
- L'ontologie animiste reconnaît que les animaux et les objets ont une intériorité, comme les humains, mais ils se distinguent par la forme de leur corps.
- L'ontologie totémique considère que les humains et les non humains partagent les mêmes caractéristiques dès lors qu'ils relèvent d'une classe mythologique donnée.
- L'ontologie analogiste constate que tous les occupants du monde sont différents les uns des autres, c'est pourquoi on cherche à trouver des rapports de correspondance.

Alors que Descola aborde la figuration ontologique comme une relation rendue visible entre nature et culture, elle devient dans notre problématique relation rendue intelligible entre sujet et hospitalité. Avec ce parti-pris, il est possible de faire une lecture de l'instauration artistique de l'hospitalité au prisme des figurations ontologiques.

Une hospitalité de la transcendance : figuration animiste

Pour Descola, figurer l'ontologie animiste « c'est rendre visible les qualités et l'intériorité des différents existants qui se logent dans des corps dissemblables à eux-mêmes mais identifiables par des indices d'espèce ». Nous retiendrons de cette première typologie l'idée d'une figuration laissant transparaître une qualité ontologique dans des corps dissemblables. Dès lors, peut-on aborder les représentations iconiques de la sainteté de Dieu à travers les images de saints et de la trinité comme une manière de figurer l'âme spirituelle dans les corps d'humains sanctifiés ? Dans la longue période hospitalière accueillant des œuvres à caractère religieux, les images visent à rendre visibles les qualités et l'intériorité de la sainteté de Dieu, de la vierge Marie et du Christ. Non pas grâce à une relation d'affectation mais grâce à une relation de ressemblance reposant sur un ensemble de règles formelles et de symboles garantissant la reconnaissance de son caractère divin. Dans cette iconographie du religieux, il est présumé que l'âme sacrée de Dieu s'incarne dans les représentations de Jésus, de Marie et des saints. Son

intentionnalité consiste à diffuser l'idée que chaque être humain est porteur de cet éclat spirituel et sanctifié. Ainsi, les humains et les non-humains – en l'occurrence les malades et Dieu – partagent la même âme dans des corps différents.

Les œuvres de la période religieuse de l'hôpital ne se donnent pas pour objet de représenter des réalités ou des idées mais ont pour but de transmettre et d'incarner la lettre et l'esprit de l'histoire sainte. Outre une relation sémiologique entre l'objet et le signe, fondée sur la ressemblance, l'icône est par excellence une image sacrée apte à porter le message divin, « La vénération des icônes ayant été proclamée dogme de foi au II^{ème} concile de Nicée, c'est de cette dignité insigne des images que découle leur esthétique. On ne peut vénérer que ce qui appartient déjà et irrévocablement au divin¹⁴⁷. » La figuration ontologique animiste iconique des images religieuses à l'hôpital révèle une relation d'hospitalité qui se situe dans le registre de la promesse, ajournée à la vie après la mort, et sans rapport avec l'expérience du sujet.

Une hospitalité de l'immanence : figuration naturaliste

Dans la figuration de l'ontologie naturaliste, les corps sont tous soumis à la même loi de la nature et seuls les humains ont une intériorité. Ainsi, ce que doit rendre visible la figuration naturaliste c'est la diversité de l'intériorité des êtres humains et la permanence des lois de la nature. Elle se réalise « dès le XV^{ème} siècle dans la peinture flamande dans laquelle on assiste à l'irruption de la figuration de l'individu et de la continuité des espaces réalistes¹⁴⁸ ». À la Renaissance, le modèle unique de perfection divine est donc rapatrié dans l'intériorité de la subjectivité humaine et devient immanence. Dans ces images, l'émergence du sujet dans un monde qui s'objective par le goût du détail et du réalisme s'affirme progressivement. L'accent est mis sur la vie ordinaire. La peinture hollandaise du XVII^{ème} siècle instaure des relations intersubjectives entre les éléments du tableau. Le regardeur est invité à interpréter des scènes, au sens théâtral du terme. Au XVIII^{ème} siècle, la naturalisation est en marche. Dans le secteur de la santé, la figuration anatomique se développe et révolutionne la médecine. L'hôpital révisé alors sa vocation d'assistance pour se préparer à sa mission scientifique. La vie est représentée comme un dispositif mécanique, anticipant les hôpitaux comme « machines à guérir ».

147 Etienne SOURIAU, *Vocabulaire d'esthétique*, Paris, Éditions PUF, 2010, p. 888.

148 Philippe DESCOLA, *op. cit.*

L'idéal de l'harmonie intérieure cède la place au XIX^{ème} siècle à une physicalité auto-référentielle dont les images deviennent la monstration. La figuration devient monstration et trouve son acmé dans l'apparition de la photographie. La place grandissante de l'imagerie médicale en est également l'une des dimensions. Cette tension entre la singularité subjective humaine et la physicalité mécanique des corps et des espaces marque l'instauration artistique de l'hôpital de la période contemporaine. La relation d'hospitalité se concentre dans cette période sur la réparation des corps dans des espaces homogénéisés par l'universalité du savoir encyclopédiste. Ces espaces se vident d'icônes et de symboles. La médecine oublie la singularité subjective de l'intérieur singulier de chaque être humain.

Une hospitalité mythologique : figuration totémique

La figuration totémique se reconnaît dans le partage d'un ensemble de qualités physiques et morales par une classe donnée. Elle représente une identité commune et essentielle issue d'un même prototype, d'une même semence d'individuation. Elle active un lien profond entre un groupe totémique, un site géographique et une genèse ontologique (le récit fondateur). La figuration totémique met en forme les mythes des communautés. L'hôpital est façonné et ses interstices technologiques envahis par les mythes relatifs aux grands récits originels qui se mêlent et s'imbriquent : la charité religieuse, l'assistance publique républicaine, la naissance de la clinique. Pour mieux le comprendre, nous allons analyser plus finement les mécanismes de figuration du mythe.

La présence des mythes à l'hôpital relève d'un mécanisme d'évacuation d'un réel émotionnel complexe et ambivalent. Il en va ainsi par exemple du mythe de la posture guerrière à l'hôpital qui naturalise l'imaginaire militaire du combat contre la maladie dans la vie quotidienne. L'examen de la littérature médicale et infirmière fait en effet apparaître un usage très répandu des métaphores guerrières, productrices de héros combattant pour les plus justes causes. Nous en avons d'ailleurs un exemple récent avec la rhétorique présidentielle déployée contre la COVID-19. D'ailleurs le mot « guerrier » a une étymologie voisine de celle de « guérir ». Le premier est issu du francique *warjan* qui signifie « défendre, protéger » tandis que le second vient du francique *werra* qui signifie « troubles, désordre »¹⁴⁹. Ces représentations culturelles traversent toutes les époques

149 Alain REY, *Dictionnaire historique de la langue française*. Éditions Le Robert, Paris, 2019.

et ne prêtent pas nécessairement le flanc à la critique si ce n'est qu'elles ont probablement retardé la prise en compte empathique de la douleur et des effets iatrogènes de la médecine, considérés pendant longtemps comme des « dommages collatéraux » conformément au modèle sémantique des militaires.

Interrogeons-nous maintenant sur le fonctionnement singulier du mythe. Selon Roland Barthes « le mythe est une parole¹⁵⁰ ». En tant que parole, il se prête à une étude par la science des signes instaurée par le linguiste Ferdinand de Saussure sous le nom de sémiologie. La sémiologie étudie « des idées-en-forme ».

Pour bien comprendre les différentes étapes d'analyse du système sémiologique du mythe, prenons un exemple en rapport avec notre sujet : le tableau de Tony Robert-Fleury « Le docteur Pinel libérant les aliénés de la Salpêtrière en 1795 ». Ce tableau n'est pas réductible à la scène représentée - le docteur Pinel libérant les aliénés de La Salpêtrière - car il incarne le mythe de la naissance de la psychiatrie moderne comme discipline médicale. Le mythe a en effet toujours à voir avec les origines d'une communauté. Il est, selon les termes de Roland Barthes, « une parole choisie par l'histoire¹⁵¹. »



Illustration 11 : Le docteur Pinel libérant les aliénés de la Salpêtrière en 1795, Tony Robert-Fleury

© Domaine public

150 Roland BARTHES, *Mythologies*, Éditions du Seuil, Paris, 1957.

151 Roland BARTHES, *op. cit.*

Analyser le mythe sous l'angle sémiologique permet de s'intéresser en première intention au rapport entre le signifiant, le signifié et le signe. Dans notre exemple, le signifiant est le tableau représentant des personnages masculins ôtant ses chaînes à un personnage féminin (à ce stade, le signifiant est vide de sens), le signifié s'attache au concept de liberté. Mais le signe, qui est le total associatif des deux, est la libération des aliénées de l'hôpital La Salpêtrière par le docteur Pinel.

Dans le mythe, ce schéma tridimensionnel existe aussi mais il se caractérise par une double chaîne sémiologique dans laquelle le signe arrive comme terme final du système linguistique – les aliénées sont libérées par le docteur Pinel – et devient le signifiant comme terme initial du système mythique. Il devient ce que Roland Barthes appelle le langage-objet dont se saisit la seconde chaîne sémiologique spécifique du mythe. À son tour associé au signifié, qui reste le concept de liberté, le troisième terme du mythe est la signification. Pour Roland Barthes, « ce mot est ici d'autant mieux justifié que le mythe a effectivement une double fonction : il désigne et il notifie, il fait comprendre et il impose. » La signification, dans notre exemple, c'est la naissance du traitement moral comme fondement de la clinique psychiatrique, induite par un nouveau paradigme philosophique : la curabilité de la folie.

La signification est alors le mythe lui-même. La signification du tableau de Robert-Fleury est le mythe de la naissance de la clinique psychiatrique, fondée sur l'intégration de la figure de l'aliéné dans la communauté des êtres humains curables. La signification est donc définie par son intention – je fonde anthropologiquement une nouvelle clinique – beaucoup plus que par sa lettre – je libère les fous de leurs chaînes. Pourtant l'intention y est en quelque sorte figée par la lettre. Autrement dit, le docteur Pinel libérant les aliénées de leurs chaînes obstrue l'intention d'explorer la genèse de la fondation d'une nouvelle clinique.

Cet effort de définition nous conduit à conclure avec Roland Barthes que « le mythe ne saurait être un objet, un concept, ou une idée ; c'est un mode de signification, c'est une forme¹⁵². » En tant que langage-objet, écriture et image sont analysées de la même façon. Elles sont volées par le mythe et rendues dans un métalangage qui évacue le réel et fige la signification. Dans notre exemple, la réalité politique et complexe de l'émergence et de la construction historique du savoir psychiatrique, en tant que discipline positiviste de la psychiatrie moderne, disparaît derrière la scène du docteur Pinel libérant les aliénées de

152 Roland BARTHES, *op. cit.*, p. 193.

leurs chaînes. L'image est (et ne représente plus) la naissance de la psychiatrie moderne. En ce sens, pour Roland Barthes, « le mythe est une parole dépolitisée. Car il est toujours un métalangage dressé à chanter les choses, et non plus à les agir¹⁵³. »

Le caractère mythique des œuvres de l'hôpital républicain s'impose car il est relié aux grands récits fondateurs de l'hôpital démocratique et scientifique de l'État-providence. Parce que l'hôpital n'a pas su occuper le vide laissé par la disparition du monde spirituel, il est aujourd'hui envahi par les résidus des mythes qui se sont succédés dans son histoire culturelle. Nous verrons que les artistes viennent révéler et déconstruire ces résidus de mythes qui font obstacle à la réflexivité collective pour les transformer en mythologies, autrement dit en récits collectifs appropriés.

L'hospitalité par la médiation : figuration analogique

Dans la figuration ontologique analogique, tous les occupants du monde sont différents les uns des autres, c'est pourquoi on cherche à trouver des rapports de correspondance. Pour Descola, « l'objectif figuratif de l'analogisme c'est, au premier chef, de rendre présents des réseaux de correspondance entre des éléments discontinus, ce qui suppose notamment de multiplier les composantes de l'image afin de mieux désindividualiser son sujet¹⁵⁴. »

Pour en explorer les processus, nous prendrons comme exemple trois commandes d'art contemporain à l'hôpital, analysées dans l'ouvrage d'Isabelle Genyk, d'Isabelle Saint-Martin, et de Magali Uhl¹⁵⁵. À la marge du déploiement relatif du programme Culture et Santé, mais se confrontant aux mêmes questionnements, l'art fait irruption à l'hôpital aux côtés de l'architecture dans des contextes de commandes publiques. Encouragées, soutenues et coordonnées par le programme Nouveaux Commanditaires de la Fondation de France, elles illustrent les enjeux de symbolisation dans l'espace hospitalier et le déplacement du statut de l'œuvre dans un lien indépassable avec son contexte et les acteurs de la situation. Achievé en 1996, *La salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré est réalisé par l'artiste italien Ettore Spalletti, assisté d'Adriana Civitarese, avec le concours des

153 Roland BARTHES, *op. cit.*, p. 231.

154 David HUGOT, *op. cit.*

155 Isabelle GENYK, Isabelle SAINT-MARTIN, et Magali UHL (dir.), *Buraglio, Pistoletto, Spalletti. De l'ar[t] chitecture en milieu hospitalier*, Paris, Presse Universitaire de Paris, 2011.

architectes Guido Fanti et Bernard Ngojo,. *Lieu de recueillement et de prière* est réalisé à l'Institut Paoli Calmette à Marseille par l'artiste Michelangelo Pistoletto et l'architecte Giorgio Ferraris en 2000. *L'Oratoire* de l'hôpital Bretonneau à Paris est conçu par l'artiste Pierre Buraglio en collaboration avec l'architecte Fabrice Pilorgé et le cabinet d'architecture Valode et Pistre en 2001. Ces œuvres relèvent toutes d'un *faire design* qui ne les dissocie pas de l'expérience et des aspirations des personnes qui auront à l'investir au quotidien et qui ont vécu dans leurs pratiques l'insatisfaction ou l'aporie à l'origine du désir d'œuvre. L'intrication entre l'œuvre et son contexte conduit les auteurs à les nommer des « œuvres-lieux ». Et de souligner qu'elles prennent place dans des :

espaces emblématiques regroupant un ensemble de pratiques qui se situent à l'interface des routines professionnelles et du tragique de l'événement. L'intervention artistique accompagne la pratique quotidienne des personnels hospitaliers, le parcours des malades et des familles dans le but de recréer une densité sémantique là où le sens peut faire parfois défaut¹⁵⁶.

Ces œuvres s'inscrivent dans un tissu de significations qui relie des éléments de nature hétérogène et divers parmi lesquels nous pouvons citer la symbolisation des rituels funéraires avec la place prédominante de l'hôpital comme scène du « mourir », la combinaison entre impératif de laïcité et pratiques religieuses, le lien social à l'hôpital, la reconnaissance des professionnels, les conditions d'intégration de l'art contemporain dans un espace non dédié. Cette diversité d'agents humains et non-humains consolide le rôle de l'art comme médiateur performatif dans les relations entre le professionnel, l'utilisateur et l'institution hospitalière mais aussi entre des cadres de référence différents comme par exemple celui de la laïcité républicaine et de la spiritualité de personnes confrontées à la fin de leur existence. Cette dimension semble indispensable au processus d'instauration artistique c'est-à-dire d'instauration de nouvelles relations entre les éléments hétérogènes d'un système complexe.

Il s'agit là d'une nouvelle figuration ontologique de l'hospitalité fondée sur la logique analogique.

156 Isabelle GENYK, Isabelle SAINT-MARTIN, et Magali UHL, *ibid.* p. 11-12.

Ce qu'elle ambitionne de rendre présent dans les images se révèle encore plus abstrait que ce que les autres modes d'identification visent à figurer : non une relation de sujet à sujet, comme dans l'animisme, ou une relation partagée d'inhérence à une classe, comme dans le totémisme, ou une relation de sujet à objet, comme dans le naturalisme, mais une métarelacion, c'est-à-dire une relation englobante structurant des relations disparates¹⁵⁷.

Ces exemples artistiques illustrent pleinement le régime analogique dans lequel on ne cherche pas à donner à voir des éléments séparés et identifiables, ni même des intentionalités ou des messages transcendants ou immanents, mais des processus dynamiques qui mettent en correspondance la diversité des composantes.

Ils sont tout à la fois inscrits dans l'hôpital et ouvert à un ailleurs qui les relie à d'autres systèmes de signification, hors de l'univers de la santé, voire même à un autre mode salvateur. Dans chacune de ces trois réalisations, franchir le seuil introduit à un régime de couleurs, d'odeurs et de sonorités que le visiteur perçoit physiquement avant d'en prendre conscience¹⁵⁸.

3. Les politiques publiques entre culture et santé

Nous l'avons vu, une poétique de l'hospitalité organique, sensorielle, existentielle s'expérimente depuis 20 ans dans les nombreuses initiatives artistiques promues par le mouvement – appelons le « mouvement » car il déborde du programme national – « Culture et Santé ». Elle prend sa source dans un contexte où les hospitaliers s'épuisent à se plier à un fonctionnement global vécu sur le mode de l'hostilité et jugé contradictoire avec la mission de soigner. Malgré la qualité immense des individus qui se dévouent à l'hôpital, les forces d'assèchement de l'espace hospitalier sont profondément incrustées dans les dogmes budgétaires, les procédures pullulantes, les cadres de management verticaux, les rapports de pouvoir et de territoire en silos, la peur de l'autre y compris des usagers toujours tenus à l'écart malgré des avancées réelles.

157 Philippe DESCOLA, « La fabrique des images », *Anthropologie et Sociétés*, vol.3, n°30, 2006, p. 167-182.

158 Isabelle GENYK, Isabelle SAINT-MARTIN, et Magali UHL, *op. cit.*, p. 162.

En 2020, l'irruption de la crise sanitaire a révélé un territoire hospitalier raviné par de multiples maux. L'hémorragie des professionnels paramédicaux met en danger la sécurité des patients. Celle des médecins suit de près, aggravée par une démographie médicale en berne, pourtant annoncée depuis longtemps. L'épuisement et les tensions subies par ceux qui restent laissent peu d'espoir de résilience du système hospitalier. La société toute entière est dès lors invitée à se mobiliser pour repenser la place et le fonctionnement de l'hôpital en revisitant les certitudes, les hiérarchies, les corporations, les immobilismes. L'art et la culture vont-ils enfin être légitimement invités, à leur tour, à la table des réflexions et des décisions en capacité de restaurer l'hospitalité comme valeur supérieure et comme théorie de l'action de l'éthique hospitalière ? Nous rejoignons à cet égard les propos du docteur Lazare Benaroyo soutenant que « l'art et la culture à l'hôpital nous rappellent qu'en tant qu'institution publique, ce dernier est avant tout un monde de valeurs et qu'il ne pourra pas répondre aux défis scientifiques, techniques, de santé publique et de société qu'en continuant à s'appuyer sur les valeurs d'accueil, de solidarité et d'hospitalité¹⁵⁹. » Fort heureusement, un nouveau discours médical se fait entendre sur l'intégration de la culture et de l'art dans les territoires hospitaliers faisant reposer sa légitimité sur les apports des Humanités, et singulièrement sur l'éthique. Ces voix, encore un peu isolées, sont progressivement étayées par des études visant à objectiver les effets positifs de l'art et de la culture sur la santé des usagers et la qualité du soin, s'inspirant du modèle, familier au monde hospitalier, de l'*evidence-based medicine*.

Enfin, dans le même temps où sa misère s'exhibe, l'hôpital se trouve irrigué par une nouvelle sensibilité sociétale, que la crise du coronavirus n'a fait que confirmer. Mais il est aussi travaillé par ce que l'on peut nommer « la deuxième histoire du progrès scientifique ». La sensibilité sociétale contemporaine promeut l'écologie humaine, le *care*, la créativité, l'autonomie, le Rétablissement, la résilience, sans prendre toujours le temps ni de la compréhension de ces notions ni de leurs implications concrètes. Le progrès scientifique connaît pour sa part une accélération sans précédent dans les disciplines des neurosciences, de la génétique, de la robotique et de l'intelligence artificielle, générant une mise sur le marché de plus en plus rapide des technologies qui en sont issues. Cette double affectation de l'hôpital pose en permanence de nouveaux défis éthiques.

159 Lazare BENAROYO, « L'art et la culture à l'hôpital, un enjeu éthique ? », Bulletin des médecins suisses, vol.34, n°97, 2016.

Enfin l'hôpital se trouve confronté, à bien des égards, aux limites inhérentes à son héritage paradoxal, bureaucratique et libéral. Il cherche de nouveaux modèles de management soutenant créativité, innovation, qualité de vie au travail, expérimentation dans un contexte où précarité et anxiété culminent, démultipliés par la crise sanitaire de la COVID-19. La question posée par l'instauration artistique suppose qu'un nouveau récit intégrateur des contradictions de l'hôpital « du monde d'après » puisse se constituer autour de la valeur de l'hospitalité. Si l'art contemporain est pleinement en capacité de questionner et de mettre en lien, il rencontre des limites dès lors qu'il s'agit de transformer durablement le corps même de l'institution. Cette limite ouvre la voie au design, mieux outillé comme objet transformateur en charge de concevoir et de développer des solutions concrètes et durables pouvant être implémentées dans la vie quotidienne de l'établissement. Mais de quel design parle-t-on ? En quoi participe-t-il pleinement de la poétique de l'hospitalité ?

Culture et Santé, une politique publique officialisée en 1999

La convention interministérielle « Culture et Santé », signée en 1999 et renouvelée en 2010, ainsi que ses déclinaisons régionales, nous offrent un objet d'étude pertinent pour retracer les évolutions de la création dans les organisations hospitalières pendant les 20 dernières années. Afin d'éclairer plus finement la territorialisation de cette politique nationale, nous tirons des enseignements des évaluations qualitatives, peu nombreuses, portant sur la déclinaison de Culture et Santé dans trois régions : le Nord-Pas-de-Calais, la Nouvelle Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes (AURA). Nous souhaitons identifier à partir de ces observations relatives aux enjeux, processus et effets des actions artistiques et culturelles à l'hôpital, quelques fils de la trame des motifs de la poïétique hospitalière.

Les conditions d'émergence du programme interministériel Culture et Santé

Les ambitions successives et cumulatives des politiques culturelles, depuis l'éducation populaire comme levier d'émancipation de l'après-guerre jusqu'à la récente déclaration des « droits culturels », ont créé les couches profondes dans lesquelles la culture à l'hôpital a plongé ses racines. Rappelons-en les étapes à grands traits pour identifier de quoi ce programme est l'héritier.

Il est tout d'abord l'héritier direct de l'histoire des politiques culturelles dont on peut dater la naissance à la création du ministère de la Culture par André Malraux en 1959. Le sociologue Philippe Urfalino le définit ainsi : « Ce que j'appelle « l'invention de la politique culturelle », c'est finalement la mise en place d'un projet intellectuel, idéologique – au

bon sens du terme, c'est-à-dire d'un ensemble d'idées, de concepts qui orientent l'action – et un volontarisme d'État associé à ce projet¹⁶⁰. » Malraux invite l'État à se saisir d'une double disparition laissant l'homme contemporain démuni : celle de la transcendance spirituelle de l'homme dans un monde dans lequel les dieux ont disparu et celle de l'avenir radieux garanti par la science et les technologies, hypothèse discréditée par l'expérience du nazisme. La politique culturelle apparaît alors comme une tentative de ré-enchanter le monde social par l'art et la culture. L'anthropologue Denis Cercllet convoque André Malraux dans ces lignes :

La question majeure de notre temps devient : peut-il exister une communion sans transcendance, et sinon, sur quoi l'homme peut-il fonder ses valeurs suprêmes ? Sur quelle transcendance non révélée peut-il fonder sa communion ? J'entends de nouveau le murmure que j'entendais naguère : à quoi bon aller sur la Lune, si c'est pour s'y suicider¹⁶¹ ?

La doctrine de l'action culturelle à ses origines « renouvelle la promesse de la démocratisation ou de la popularisation culturelle – conduire les gens à la « grande culture » – en identifiant « scientifiquement » les besoins à satisfaire et les moyens à mettre en œuvre¹⁶². »

Les deux décennies suivantes ont été le théâtre de l'institutionnalisation de la culture et de la consolidation de ses moyens et de ses structures. À tel point que l'on parlera « d'État esthétique¹⁶³ », tant les politiques culturelles pèsent sur la création artistique en France. Cet interventionnisme suscite de vives critiques, en particulier dans le mouvement de revendications de mai 68. Jacques Duhamel infléchit alors la politique de son prédécesseur, prenant acte des limites des effets de la démocratisation culturelle et

160 Philippe URFALINO, *L'invention de la politique culturelle*, Paris, hachette, 2004

161 Denis CERCLELLET, « Ré-inventer la politique culturelle ? Œuvrer en lien avec le social et la réalité. », in Denis CERCLELLET (dir.), *Ré-inventer la politique culturelle ?* Éditions La passe du vent, collection Faire cité, Vénissieux, 2012, p. 12.

162 Laurent MARTIN, « La politique culturelle de la France depuis 1945 », in Denis CERCLELLET (dir.), *Ré-inventer la politique culturelle ?* Éditions La passe du vent, collection Faire cité, Vénissieux, 2012, p. 64.

163 Philippe URFALINO. *ibid.*

propose « la notion de « développement culturel » pour prôner la diversification des voies d'accès à la haute culture et l'élargissement du sens de la culture en direction de la vie quotidienne, des pratiques en amateur, des loisirs de masse¹⁶⁴. »

Effectivement, suite à l'arrivée de la télévision dans les foyers et des loisirs de masse, la conception d'une culture universelle qu'il faudrait rendre accessible à tous s'affaiblit et laisse place à un intérêt nouveau pour les pratiques culturelles des Français, mises à jour par des enquêtes sociologiques. La vision classique de la culture laisse place à une vision anthropologique des cultures. Le registre des droits se décale du droit pour tous à accéder aux œuvres du patrimoine culturel et à l'éducation, inscrit dans la constitution française, au droit d'exprimer et de faire vivre « sa » culture. Première pierre de la déclaration des « droits culturels » qui ne s'officialisera pourtant dans la Loi qu'en 2015 et 2016. On assiste dès lors à une territorialisation des politiques culturelles, grâce d'une part au mouvement de déconcentration à l'occasion de la création des DRAC, et d'autre part à une décentralisation vers les collectivités territoriales qui s'engagent dans ce secteur.

Mais c'est avec l'arrivée de Jack Lang au ministère de la Culture en 1981 que les politiques culturelles prennent un véritable virage par rapport aux lignes politiques initiées par Malraux. Jack Lang reformule les missions assignées au ministère en charge de la culture pour « permettre à tous les Français de cultiver leur capacité d'inventer et de créer, d'exprimer librement leurs talents et de recevoir la formation artistique de leur choix ; de préserver le patrimoine culturel national, régional ou des divers groupes sociaux pour le profit commun de la collectivité toute entière ; de favoriser la création des œuvres de l'art et de l'esprit et de leur donner la plus vaste audience ; de contribuer au rayonnement de la culture et de l'art français dans le libre dialogue des cultures du monde¹⁶⁵. » Le chantier est immense, les moyens du ministère de la Culture sont multipliés par deux. Le secteur culturel et artistique bénéficie d'un vent de liberté qu'il n'avait jamais connu. Reconnaissance des cultures minoritaires, reconnaissance des formes populaires d'expression artistique, reconnaissance du rôle joué par la culture dans l'économie de la nation et reconnaissance de tous les lieux de la vie comme espaces d'accueil de la créativité et du plaisir esthétique sont désormais au sommaire.

164 Laurent MARTIN. *op.cit.*, p. 68.

165 Extrait du Décret n° 82-394 du 10 mai 1982 modifié relatif à l'organisation du ministère de la Culture, article 1er.

Cependant un concert de critiques s'abat assez vite sur les politiques culturelles, confrontées à la fois à une crise d'efficacité et à une crise de légitimité. En effet, les moyens consacrés à la démocratisation culturelle, dont les investissements dans la construction d'équipements culturels pharaoniques, ne produisent pas les effets attendus. En outre, toutes les enquêtes montrent que la fréquentation du réseau culturel public est toujours le fait de personnes appartenant aux mêmes catégories socio-professionnelles supérieures et qu'elles sont de surcroît vieillissantes. Paradoxalement, l'engagement de l'État dans toutes les formes d'art et de culture, y compris dans le secteur des industries du loisir et de la pop culture, dissout toute tentative de dessiner un périmètre clair à son action tout en remettant en cause la légitimité de son intervention en raison de la prégnance de son relativisme culturel. Ainsi l'État se trouve-t-il doublement asphyxié par l'importance de ses investissements en faveur de la démocratisation culturelle et par l'élargissement des domaines de son intervention en faveur de la démocratie culturelle.

Il s'ensuit la création d'une nouvelle direction du développement culturel qui s'astreint à ouvrir les champs de la culture en conciliant démocratisation culturelle et démocratie culturelle. Celle-ci aura pour mission, à la fin des années 1990, de définir des politiques interministérielles en charge de toucher des « publics éloignés de la culture ou publics empêchés¹⁶⁶ ». On lui doit l'écriture et la mise en place de la convention intitulée, à ses débuts, « Culture à l'hôpital ». Ces politiques interministérielles s'expliquent donc par la préoccupation de poursuivre la démocratisation culturelle en allant chercher les publics là où ils sont - parfois captifs comme en prison et à l'hôpital - mais également par la nécessité de partager leur coût avec d'autres ministères sectoriels.

Ainsi, le point d'entrée du programme interministériel ayant ouvert les portes de l'hôpital aux artistes prend paradoxalement sa source dans l'échec même de la démocratisation culturelle. Les études montrent en effet que cette politique, pourtant volontariste, a peu élargi les publics malgré 50 ans d'actions et de programmes. Que l'on ne s'y trompe pas, cette histoire des politiques culturelles ne traduit pas tant des ruptures que des additions sur un mode sédimentaire dont on retrouve les fragrances dans le programme Culture et Santé. Action culturelle et développement culturel restent des concepts utilisés et mis en œuvre dans les politiques culturelles d'aujourd'hui et ont toute leur place dans la démarche interministérielle qui fait l'objet de notre étude.

166 Appellation que nous avons déconstruite dans la première partie.

La convention Culture à l'hôpital de 1999 et l'ambivalence de l'État

En 1999, Catherine Trautmann, ministre de la Culture et de la Communication et Bernard Kouchner, ministre de la Santé et de la Solidarité signent la première convention nationale Culture à l'hôpital. Ce rapprochement active la conjonction des intérêts respectifs des deux secteurs, la recherche de nouveaux publics pour le premier et la prise en compte des besoins psychologiques et culturels des usagers pour le second.

Ce programme national affirme un certain nombre de parti-pris qui ont contribué à positionner durablement le développement culturel à l'hôpital en dehors des lisières de l'art-thérapie d'une part et de l'animation occupationnelle d'autre part. Pour les porteurs de projet et pour les artistes, l'ouverture de cette porte étroite a été un levier essentiel pour légitimer et positionner leur action. En revanche de nombreuses inquiétudes se sont exprimées chez les infirmiers, notamment en psychiatrie, de voir la part créative de leur métier, déjà largement mise à mal, concurrencée par des « professionnels de la culture ». Or la convention se démarque nettement de l'art-thérapie « considérant l'artiste non comme un soignant mais comme un professionnel à part entière d'un secteur autonome qui vient rencontrer des pratiques de soins et non s'y substituer¹⁶⁷ ». En outre, elle n'intègre pas non plus dans son champ d'intervention de démarche philanthropique ou caritative comme celui des activités bénévoles, affirmant l'art comme une activité professionnelle reconnue et rémunérée.

La pierre angulaire du programme réside dans le jumelage entre établissements sanitaires et structures culturelles autour de projets conçus et réalisés en commun. Ces partenariats se sont révélés féconds car ils ont permis aux hôpitaux de s'adosser aux compétences de montage de projet, aux réseaux artistiques et aux ressources de diffusion de leur binôme culturel. Tandis que les référents culturels hospitaliers devenaient des fils d'Ariane pour les artistes intervenants dans le labyrinthe institutionnel et médico-soignant.

Le rôle de ceux-ci a été jugé si important que la convention incitait dès 1999 les hôpitaux à la création d'une centaine de postes de responsables culturels en France, médiateurs entre les mondes de la santé et de la culture. Vingt ans après, très peu d'études ont été menées sur cette fonction et aucune évaluation du nombre de postes créé n'a été

167 Françoise LIOT, Chloé LANGEARD, Sarah MONTERO, *Culture et santé, vers un changement des pratiques et des organisations ?* Éditions L'Attribut, Toulouse, 2020, p. 15.

conduite par les ministères. Seule une évaluation menée en Région Auvergne Rhône-Alpes par l'association *InterStices* a mis à jour la corrélation entre l'existence d'un poste de référent culturel et le degré de légitimité du projet culturel mené à l'hôpital. Celle-ci souligne également la diversité des profils et des places dans l'organigramme trahissant l'insuffisance des outils d'accompagnement et de structuration de ce nouveau métier. De surcroît, le métier de responsable des affaires culturelles a été supprimé en 2015 par le ministère de la Santé dans la nomenclature de la fonction publique hospitalière (FPH) qui conserve seulement le métier d'animateur culturel. Ce recul constitue un indice du faible engagement de l'État dans cette politique publique qu'il a pourtant instituée. Pour avoir participé au groupe de travail sur l'intégration de cette nouvelle compétence dans la nomenclature de la FPH, nous pouvons témoigner que le ministère de la Santé était rétif à l'idée d'une intégration à l'échelon de cadre A, ne comprenant pas le niveau de décision et de vision stratégique requis pour instaurer une politique culturelle dans le projet d'établissement d'un hôpital. Pourtant, comme le constatent les auteurs d'une des études, « la médiation, entendue comme une action collective qui traverse les structures et mobilise une chaîne d'acteurs, se situe au cœur des enjeux de changement qui imprègnent aujourd'hui les organisations culturelles et les organisations de santé¹⁶⁸ ».

Conscient de la faiblesse de l'accompagnement du programme par les ministères, des établissements et des fédérations hospitalières ont constitué en 2006 un groupement d'intérêt économique (GIE) appelé Hi.Culture (Hôpital, Innovation, Culture). Le principe consistait à mettre les compétences de leurs responsables culturels à disposition des administrations, des établissements et des structures culturelles souhaitant développer une politique ou des projets à la croisée de la culture et de la santé. Créé pour une durée de cinq ans à l'initiative de l'hôpital du Vinatier, l'organisme a conduit des actions de conseil, de formation et d'évaluation jusqu'en 2011, contribuant ainsi à la montée en compétences des acteurs de Culture à l'hôpital et appuyant les administrations régionales dans la mise en place de leur programme. Les formations élaborées à l'époque sont encore proposées par l'association *InterStices*. Un ouvrage retrace les différentes opérations portées ou coordonnées par Hi.Culture¹⁶⁹.

168 Françoise LIOT, Chloé LANGEARD, Sarah MONTERO, *ibid.*, p. 180.

169 Carine DELANOË-VIEUX, « La culture à l'hôpital, entre coopération institutionnelle et démarche de projet. » in Jean-Paul SEGADE, Thierry RENARD (dir.), *Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout. Hôpital, innovation, culture. Hi.Culture 2006-2011*, Vénissieux, Éditions La passe du Vent, 2011 (p. 38-39)

Les membres du GIE ont décidé en 2011, au terme des cinq années prévues, de ne pas renouveler la structure, principalement en raison de l'hostilité manifestée par les représentants des deux ministères. Alors que les responsables de Hi.Culture ont fait valoir leur rôle de maillon opérationnel pour la politique publique en question, venant en renfort des chargés de mission peu dotés pour remplir leurs objectifs, ces derniers ont interprété cette initiative comme une concurrence directe. Ils ont alors jeté le doute et l'opprobre sur la sincérité et l'intérêt de la démarche du GIE. Or Hi.Culture rassemblait en son sein le CHU de Lille, le CHU de Strasbourg, l'AP-HM, le CHS de Lyon, la Fédération hospitalière de France, la Fédération hospitalière des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires, l'EHPAD de La-Fare-Les-Oliviers, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, autrement dit des organisations publiques ou à mission de service publique qui s'étaient autosaisies pour apporter ressources et compétences à l'État dans la mise en œuvre et la structuration de sa politique publique. Cet épisode illustre l'ambivalence de ce dernier à l'égard de ces politiques de développement culturel. Il a le mérite de proposer un cadre méthodologique et politique pour encourager la conquête de nouveaux publics « éloignés de la culture » sans réellement lui donner les moyens de son ambition. Tant du côté du ministère de la Culture que de celui du ministère de la Santé, les signes de faiblesse de l'engagement, les attermolements, une molle bienveillance, le manque de moyens dédiés, notamment en personnels compétents pour assurer la coordination, la médiation, la structuration et le déploiement du programme, l'ont maintenu à la marge de toute institutionnalisation. Et pourtant, le ministère de la Culture, rasséréné par ces ultimes efforts de démocratisation et le ministère de la Santé ont maintenu son existence jusqu'à ce jour, à la satisfaction de tous.

Au demeurant, les deux ministères ont signé une nouvelle convention en mai 2010, rebaptisée Culture et Santé. L'évaluation conduite par le sociologue Gilles Herreros en Rhône-Alpes ayant mis en exergue que Culture à l'hôpital semblait signifier que l'hôpital était auparavant dépossédé de culture insistait sur l'importance majeure de la préposition de conjonction « et » comme signifiant de l'articulation entre les deux univers. Censée adapter ce programme à la nouvelle loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST), la deuxième version de la convention incitait notamment les agences régionales de santé à intégrer le volet culturel dans leur projet de territoire, alors que la précédente le faisait uniquement à l'échelle des établissements. À ce titre, ce deuxième accord entérine clairement l'intégration de cette démarche dans les politiques sanitaires au-delà de la seule préoccupation de l'accès aux œuvres pour tous les publics. Prenant appui sur l'expérience des dix années précédentes, on pourrait croire que la convention de 2010 reconnaît le rôle que joue la culture dans les stratégies de santé publique. Pourtant, dix années plus

tard, l'absence totale d'évaluation de cette hypothèse par l'État permet d'en douter. Le programme Culture et Santé s'est donc développé sur le territoire national de manière très différenciée, en fonction de la capacité des acteurs de terrain et de la sensibilité des fonctionnaires concernés.

Finalement, la nécessité d'apporter la preuve de l'impact de l'interaction entre les arts et la santé est prise au sérieux par l'OMS. Dans un rapport publié en 2019¹⁷⁰, celle-ci conclut aux effets bénéfiques de l'art pour la santé, tant physique que mentale, à partir de l'analyse des éléments de preuve tirés de 900 publications du monde entier. Cette approche de l'instauration artistique par la preuve pose bien entendu un certain nombre de questions épistémiques propres à chacun des domaines disciplinaires. Faut-il soumettre l'opportunité de l'art et de la culture à ses impacts cliniques et thérapeutiques évaluables ? N'est-ce pas encore une fois rabattre la puissance existentielle, spirituelle et de transformation sociale de l'art à un objectif instrumental qui l'enfermerait dans les rets de la logique d'une autre discipline ? Cette réserve ne vaut que si l'ambition des données probantes attendues enserme hypothèses et méthodologie dans les limites de la clinique. Mais à regarder de près le rapport de l'OMS, les impacts évalués concernent aussi bien la prévention, la santé publique, l'autonomie des usagers atteints de maladies complexes et chroniques, la qualité de la relation entre usagers et soignants, la qualité d'expérience tant des usagers que des soignants, les chances de rémission, le Rétablissement, la déstigmatisation de la maladie et du handicap dans la société et l'inclusion des plus vulnérables dans le droit commun. Il montre comment, tout au long de la vie, du stade gestatif jusqu'à la fin de vie, les arts ont une influence positive sur la santé. Appréhendées comme des compléments et des soutiens aux protocoles thérapeutiques, les activités artistiques accélèrent la guérison, diminuent les coûts des traitements biomédicaux et leurs effets iatrogènes et contribuent à baisser le nombre d'effets indésirables à l'hôpital. Le rapport indique également que plusieurs pays envisagent sérieusement la possibilité de prescrire – en-dehors du champ strict de l'art-thérapie – des activités artistiques et culturelles. Une expérience est d'ailleurs actuellement en cours au Québec. Fruit d'une entente entre l'organisme Médecins francophones du Canada et le Musée des beaux-arts de Montréal (MBAM), l'idée du programme d'ordonnances muséales est de permettre aux patients et à leurs proches aidants de profiter gratuitement des bienfaits de l'art sur la santé. En France, un

170 Daisy FAN COURT, Saoirse FINN, *Health Evidence Network synthesis report 6, What is the evidence on the role of the arts in improving, health and well-being ? A scoping review*, World Health Organization, 2019.

programme de médiation très ambitieux est mené par le Louvre avec les hôpitaux. Mais l'idée de l'intégrer dans une expérience portée par le corps médical, dans la perspective d'apporter des données probantes en termes de santé globale, n'est pas encore à l'ordre du jour. Nous retiendrons de ce rapport de l'OMS qu'il invite et légitime la possibilité d'envisager la santé et le bien-être dans un contexte sociétal et communautaire plus large que son domaine d'intervention et de compétence médico-soignant, conception dans laquelle l'art et la culture trouvent pleinement leur place.

Cette perspective se trouve consolidée par les effets de la crise sanitaire que nous connaissons depuis 2020. En effet, le contrôle administratif, technique, politique et d'expertise sur les corps, les émotions, les espaces et les relations sociales prend, dans ce contexte, des proportions si considérables que l'on ne saurait se passer de telles initiatives. Car elles résistent à la réification des corps et des êtres lorsqu'ils sont soumis à des mécanismes institutionnels et scientifiques aveugles. La réorganisation des valeurs en faveur du soin, issue de la pandémie, s'accompagne de la conviction que la capacité de chacun à sentir et à créer constitue l'un des traits les plus importants de la santé individuelle et collective. Autrement dit, la santé et la création sont des valeurs indissociables. Depuis le début de la crise de la COVID-19, nous sommes à la fois surpris, agacés et emplis d'espoir d'entendre la parole des élites culturelles porter haut, comme une idée neuve leur incombant, la nécessité de cette rencontre. L'agacement portant au demeurant uniquement sur l'invisibilité des initiatives précédentes, dont ce très récent enthousiasme sur le caractère innovant d'une telle démarche apporte paradoxalement la preuve¹⁷¹.

Hypothèses et intentions d'instauration de l'art à l'hôpital : l'exemple du programme de la région Rhône-Alpes

En 2001, l'ARS et la DRAC de la Région Rhône-Alpes mandatent *la Ferme du Vinatier* pour les accompagner dans la définition et la mise en œuvre d'un programme régional déclinant la convention nationale « Culture à l'hôpital ». L'expérimentation de *la Ferme du Vinatier* avait en effet attiré l'attention sur l'indispensable appropriation des enjeux culturels par le monde de la santé avant tout déploiement d'une offre en la matière. Pour ce faire, il fallait objectiver les dimensions de la culture susceptibles d'être activées au

171 Voir l'interview de Emmanuel DEMARCY-MOTA : « Il faut désormais tenir parole », le 03/05/2020, par Arnaud LAPORTE. France Culture.

cœur même des problématiques de santé, loin de toute tentative d'entrisme à l'hôpital orné uniquement des vertus supposées de l'action culturelle et de l'art. Pour ce faire, s'inspirant d'un modèle qui a apporté les preuves de son efficacité prosélyte il y a deux milles ans, nous avons invité 12 responsables hospitaliers à participer à un groupe de réflexion, organisé autour des interventions successives de 6 experts du champ culturel. Explorer les potentialités de la culture au prisme de la santé s'est révélé indispensable à la formulation des intentions d'une politique incitative.

Ces interventions et les débats qui leur ont succédé ont été rassemblés dans un ouvrage¹⁷², et partagés à l'occasion d'une journée professionnelle rassemblant professionnels de la santé et de la culture. Mais le plus important réside dans le fait qu'ils ont fourni la matrice réflexive de l'appel à projet régional, encore active à ce jour malgré de nombreuses adaptations et ajustements.

Ces rencontres se présentent comme un jeu de pliage et de dépliage autour de la notion de culture et dessinent somme toute, dès 2001, les premières intentions d'une poïétique hospitalière. Complétées et enrichies par d'autres scènes de réflexion, nous proposons de les organiser autour de 4 hypothèses.

L'hypothèse ontologique : une approche anthropologique de la culture au cœur de la santé

La réflexion appelée de ses vœux par les acteurs de Rhône-Alpes comme composante du futur programme régional a d'abord reposé sur l'hypothèse d'une inclusion ontologique de la culture dans la santé. Bien que cette assertion ait valeur d'évidence, des décennies de pratique et de transmission du tout biomédical dans les sociétés industrielles ont expulsé la culture du champ de la médecine et de son lieu de pratique, l'hôpital. Le professeur Didier Sicard, président du comité consultatif national d'éthique, n'a eu de cesse de dénoncer cette vision simpliste et technologique de la médecine. Selon lui, « quand tout se réduit à un acte de réparation ou de prédiction, la misère de l'humain ressort encore plus et émerge dans toute son exigence¹⁷³. » La culture serait donc avant tout la garantie de la reconnaissance de toute humanité. La considérer dans un contexte où les personnes sont dans la souffrance et la crainte de la mort, c'est faire œuvre éthique

172 Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001.

173 Didier SICARD, article original paru dans la publication de la Ferme du Vinatier : « Carnet d'expérience, la Ferme du Vinatier, 1997-2003 ».

en portant une attention sans défaillance à leur humanité. « Et c'est tout le paradoxe de l'institution hospitalière d'être en même temps le lieu d'accueil technique et peut-être le dernier lieu d'humanité, c'est à dire le lieu où les questions essentielles de la vie et de la mort ne sont pas écartées au profit d'un théâtre d'insouciance et d'invulnérabilité¹⁷⁴. » Pierre Le Coz, philosophe, va plus loin en considérant l'hôpital comme le lieu par excellence d'incarnation de la culture, au sens de l'opposition à la nature. Pour lui, « À la nature qui crée des inégalités de santé et fait périr les plus faibles, l'homme riposte en inventant l'hôpital qui incarne les valeurs portées par la culture. Hôpital signifie « espace d'hospitalité ». L'éveil aux Humanités a pour finalité de corriger les inégalités entre celui qui est en bonne santé et celui qui ne l'est pas¹⁷⁵. » Aussi, est-il insuffisant de rappeler que l'hôpital est dépositaire de sa propre culture, il est aussi, en soi, un creuset de haute valeur de la culture.

La restauration de cette idée était d'ailleurs au cœur d'un cycle de colloques organisé dans plusieurs CHU de la Méditerranée intitulé « Les conversations de Salerne » et dont les contributions sont rassemblées dans un ouvrage éponyme¹⁷⁶. Dans cet ouvrage, l'anthropologue Blandine Bruyère nous rappelle comme fait fondamental que :

La santé n'est pas qu'un état subjectif, une sensation physique ou psychique, c'est aussi un fait social, un état construit, un fait de culture. C'est le groupe social, en fonction de sa culture, donc de sa représentation du monde, de son rapport à l'environnement, qui définit le normal et le pathologique. Il propose aussi des étiologies et des thérapies spécifiques selon les cas.¹⁷⁷

Dès lors, le projet culturel se trouve parfois convoqué pour reconnaître et rendre intelligibles les cultures à l'œuvre dans l'approche des maladies et des thérapeutiques. Non seulement les révéler à la conscience des parties prenantes du champ de la santé mais aussi être en capacité de créer des scènes de controverse pour les questionner. Le

174 Didier SICARD, *ibid.*

175 Pierre LE COZ, « Humanité et culture, la culture introduit du sens dans la vie humaine », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.) *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*. Vénissieux, Éditions La passe du vent, collection Faire cité, 2013, p. 264.

176 Carine DELANOË-VIEUX, La santé au(x) prisme(s) des Conversations de Salerne, in Delanoë-Vieux Carine (dir.) *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*. Vénissieux, Éditions La passe du vent, collection Faire cité, 2013, p. 371-377.

177 Blandine BRUYERE, *op. cit.*, p. 145.

déni de l'importance de la dimension culturelle dans la santé de chacun conduit à des malentendus dans la relation thérapeutique entre professionnels et usagers. Car « il est important de répéter que les soignants (médecins, paramédicaux) sont eux-mêmes porteurs d'habitudes culturelles, de conceptions particulières du soin. De fait, une différence culturelle, des écarts de représentations et préjugés médecin/patients sont en jeu dans la relation¹⁷⁸. »

Usagers et soignants sont donc dépositaires de leur culture, et ce fait prend une importance particulière quand on s'intéresse à l'interface entre les équipes hospitalières et les patients d'origines ethnoculturelles différentes. Tout un courant de l'anthropologie médicale traite de cette problématique. Mais cela ne signifie pas que les professionnels sont outillés pour y faire face à l'hôpital. Au-delà des difficultés posées par la langue, c'est en réalité tout un édifice de représentations, de croyances et de pratiques qui vient perturber la communication thérapeutique. La France est particulièrement mal préparée à prendre en compte la diversité ethnoculturelle de ses usagers en raison d'une part de son organisation hospitalo-centrée peu en lien avec les communautés de la société civile et d'autre part parce que son modèle d'intégration des différentes générations de migrants repose sur l'assimilation. De fait, les groupes ethniques étant peu structurés, ils rencontrent plus de difficultés à assurer le relais auprès des populations pour l'hôpital. Notre société est de plus en plus multiculturelle et impose aux administrations publiques de s'organiser pour prendre cette donnée en considération. Gageons, à l'exemple du Québec, que « si le manque de connaissance dans le champ (ethno)culturel est décrié par tous, la grande majorité des intervenants interrogés sont désireux de mieux s'outiller pour affronter cette nouvelle réalité. Il s'agira de savoir si les contraintes budgétaires et administratives serrées pourront permettre un tel développement à court terme.¹⁷⁹ » Pour les usagers issus d'une autre culture que celle du lieu hospitalier d'accueil, la qualité d'hospitalité constitue un premier levier de prise en soins. Ainsi, « si l'on considère que le symptôme est la manifestation d'une rupture de sens, de continuité, il est alors sensé de faire appel à ceux qui peuvent le décoder et restaurer du sens, de la continuité. La dimension symbolique d'une maladie et surtout sa prise en compte permettront au patient

178 Blandine BRUYERE, *ibid.* p. 147.

179 Joseph LEVY, « Culture et hôpital : l'exemple de la grossesse et de l'accouchement au Québec », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 45-49, ici p. 49.

d’être acteur des soins et pas seulement objet¹⁸⁰. » En cela, le projet culturel, lorsqu’il crée les espaces pour que s’exprime et s’entende la diversité des cultures des usagers, contribue à la considération portée à l’altérité dans tout acte de soin.

L’hypothèse transformatrice : une approche sociologique de la culture par le projet

« Le pari fait en Rhône-Alpes par l’Agence Régionale de Santé est de penser au contraire que la question culturelle vient interroger le système de santé, certes en créant quelques perturbations, mais dont les effets peuvent se révéler salutaires là, justement, où les procédures et usages en santé peuvent se trouver parfois en échec¹⁸¹ », déclare Patrick Vandenberg, son secrétaire général. C’est ce que nous appelons l’hypothèse transformatrice qui a puissamment motivé l’engagement des institutions sanitaires dans le programme Culture et Santé. Mais pourquoi et comment le projet culturel pourrait-il influencer sur le système de santé et ses organisations, au-delà des enjeux éthiques propres à la culture ?

Explorons la notion de projet culturel afin de mieux comprendre en quoi son statut dans la société d’aujourd’hui et ses caractéristiques le conduiraient à jouer un rôle dans l’évolution des institutions hospitalières. Une première réponse possible réside dans la capacité du projet culturel à articuler l’aspect universel avec la dimension de singularité. Il fait fi des cloisonnements existants et pose inlassablement la lancinante question du vivre-ensemble, ou tout au moins du faire ensemble. Le sociologue Gilles Herreros, bien avant de procéder à l’évaluation du programme régional, postulait déjà

qu’il n’existe souvent pas assez de lieux de confrontation des pratiques, de lieux de controverse, pour créer une dynamique de développement social. Les scènes institutionnelles permettent de gérer les relations professionnelles mais ce ne sont pas les lieux du changement. Donc, accompagner le changement c’est susciter une multitude de scènes

180 Blandine BRUYERE, *op. cit.*, p. 147.

181 Patrick VANDENBERGH, « La question culturelle à l’avant-garde de la politique de santé », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*, Vénissieux, Éditions La passe du vent, collection Faire cité, 2013, p. 289-296, ici p. 289.

*de controverse où toutes les facettes des identités peuvent être mises en jeu. Le projet culturel est une opportunité de créer des scènes de controverse qui ouvre un nouveau champ des possibles.*¹⁸²

Une seconde réponse consiste à considérer que l'irruption du projet culturel bouscule l'ensemble des institués de l'hôpital. Il remet du jeu et du je dans les relations. Pour Jacques Bonniel, « on saisit bien à quel point la situation antérieure de ce type d'institution supposée monofonctionnelle n'est plus tenable ; ce qui est en jeu, c'est d'installer un espace de délibération pour que les représentations des uns et des autres liés à leur positionnement institutionnel, leur statut, leurs pratiques professionnelles et sociales puissent nourrir ce qui est en train d'advenir comme une culture partagée¹⁸³. » C'est cette labilité réintroduite par la logique créatrice qui reconstruit le sens de l'action. Comme en témoigne Patrick Vandenberg,

*l'action culturelle ne respecte ni les espaces, ni les temps dévolus habituellement aux soins. Elle dérange nécessairement, dans les faits et dans les esprits. Du même coup, elle questionne. Elle offre un point de vue décentré, sorti des rythmes et procédures habituels, elle permet un questionnement nouveau sur l'action de soigner, sur les positionnements respectifs du soignant et du soigné. On quitte dès lors la production d'actes pour se repositionner sur le sens de l'action de soigner*¹⁸⁴.

En effet, la salle de kinésithérapie devient un atelier de hip-hop ; la chambre de soins palliatifs se transforme en salon de musique pour violoncelle ; le réfectoire est investi par des chanteurs lyriques ; la salle de repos des soignants est provisoirement prêtée pour un atelier plastique. Les agendas aussi sont bousculés. Les patients et les soignants d'un hôpital psychiatrique sont invités au cinéma à 20h, avec un public extérieur. Que faire alors que les médicaments sont immuablement distribués à 19h et que les patients sont ensuite trop fatigués. Progressivement, les équipes infirmières ont reporté la prise de médicament après 22h pour que les usagers puissent bénéficier de cette opportunité

182 Gilles HERREROS, « La « culture » à l'hôpital : une scène pour des identités en travail », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 99-101, ici p.99.

183 Jacques BONNIEL, « La dimension culturelle du projet », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 23-33, ici p. 32.

184 Patrick VANDENBERGH, *op. cit.*, p. 295.

de découverte, de rencontre avec un réalisateur et de socialisation. Il s'agit là d'un exemple parmi tant d'autres de la manière dont les interventions artistiques ont remis en cause l'immuabilité des *habitus* à l'hôpital dont il faut reconnaître que nombre d'entre eux n'ont pas d'autre fondement que le confort des professionnels et la facilité de fonctionnement de l'institution.

L'hypothèse de l'anamnèse : une approche historique, patrimoniale et mémorielle

L'anamnèse est comprise dans la dynamique d'une action culturelle comme un processus de narration collective, de mise en récit des histoires qui s'entremêlent dans l'histoire officielle d'un établissement ou d'une communauté. Elle implique la mise en œuvre de démarches culturelles intégrant des méthodes et des savoir-faire diversifiés tels que l'enquête ethnographique, la collecte mémorielle, la recherche et l'analyse archivistiques, la direction éditoriale et la scénographie. Le processus d'anamnèse suppose un pas de côté par rapport aux méthodes patrimoniales centrées sur les objets pour s'intéresser au vécu et à l'expérience c'est-à-dire à la manière dont ce vécu fait sens pour des personnes concernées par une histoire commune. À ce titre, les démarches mémorielles ont à s'articuler avec les méthodes patrimoniales. Comme le rappelle Michel Rautenberg, ethnologue et conseiller à la DRAC Rhône-Alpes, dans le groupe de réflexion fondateur du programme régional,

La mémoire collective d'une institution peut se construire parce que c'est au titre de leur participation professionnelle que cette démarche doit être conduite auprès des personnels, le travail de mémoire portant bien ce qu'ils y font et non pas sur leur vie privée. Comme tout concept, la mémoire ne porte pas de vertu intrinsèque. Elle est un vecteur possible de l'action culturelle pour les acteurs qui s'intéresseraient à recomposer, avec les personnes concernées, non pas une identité collective qui suppose de l'immuable, mais un parcours dont les détours ne seraient pas donnés immédiatement¹⁸⁵.

185 Michel RAUTENBERG, « Recueil et élaboration de la mémoire collective : une démarche de connaissance et de reconnaissance des personnels hospitaliers », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 200, p. 79-91, ici p. 80.

À titre d'exemple, l'aporie fondatrice du projet de *la Ferme du Vinatier* à l'hôpital psychiatrique de Lyon-Bron se nichait dans un rapport à l'histoire de l'établissement devenu pathogène car cristallisé dans une représentation nostalgique d'un double âge d'or, la période de la psychiatrie institutionnelle et celle de l'antipsychiatrie. Celle-ci était toutefois mise en contradiction avec le sentiment diffus d'une forte culpabilité liée au sort tragique des malades mentaux pendant les cinq années de l'occupation allemande. Cette relation à l'histoire de l'ensemble de la communauté médico-soignante semblait faire obstacle, dans les années 2000, à toutes les tentatives de projection collective d'un devenir de la psychiatrie. Cette difficulté était aggravée par le sentiment d'être maltraitée par les réformes qui commençaient à s'empiler de plus en plus rapidement alors que l'hôpital psychiatrique avait jusque-là évolué sur le plan juridique de manière très (trop ?) progressive. C'est pourquoi, la première tâche de *la Ferme du Vinatier*, à laquelle elle s'est attelée pendant les premières années de son installation, a été d'accompagner les professionnels et les usagers, à faire le récit de leurs histoires. Ces dernières ont été sollicitées à partir de leurs savoirs expérientiels. L'objectif étant de les agencer dans une narration intelligible et partagée dans un espace public ouvert à la cité. Car l'anamnèse de l'hôpital psychiatrique est d'abord une question sociale et citoyenne. Elle n'appartient pas exclusivement à la communauté des professionnels. La prise de conscience de ce simple fait a bousculé la manière de la penser et de la faire vivre. Les narrateurs deviennent responsables de ce récit face à l'ensemble de la société. L'exposition présentée en 1999 à *la Ferme du Vinatier* s'intitulait « 7 propos sur le 7ème ange, une histoire du Vinatier », en hommage à Michel Foucault, le grand philosophe de la folie et de la psychiatrie. Elle a été la pierre angulaire du long chemin de légitimité de la culture et de *la Ferme du Vinatier* à l'hôpital. Toutes les composantes de cette histoire se sont trouvées dignement et honnêtement représentées dans cette narration muséographique de qualité et, pour la première fois, les habitants de la ville ont eu accès dans un espace public au récit bruisant de leur grand hôpital psychiatrique. Soulignons également que l'épisode de l'hécatombe des malades mentaux pendant la Seconde Guerre mondiale avait été soigneusement rangée dans la catégorie des tabous. Si bien que lorsque l'un des psychiatres de l'hôpital, Patrick Lemoine, en a fait le sujet d'un roman, assorti d'une introduction à charge contestée sur le plan historique, une crise institutionnelle majeure s'en est suivie. *La Ferme du Vinatier* a été alors saisie par la communauté médicale pour accueillir et accompagner une recherche historique digne de ce nom sur cette période, de manière à éclairer les données du conflit et à sortir ces événements de leur statut de tabou. C'est ainsi qu'Isabelle von Buelzingsloewen, professeure en histoire contemporaine à l'Université Lyon 2 et également membre du conseil scientifique de *la Ferme du Vinatier*, a mené une recherche exigeante et passionnante dont elle a rendu compte dans un ouvrage qui

a marqué l'historiographie de la psychiatrie¹⁸⁶. La genèse de ce projet essentiel dans le processus d'anamnèse de la communauté hospitalière est décrite de la manière suivante dans le dossier de presse qui a accompagné la présentation de ses résultats :

Ce projet de recherche a vu le jour dans le cadre du conseil scientifique de la Ferme du Vinatier forme de psychiatres et de chercheurs en sciences humaines (historiens, sociologues et ethnologues) dont la mission est d'accompagner l'institution dans une réflexion sur ses pratiques, son identité et son devenir. Il est né du constat de la difficulté de la collectivité hospitalière psychiatrique à construire un point de vue distancié sur un épisode particulièrement sombre de son histoire, celui de la famine qui, sous l'Occupation, a causé la mort de 40 à 50 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Une difficulté que reflète la vigoureuse polémique sur les causes de cette famine : initiée par la thèse de Max Lafont, soutenue en 1981 et publiée en 1987, et relancée par le livre de Patrick Lemoine paru en 1998, celle-ci resurgit périodiquement depuis plus de 20 ans, suscitant toujours beaucoup de passions et d'émotion. La confrontation avec ce passé douloureux s'est traduite, dans une partie de la communauté psychiatrique, par un sentiment de malaise voire de culpabilité mais aussi par une demande de clarification de plus en plus pressante en direction des historiens. Or, bien qu'étant intervenus à plusieurs reprises dans la controverse, ceux-ci n'avaient pas jusqu'à présent d'entreprise d'enquête approfondie sur la question. C'est à cette demande d'histoire qu'a voulu répondre le projet de recherche « Destins de fous... » retenu en octobre 2000 par le Conseil Scientifique de la Recherche de l'hôpital, dont la vocation est de financer des recherches en lien avec la santé mentale. [...]. L'ancrage du projet dans la Ferme, lieu de contact par excellence avec un milieu réputé ferme, a en outre répondu à une volonté de ne pas considérer l'hôpital comme un simple terrain d'étude mais de nouer un véritable dialogue avec ceux qui y travaillent et souhaitent se réapproprier une histoire dont ils se sentent partie prenante¹⁸⁷.

186 Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Éditions Flammarion, collection histoire, 2009.

187 Extrait du communiqué de presse de la recherche d'Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN.

Ainsi le programme culture à l'hôpital en Rhône-Alpes a-t-il activé, dans ses intentions mêmes et selon les vœux de Jacques Poisat, « le passage d'une approche centrée sur la collection d'objets à une conception du patrimoine comme ressources symbolique, économique, scientifique pour l'établissement et son environnement¹⁸⁸ ». Il préconise l'évolution du modèle des « musées d'entreprise », centré sur la valorisation de l'établissement, dont les hôpitaux se sont majoritairement inspirés pour leur musée institutionnel, en musée « citoyen », qui interpelle un large public pour l'amener à s'interroger sur les problématiques de santé. À cet égard, le travail le plus emblématique est celui de la conservatrice du Musée de l'AP-HP, Anne Nardin, qui l'a élevé pendant une dizaine d'années au rang d'espace vivant de mémoire, de patrimoine et de réflexivité portant l'histoire à son niveau incandescent de ressource intelligible et partageable, pour ouvrir des possibles et des alternatives pour le devenir de l'hôpital. Nous ne pouvons que déplorer que ce lieu de grande qualité muséographique et de réflexivité intense de l'institution sur elle-même ait été fermé pour devenir une salle de colloque et de formation à louer.

L'hypothèse esthétique : le soin par le(s) sens

Pour reprendre les termes de Christian Ruby, « l'hôpital est retourné par l'art contemporain comme quelqu'un peut être « retourné » (bouleversé) par l'arrivée d'une nouvelle inattendue, et il est « retourné » (plus littéralement comme un gant »), c'est-à-dire révélé dans ses difficultés propres, exhibant en quelque sorte sa part secrète, du fait de l'art contemporain. Comme si, précisément, l'art contemporain persistait, exemplairement, à déployer, au milieu de situations très diverses, un pouvoir d'inquiéter ou de pousser à la transformation¹⁸⁹. » Cette citation illustre l'une des intentions fondamentales de ce qui deviendra l'appel à projets de la Région Rhône-Alpes. Les interventions artistiques se situent dans leur double puissance de redonner toute sa place à la sensibilité dans l'expérience de la maladie et du soin et d'interroger le sens des dispositifs matériels et organisationnels de la prise en soins.

188 Jacques POISAT, « Le patrimoine hospitalier : un nouveau patrimoine ? », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 59-71, ici p. 59.

189 Christian RUBY, « L'hôpital retourné par l'art contemporain », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 121-130, ici p. 121.

Les nombreux témoignages d'initiatives artistiques dans les hôpitaux, souvent partagés dans des écrits collectifs édités au titre de traces grâce à des subventions publiques¹⁹⁰, insistent sur plusieurs dimensions en lien avec l'*aesthesis* : l'émotion, la perception par tous les sens du corps, la qualité des relations interpersonnelles induites par l'œuvre, la continuité avec l'extérieur.

L'hypothèse citoyenne : métamorphose de la figure de l'usager

L'hypothèse citoyenne traverse toutes les intentions des acteurs fondateurs du programme régional. Elle se fonde sur l'idée que l'art et la culture ouvrent la possibilité d'une nouvelle place à l'usager dans le système de soins. Longtemps réduit à sa pathologie et à ses organes ou bien encore à son rôle d'administré dans l'hôpital gestionnaire, l'usager se trouve reconsidéré par le truchement des activités artistiques et culturelles comme un être d'émotions et de sensibilité, d'histoire et de culture. Patrick Vandenberghe insiste sur ce point : « L'action culturelle au sein de l'hôpital repositionne l'usager – le patient – de manière différente en lui redonnant une dimension de personne à part entière, debout et non allongée, disposant d'un nom et d'un prénom, d'une histoire propre, d'envies et de projets.¹⁹¹ » En dépit de l'évidence apparente d'un tel truisme, ce mouvement va en réalité à l'encontre de la culture moderne de la communauté hospitalière dont la rationalité tend à évacuer les émotions et la « sensiblerie » de leur univers.

En outre, ce qui est en jeu ne relève pas seulement d'une exigence éthique consistant à restaurer l'intégrité de chaque sujet à l'hôpital, mais aussi de le soutenir pour trouver des ressources de rémission dans la richesse de son histoire, de sa culture et de sa sensibilité. Le philosophe Pierre Le Coz le confirme en affirmant que « derrière la fragilité des patients hospitalisés se cachent souvent des forces psychiques et intellectuelles... C'est pourquoi l'hôpital de demain est appelé à faire une plus grande place à la culture entendue au sens des humanités, des arts et des lettres¹⁹² ». Dans notre hypothèse, l'expérience

190 À titre d'exemple, l'ouvrage publié avec le ministère de la Culture et téléchargeable sur son site « Les 10 ans d'art et de culture dans les CHU ».

191 Patrick VANDENBERGHE, *op. cit.* p. 294.

192 Pierre LE COZ, « Humanité et culture. La culture introduit du sens dans la vie humaine » in Delanoë-Vieux Carine (dir.) *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*. Vénissieux, Éditions La passe du vent, collection Faire cité, 2013, p. 257-265, ici p. 264.

artistique des usagers, en particulier dans des démarches de création partagée, pourrait soutenir ce que la chercheuse Emmanuelle Jouet appelle l'expérience formative de la maladie :

Pourtant, la maladie chronique ou aiguë est perçue, pour le sens commun, comme une perte de puissance d'agir. La perception qui est celle des sciences de l'éducation et de la pédagogie médicale qui consiste à la voir comme une expérience formative est donc paradoxale. En effet, si à certains moments de sa vie, le sujet peut agir en faveur de son intégrité et de la construction de son identité personnelle et sociale (agency), d'autres moments sont apparentés à la perte de repères, à la souffrance, la douleur, la déchéance, la destruction. Les événements couramment cités comme responsables de cette perte de pouvoir appartiennent aux moments de crise existentielle (Lesourd, 2008), comme les accidents, les transitions ou tout simplement la maturité, la vieillesse mais aussi la maladie ou l'expérience de consommation de drogues. Ce paradoxe ne peut se résoudre que par le dépassement de l'épreuve de la maladie dans une appropriation de savoirs nouveaux de soi, des autres et du monde¹⁹³.

Les enseignements des études évaluatives régionales

Il faut distinguer dans ce chapitre intention et évaluation. La première rend compte de la réflexivité initiale des acteurs et des conditions dans lesquelles ils ont fait évoluer leurs hypothèses premières en s'adaptant à des contraintes. L'évaluation intervient en aval des actions mises en œuvre et repose sur du déclaratif et de l'observation. Elle rend compte des témoignages et des expériences des acteurs et constitue donc une construction a posteriori. À notre connaissance, il n'y a pas eu d'étude à l'échelon nationale du programme Culture et Santé. Nous nous inspirons donc des évaluations régionales faites en Rhône-Alpes, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Aquitaine.

193 Emmanuelle JOUET, « Prendre pouvoir sur sa vie en sante mentale : illustrations actuelles », *Le sujet dans la cite*, L'Harmattan, vol.2, n°5, 2014, p. 63-75.

Ces observations interrogent instauration et déploiement des initiatives culturelles à l'hôpital, en laissant apparaître qu'ils ne sont pas concomitants. L'instauration se fait là où l'action a lieu, avec les personnes impliquées. Le déploiement se fait par définition dans des périmètres qui n'ont pas accueilli l'ensemble du processus de création. Ce dernier adresse un défi nouveau à la place de la création à l'hôpital, un défi pour lequel le design est mieux armé que l'art.

Soignants et soins à l'épreuve de la culture et de l'art

Les évaluations, les études et les témoignages s'accordent à confirmer que l'implication des soignants dans une expérience artistique et culturelle n'est pas neutre dans l'appréhension de leur rôle et de leur métier à l'hôpital. Les soignants jugent massivement qu'ils n'ont plus le temps et la disponibilité d'esprit nécessaires pour se consacrer à la dimension relationnelle de leur métier (le care). Ils sont happés par des tâches administratives et techniques (le cure), leur compétence étant jaugée sur ce dernier point. En conséquence, nombreux sont les hospitaliers qui vivent leur pratique sur le mode de la frustration, et parfois de la culpabilité, car leur pouvoir d'agir et de soulager autrui se trouve limité. Gilles Herreros parle d'un monde dans lequel domine l'injonction de « faire ce que l'on écrit et écrire ce que l'on fait », un monde dans lequel la démarche procédurale a pris le pas sur l'acte soignant. Ainsi, leur implication active dans des actions artistiques organisées autour de la dimension sensible et relationnelle redonne du sens au soin. Nous constatons en effet une forme de réinvestissement dans l'éthique du geste soignant par l'approche sensible de la personne, « l'expression par le sensible apparaît comme un moyen de conserver, rappeler et transmettre un éthos professionnel fondé sur l'attention à la personne et sa prise en compte globale¹⁹⁴ ». À cet égard, les expériences artistiques proposées à l'hôpital instaurent un espace-temps où le sens vocationnel du soin reprend tous ses droits.

Cependant, cette invitation au « répit » et au « plaisir » de s'impliquer dans une action artistique est aussi vécue comme une injonction paradoxale pour certains soignants, au regard des difficiles conditions de travail liées au manque de personnels et de moyens. Pour s'autoriser à prendre le temps nécessaire d'y participer, les soignants ont besoin de légitimer leur action par la finalité même de leur mission : faire du bien aux patients. Et en effet, les « témoignages sont nombreux qui attestent des effets positifs des projets

194 Chloé LANGEARD, Françoise LIOT et Sarah MONTERO, *op. cit.*, p. 69.

culturels sur le bien-être des patients¹⁹⁵ ». Les projets culturels partagés, d'autant plus lorsqu'ils sont ouverts à d'autres types de publics, renouvellent l'alliance thérapeutique dans un espace « démilitarisé » où les cloisonnements ne sont plus aussi étanches. Des soignants parlent de « ré-enchanter leurs pratiques », c'est dire combien ces démarches sont importantes pour la qualité de la prise en soins, en-dehors de tout protocole, dès lors qu'elles ne sont pas enfermées dans un simple rôle de compensation d'une situation d'insatisfaction générale. C'est pourquoi, il est indispensable, dans la perspective de l'instauration artistique, qu'elles pénètrent dans la cellule de la culture institutionnelle.

Or, les résistances et les oppositions de ladite institution sont nombreuses face aux projets artistiques et culturels, bien qu'elles tendent à s'affaiblir dans le temps long de l'instauration artistique. Gilles Herreros le constatait dans son étude datée de 2004 :

Bien sûr, face aux espaces inconnus qu'ouvre « la culture à l'hôpital », de solides oppositions et résistances peuvent se faire jour. Dans ce cas, ce sont les repères (professionnels ou rituels) les plus solides, c'est-à-dire ceux qui sont supposés donner du sens aux pratiques, qui sont alors mobilisés. « Vous ne devez pas laisser un malade seul face à un artiste ne connaissant rien aux soins car vous mettez le malade en danger rappellent certains soignants » (un responsable culturel). Ce genre d'injonction à la responsabilité peut provenir d'un médecin, d'un kiné, d'une infirmière... ; cela peut aussi prendre d'autres formes, s'appuyer sur d'autres justifications. Ici, par exemple, c'est un technicien animant une petite production au sein d'un atelier de l'hôpital (type aide par le travail) qui refuse de libérer « ses ouvriers » pour une activité théâtrale ; là, ce sont des cadres soignants qui ne relaient pas l'information sur les activités proposées dans le cadre du projet culturel. Ailleurs encore, ce sont des syndicalistes qui discréditent « le gaspillage » de moyens dans des « activités secondaires » alors que l'hôpital manque du nécessaire. Autant de visages d'une même « résistance territoriale » ; elle exprime le poids de l'institué, son refus de l'étrange(té).¹⁹⁶

195 Chloé LANGEARD, Françoise LIOT et Sarah MONTERO, *ibid.* p.77

196 Gilles HERREROS, *Les petites liaisons Culture-Hôpital. Variations sur le vital*, Lyon, Synthèse du rapport d'évaluation du dispositif Culture et Hôpital Rhône-Alpes de 2002 à 2004 initié par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et la DRAC Rhône-Alpes, Laboratoire MODYS, 2004, p. 10.

Ces résistances sont en réalité le véritable lieu du changement culturel, dès lors qu'elles peuvent être travaillées et discutées dans des espaces protégés.

Les enjeux de preuves scientifiques relatifs aux bienfaits de la culture sur la prévention, la prise en charge, la rémission et le rétablissement des usagers ne sont pas abordés dans ces évaluations. Il semble que cette préoccupation recouvre trop fortement le champ de l'art-thérapie pour être abordée par les chercheurs de sciences humaines et sociales qui se sont intéressées à ces phénomènes du point de vue des transformations sociales.

Le monde de l'art à l'épreuve de l'hôpital

Si l'hôpital est retourné par l'art, l'art se trouve également retourné par l'hôpital. Alors que ce dernier item est marginal dans les documents d'intention nationaux et régionaux, il apparaît comme un véritable sujet dans les recherches évaluatives.

En intervenant dans un monde social qui n'est ni un espace public ni un espace culturel, les artistes déplacent *de facto* à la fois leur motivation et leur légitimité. Pour eux, « ces contextes sont aussi une prise de risque qui déplace les pratiques vers un travail de coopération s'opposant à un éthos artistique fondé sur l'autonomie de l'artiste comme condition de la valeur de l'œuvre¹⁹⁷ ». Or, le renoncement à la primauté de l'excellence de la signature du créateur, l'instauration d'un auteur collectif lorsqu'il s'agit de créations partagées, la difficulté parfois à rencontrer un public élargi et amateur dans l'espace de la cité, la vulnérabilité même et parfois la stigmatisation des personnes impliquées dans le travail artistique, remet en jeu les normes de construction de la valeur de l'art et de l'artiste. Ce mécanisme de déplacement de la valeur de l'œuvre n'est pas toujours au bénéfice des artistes engagés dans ces sujets. Au demeurant, les auteurs du rapport concernant les expériences menées en Aquitaine soulignent que les artistes impliqués dans le programme Culture et Santé ne font généralement pas partie de « l'élite artistique ». Ils ont alors à construire un autre système de valeur pour leur travail. Celui-ci est fondé sur la qualité de l'expérience humaine des parties-prenantes de l'action, sur la valeur sociale produite par leur investissement dans une communauté éloignée de l'offre culturelle, sur la considération portée au jugement d'un public profane mais concerné. Néanmoins, la capacité de porter une parole universelle qui dépasse les murs de l'hôpital et de toucher le cœur de personnes non impliquées reste constitutif du processus artistique et implique quoiqu'il arrive une attention à la qualité des formes. Les artistes sont aussi confrontés au système

197 Chloé LANGEARD, Françoise LIOT et Sarah MONTERO, *op. cit.*, p. 17.

de valeurs construit par les soignants pour évaluer la légitimité de l'art. Il se traduit le plus souvent par l'évaluation des effets « thérapeutiques » ou de « mieux-être » sur les patients. Or, les artistes refusent d'être assignés à toute fonction, ils affirment fortement leur statut et leur singularité de créateur et ne veulent pas devenir un auxiliaire de soin. Leur autonomie autoréférentielle est pleinement partie-prenante de la poïétique.

Outre la question de la valeur, les pratiques et les conduites créatrices des artistes intervenant à l'hôpital sont également perturbées. D'abord, nous l'avons déjà dit, parce que le contexte est prééminent. L'artiste s'inscrit pour ces projets dans une démarche ethnographique et procède par immersion avant toute installation du projet, « l'œuvre se crée et se développe dans un lien organique avec le lieu qui l'accueille et qui lui donne sens¹⁹⁸ ». De surcroît, ce contexte a ceci de spécifique qu'il n'est pas pensé pour accueillir l'art, il ne l'attend pas. Au contraire, il est entièrement organisé pour répondre à une autre exigence, soigner. Aussi l'artiste doit-il comprendre les règles du lieu où il va intervenir, s'adapter, se faire adopter et négocier. Cette situation est radicalement différente d'un cadre de production dans lequel règnent les règles habituelles du monde de la culture. Mais les artistes viennent justement créer à l'hôpital pour se confronter à cette altérité et nourrir leur travail de ces rencontres improbables. Pour eux, « la pratique artistique s'ancre dans un vécu et dans la relation à l'autre. Dès lors, ces projets annulent les délimitations entre objet artistique et spectateur-récepteur¹⁹⁹ ».

Se pose enfin la question de la diffusion des œuvres hybrides conçues dans le contexte hospitalier. Elles ne répondent pas aux critères habituels des structures de diffusion des réseaux culturels. Elles sont souvent jugées trop « socio-culturelles » ce qui, en France, est péjoratif. Les artistes et les œuvres sont dès lors disqualifiés par ceux-là même qui affichent, par ailleurs, leur engagement dans les valeurs citoyennes et solidaires de l'art. En conséquence, la diffusion de ces œuvres en-dehors des murs de l'hôpital n'est rendue possible que lorsque le projet intègre, dès l'amont, la programmation d'une structure culturelle partenaire ayant participé au choix de l'artiste. Cette visibilité est d'autant plus importante qu'elle est un enjeu de la mise en débat des questions universelles et existentielles mises en jeu à l'hôpital.

198 Chloé LANGEARD, Françoise LIOT et Sarah MONTERO, *ibid.*, p. 113.

199 Chloé LANGEARD, Françoise LIOT et Sarah MONTERO, *ibid.*, p. 116.

L'institution à l'épreuve de l'art et de la culture

Malgré le constat des retombées positives, tant sur le bien-être des patients que sur la qualité de vie au travail des professionnels, les auteurs du rapport sur la région Aquitaine constatent que « l'Institution ne semble pas impactée par ces projets qu'elle tend à maintenir à la marge²⁰⁰ ». Ils attribuent ces difficultés d'institutionnalisation au manque de reconnaissance des personnes qui les portent dans les services et au manque d'ambition de la direction. L'absence d'étude sérieuse sur les impacts de ces projets est un autre facteur d'explication. En outre, le projet culturel est souvent au cœur de tensions entre différentes catégories d'acteurs. Par exemple, quand les soignants revendiquent la règle déontologique de l'anonymat des patients pour signer une œuvre, les artistes, et parfois les usagers eux-mêmes, revendiquent la fierté d'en être les auteurs. Ou bien quand le projet artistique s'inscrit dans la problématique intime d'un service de soins, la direction de la communication insiste malgré tout pour rendre publique cette démarche qui valorise l'établissement. Or, même si l'on peut comprendre cette préoccupation communicationnelle, il arrive que ces stratégies de séduction hérissent les professionnels alors qu'ils se sentent peu reconnus dans leur travail au quotidien. Ainsi les projets culturels à l'hôpital oscillent-ils entre lumière et intimité, entre subjectivation et institutionnalisation.

Les auteurs des trois évaluations s'accordent sur le fait que le dispositif n'est pas encore transformateur de l'hôpital. Leur diagnostic converge pour mettre en cause la disjonction entre le système de valeurs annoncées et le système organisationnel concret ainsi que le manque de pilotage global de l'État. Cependant, leurs postures diffèrent quant à l'opportunité même de cette institutionnalisation. Si cet objectif ne fait pas débat pour l'équipe de Bordeaux, la position de Gilles Herreros a évolué. Dans une première étude, il pointe la difficulté et les risques d'institutionnaliser une démarche créatrice dont la puissance même réside dans son caractère exogène à l'institution.

Le programme « culture à l'hôpital » peut être compris comme une action instituante en ce qu'il questionne et bouscule l'institué de l'institution hospitalière²⁰¹ (et dans une moindre mesure, celui de l'institution culturelle). En effet, au travers des frontières, des

200 Chloé LANGEARD, Françoise LIOT et Sarah MONTERO, *ibid.*, p. 92.

201 Report de la note de Gilles HERREROS : « Avec C. Castoriadis (1975), on peut penser que toute institution comprend une dimension instituée (ce qui est ancré dans les têtes, les corps et les choses au point d'être invisibilisé et soustrait à tout questionnement) et une part instituante (les éléments susceptibles de faire bouger les logiques de reproduction institutionnelle en les visibilisant, en les contrariant...). »

*territoires, des pratiques professionnelles qu'il brouille, des soutiens, oppositions et résistances qu'il suscite et de l'interpellation qu'il adresse au management, le projet, par petites touches, interroge en profondeur l'institution hospitalière et ses pratiques.*²⁰²

Quelques années plus tard, en 2011, il écrit :

*Le projet « culture à l'hôpital » pourrait bien entrer dans une phase d'institutionnalisation (...) cette dernière notion étant entendue comme un processus créateur de règles, de comportements, de réflexes, lesquels imprègnent les pratiques, les mémoires, les représentations. Bien sûr pour l'heure, cette institutionnalisation ne fonctionne que par poche*²⁰³.

Et il énonce les recommandations susceptibles d'aider à cette institutionnalisation.

Christian Ruby ouvre lui aussi les deux voies et semble privilégier un chemin propre à légitimer la culture à l'hôpital par son audace et ses écarts, ce devenir qu'il nomme « la condition posthospitalière ». Pour lui, l'institution peut dès aujourd'hui :

- Soit s'engager sur la voie réformatrice que prennent les institutions publiques actuellement : instaurer un nouveau type de rationalité, une sorte de contrat avec le corps social et politique en s'accordant sur des formes juridico-politiques propres à assurer seulement la coexistence des individus, des professions et la participation optimale de chacun au bien de la collectivité sous la forme de la santé, en incluant dans ce « nouveau contrat » la part propre de la culture et des arts, dès lors cantonnés à prolonger une intégration commencée depuis des années.
- Soit se propulser sur la voie d'une série d'écarts susceptibles d'expérimenter des configurations nouvelles de la forme hospitalière, en interrompant les risques pris dans la réforme (se contenter d'empiler les choses et de valoriser des animations ou le seul art-thérapie) et en engageant chacun des protagonistes (hôpitaux, mais aussi culturels et artistes) dans des formes de subjectivation susceptibles d'aboutir à une configuration nouvelle de l'hôpital.

202 Gilles HERREROS, *ibid.*, p. 65.

203 Jean-Paul SEGADÉ, Thierry RENARD (dir.), *Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout. Hôpital, innovation, culture. Hi.culture 2006-2011*, Vénissieux, Éditions La passe du Vent, 2011, P.121

Tel est en gros le schéma de légitimation du système posthospitalier qui est à mettre en œuvre désormais²⁰⁴.

Nonobstant ces variations sur l'institutionnalisation des démarches culturelles à l'hôpital, les auteurs de ces rapports invitent à trouver des formes de consolidation du programme et préconisent de manière consensuelle un certain nombre de mesures : la formation de tous les acteurs hospitaliers et culturels ; l'élargissement du réseau et d'une communauté d'expérience ; le renforcement de la fonction de responsable culturel hospitalier ; un meilleur engagement de l'État ; la transparence dans les critères d'attribution des subsides.

À ce jour, en 2022, le développement des associations de coordination régionale des programmes Culture et Santé est un indice sérieux de la structuration et de l'institutionnalisation de la culture dans le champ de la santé et du médico-social. Les appels à projet fonctionnent dans une dizaine de régions. En revanche, la formalisation et la consolidation des postes de responsables culturels a régressé. Les formations restent éparpillées et peu visibles. Enfin, l'État a supprimé les deux postes de chargés de mission dédiés à l'animation du programme à l'échelon national au ministère de la Culture et de la Santé.

Malgré tout, ces actions fragiles d'art et de culture ont trouvé la force d'exister et de croître à l'hôpital grâce au militantisme, à la conviction et à la solidarité des porteurs de projet, à tous les échelons des secteurs de la santé et de la culture et dans toutes les professions concernées. Elles ont capitalisé des approches, des méthodes, des processus et des connaissances expérientielles et théoriques qui offrent à l'hôpital une chance inédite d'instaurer son véritable être-au-monde, celui de l'hospitalité, en métabolisant une poétique qui n'a jamais été aussi riche.

Si le doute subsiste quant au processus d'institutionnalisation de la culture à l'hôpital, peut-on néanmoins parler d'instauration artistique ? Nous sommes tentés d'adhérer à l'alternative proposée par Richard Conte : « si la notion d'œuvre se trouve au centre de la poïétique, en art, créer, n'est-ce pas « mettre en œuvre » plus qu'instaurer. Le verbe Œuvrer est aussi une option. La mise en œuvre a l'avantage de focaliser sur le trajet dans son mouvement, là où « instaurer » suppose une forte autorité performative²⁰⁵ ». En conséquence, si les interventions artistiques posent des questions, ouvrent des possibles,

204 Christian RUBY, *La condition posthospitalière. Repenser l'hôpital public/privé sous la condition de la culture*, Rapport commandé par Hi.culture, 2009, p. 13.

205 Richard CONTE, « La poïétique d'Etienne Souriau », *Nouvelle revue d'esthétique*, n°19, 2017.

déplacent des lignes, génèrent de l'expérientiel, nous ne disposons d'aucune donnée probante quant aux transformations durables qu'elles généreraient à l'échelle institutionnelle, voire à l'échelle du système de santé. L'art reste exogène au fonctionnement de l'hôpital et à sa stratégie. Il est peu présent dans le management, sauf de manière fugace à l'occasion de la mise en œuvre d'un projet. C'est dans le pli même de sa limite que ce programme ouvre la voie au design hospitalier, un design actuellement expérimenté par les deux premiers laboratoires d'innovation culturelle par le design créés en France : *La Fabrique de l'hospitalité* et le *lab-ah*. À ce stade, notre hypothèse serait que le design doit son émergence à l'hôpital, entre autres facteurs, au faible pouvoir performatif de l'art à l'échelle institutionnelle.

4. Le design alimente-t-il un renouveau de l'instauration artistique à l'hôpital ?

Le design ne se confond pas avec l'art dans ses fonctions. Il pose également des questions ontologiques sur l'hôpital mais il le fait dans une visée d'amélioration de la vie quotidienne. Le design met en œuvre à l'hôpital ses potentialités propres, dont nous faisons l'hypothèse qu'elles sont transformatrices. La poïétique de l'hospitalité des lieux de soins se trouverait dès lors revisitée par l'apparition du design dans le paysage de la culture à l'hôpital. Un design hérité du manifeste de Victor Papanek²⁰⁶ soucieux du bien-être écologique et social de tous. Autrement dit, un design aspirant à rendre le monde meilleur pour ses habitants. De nombreux auteurs et designers cherchent actuellement à en définir à la fois le noyau atomique et les contours, le plus souvent à travers des expériences concrètes, dans des contextes sociaux marqués par la fragilité et la vulnérabilité.

Il n'est pas possible dans cette partie de faire une analyse *a posteriori* des formes, des images et des figurations ontologiques issues de ces nouvelles conduites créatrices car le changement est en train de s'opérer. Nul ne peut dire aujourd'hui si, réellement, le design va s'implanter à l'hôpital, s'il va permettre de repenser en profondeur les processus de conception et de production des milieux de soins, à l'aune de la matérialisation de l'hospitalité, c'est-à-dire de la qualité de toute relation humaine. Il nous faudra donc aborder la puissance d'instauration du design de manière semi-spéculative en s'adossant toutefois aux premières expérimentations en la matière.

206 Victor PAPANEK, *Design pour un monde réel*, Les presses du réel, Dijon, 2021.

L'émergence du design à l'hôpital, du care et de l'hospitalité

Nous postulons que le design, en tant que discipline de transformation du milieu, renoue avec un récit modeste mais fédérateur de l'hôpital, autour du concept d'hospitalité. Il soutient les équipes et les usagers dans leur recherche de formes invitant à d'autres pratiques au service de l'humanité des relations à l'hôpital. Nous l'avons dit, cette hypothèse prend une importance considérable dans le contexte de la crise sanitaire qui nous affecte depuis 2020, pour une durée indéterminée. La crise du COVID-19 a en effet amplifié des dynamiques déjà à l'œuvre, qu'il s'agisse de la valorisation de la vie biologique au détriment de la qualité de vie, des inégalités sociales au carrefour de toutes les vulnérabilités, ou de la difficulté à mettre en œuvre une éthique de l'hospitalité dans la vie sociale des institutions.

Ces constats, associés à l'inquiétude sourde liée aux menaces écologiques, rendent de plus en plus audibles et désirables de nouvelles formes de design, assez éloignées des préoccupations d'édition artistique et de commercialisation d'objets de consommation qui les font connaître du grand public. En effet, le design, discipline majeure de notre temps, se trouve confronté à de nouveaux engagements qui ne consistent plus seulement à rendre le monde plus habitable mais aussi à rendre la vie plus digne, pour chaque personne appelée à vivre une vie pleine politiquement, socialement et moralement²⁰⁷. Cela passe notamment par la dignité des conditions d'existence, la valorisation de la place de chacun dans le monde, l'estime de soi et la considération des autres, la justice et le sentiment de sécurité.

Nombreuses sont les initiatives cherchant à qualifier ces nouvelles manières de faire du design. Le design de service, le design des politiques publiques, le *design thinking*, le design des milieux, le design social, le design du *care* sont autant de tentatives de nommer de nouvelles modalités de *faire design* dans un monde lourdement marqué par les vulnérabilités et les inégalités.

Le concept le plus englobant et le plus utilisé pour nommer les projets de design dans le secteur de la santé est celui du care. Joan Tronto le définit de la manière suivante :

207 Didier FASSIN, *La vie mode d'emploi*, Points, 2021.

Plutôt que de soumettre à discussion les multiples utilisations du terme de care (« sollicitude/soin »), je proposerai cette définition élaborée par Berenice Fischer et moi-même : « Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » [Fischer et Tronto, 1991, p. 40].²⁰⁸

En première lecture, le rapport avec le design apparaît évident puisque le *care* « maintient, perpétue et répare le monde » et que le design lui-même se définit comme une discipline améliorant l’habitabilité du monde. Or tout comme l’usage généralisé d’une sémantique de la bienveillance et de la résilience, le design du *care* requiert un étonnement critique. Dans cette thèse, nous préférons le terme d’hospitalité à celui de *care*, en ce qu’il pose la responsabilité de s’affranchir de cette même hospitalité comme condition de la liberté du sujet, au-delà de toute sollicitude et de toute bonne intention.

De surcroît, dans cette triade définissant le *care*, maintenir, perpétuer et réparer le monde, la question de la transformation et de l’innovation n’est pas présente. Or, la réparation n’est pas la transformation. Elle implique le retour à un état antérieur. Tandis que le « design de l’hospitalité » cherche à œuvrer sur les représentations, les pratiques, les normes génératrices de l’hostilité à l’hôpital et pas seulement à prendre soin des vivants et des environnements ou d’améliorer les conditions de prise en charge. C’est un travail de réflexivité et de questionnement créant de l’inconfort pour la collectivité en charge de l’hôpital, inconfort à partir duquel on peut redéfinir et produire ensemble l’hôpital que l’on veut.

Pour Joan Tronto, « le care est à la fois une pratique et une disposition. » Une pratique car il se met en œuvre dans les interactions humaines au quotidien et une disposition parce qu’il implique de « se soucier » des besoins des personnes auxquelles on apporte le soin. Or, l’activité créatrice ne se soucie pas d’apporter un soin, elle est une pratique mais dont la raison d’être est d’engendrer un sujet qui arrive dans le monde sans être vectorisé

208 Joan TRONTO, « Du care », *Revue du Mauss*, n°32, p. 243-265.

par un objectif qui lui soit extérieur. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas d'impact des actions et des œuvres artistiques sur le soin et la santé des personnes mais seulement que ces effets ne constituent pas un objectif. Joan Tronto le confirme d'ailleurs :

L'un des moyens nous permettant de commencer à comprendre les limites du Care consiste à noter ce qu'il n'est pas. Parmi les activités de la vie qui d'une manière générale ne relèvent pas du care, nous pouvons probablement inclure ce qui suit : la recherche du plaisir, l'activité créatrice, la production, la destruction. Jouer, accomplir un désir, mettre sur le marché un nouveau produit ou créer une œuvre d'art ne relève pas du Care²⁰⁹.

Faut-il distinguer à cet égard l'art et le design ? Car le second s'inscrit dans des cahiers des charges et répond à des objectifs qui lui sont extérieurs. Mais ce serait renoncer à la part de création du design pour n'en considérer que la part méthodologique de résolution de problème. De notre point de vue, le design réduit à la résolution de problème, tel que le *design thinking*, a probablement toute sa raison d'être, mais il n'entre pas dans le champ de cette recherche.

Dès lors que le design s'intéresse au secteur de la santé, il rentre nécessairement en dialogue avec la philosophie du *care*, puisque le soin est au cœur même de la santé. Parler du design du *care* consisterait dès lors à concevoir des artefacts et des services dédiés à soutenir la sollicitude dans l'acte de soin et la réparation des personnes et des lieux. Cependant, le design du *care* affiche des contours assez mouvants. Il désigne tantôt tout design intervenant dans le monde du soin, tantôt tout design mû par la sollicitude à l'égard de populations en difficulté. Clé de voûte de la chaire de philosophie à l'hôpital, dirigée par Cynthia Fleury, il fait l'objet d'un travail de définition épistémologique,

car, phénomène de mode oblige, tout semble affaire de design : design durable, design social, design thinking, design des organisations, des institutions ou des politiques publiques, design de service s'adaptant à l'économie de fonctionnalité (ne pas désirer une voiture mais la mobilité), autant de mouvements

209 Joan TRONTO, *ibid.*

qui vont permettre au design d'entrer plus rapidement dans des problématiques stratégiques et de direction des organisations, notamment dans le monde de la santé et du soin en général²¹⁰.

La philosophe en appelle dès lors à ce que le design du *care* se saisisse d'une réflexion éthique et philosophique pour en préserver le vecteur de sollicitude qui le fonde. La chaire appréhende le design comme un moyen idéal d'expérimenter et de vérifier les hypothèses de recherche scientifiques des humanités dans des contextes cliniques et de prise en soins réels.

Créer un écosystème structuré autour des humanités scientifiques dans le monde du soin ne se définit pas exclusivement par une approche théorique, liée à l'enseignement, la recherche, la formation ou la diplomation, mais nécessite de faire durablement cet aller-retour entre théorie et pratique, au cœur de la clinique, notamment via la mise en place d'une culture des expérimentations qui permettent en temps réel, à l'échelle 1, de vérifier les dysfonctionnements d'un système, de tester des alternatives, de créer l'adhésion des parties prenantes et, surtout, de penser à partir de leurs usages et de la spécificité de leurs profils²¹¹.

Pour Jehanne Dautrey en revanche, qui a exploré les implications du *care* dans le design,

s'attacher ainsi à l'espace et à ses implications philosophiques et politiques, c'est se situer dans un autre contexte philosophique que celui de la seule pensée du care. D'une part, parce que le care, en se restreignant aux seules relations, ne répond pas à la technicité que les designers et les praticiens doivent appréhender pour véritablement agir. Agir en designer, c'est transformer des dispositifs matériels au sens large (objets, espaces, organigrammes...). Même quand le designer n'agit que sur les relations ou sur les idées, il le fait toujours

210 Cynthia FLEURY, Antoine FENOGLIO, « Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de proof of care », *Revue Soins*, n° 834, 2019.

211 Cynthia FLEURY, Antoine FENOGLIO, *ibid.*

*par des vecteurs matériels. L'appui adéquat de ces pratiques doit donc être cherché du côté d'une analyse critique des normes et des dispositifs matériels dans lesquels elles s'incarnent et s'exercent*²¹².

Dans la suite de cette analyse à laquelle nous adhérons, le design de l'hospitalité nous paraît ne pas pouvoir se confondre avec le design du care parce que son objet n'est pas la relation de sollicitude dans une pratique de prendre soin. Son objet est d'interagir par le faire avec les espaces et tout autre dispositif matériel, dans les conditions d'une controverse collaborative, associant toutes les parties prenantes d'une problématique, à partir de laquelle une proposition nouvelle sera mise au monde. Si le design de l'hospitalité ne se confond pas avec le care, il est néanmoins vrai que « ce que le care apporte au design est la possibilité d'intervenir dans un milieu avec une nouvelle fonction, pour occuper une autre place que celle d'un simple fournisseur d'objets ou d'aménagements d'espace²¹³. »

Les laboratoires de design de l'hospitalité, expérimentations d'une poétique de l'hôpital en devenir ?

Dans la continuité de l'analyse diachronique de l'hôpital qui précède, nous avançons l'idée que l'état le plus contemporain des métamorphoses de l'instauration artistique à l'hôpital se niche dans les laboratoires d'innovation culturelle par l'art et le design. Nous prenons l'exemple de deux laboratoires intégrés à des établissements hospitaliers, *La Fabrique de l'hospitalité* aux HUS et le *lab-ah* au GHU Paris. Ces derniers, engendrés tous deux par une phase préalable de délégation culturelle, partagent un certain nombre d'attitudes contribuant à l'émergence de nouvelles formes de poétique hospitalière.

La Fabrique de l'hospitalité

La Fabrique de l'hospitalité se présente selon les termes de sa publication éponyme :

comme un service de la Direction générale, composé de deux responsables de projets permanents, qui permet de défricher de nouvelles pistes d'organisation propres à accompagner l'ensemble des usagers dans la conception de l'hôpital de demain. Il collabore

212 Jehanne DAUTREY (dir.), *Design et pensée du Care. Pour un design des microluttes et des singularités*, Les Presses du réel, Dijon, 2019, p. 9.

213 Jehanne DAUTREY, *ibid.*

avec les directions fonctionnelles des HUS, les professions médicales et paramédicales ainsi qu'avec les patients et leurs accompagnants, afin d'améliorer les conditions de travail du personnel hospitalier, l'accueil et la prise en soin des patients et de leurs proches²¹⁴.

Les postures, les références philosophiques et les méthodes de cette équipe sont très clairement exposés dans ce précieux document dont nous ne jugeons pas utile de restituer le contenu. En revanche, nous allons nous intéresser à l'une de ses réalisations pour identifier ce qui vient qualifier une nouvelle figuration de l'hospitalité par la création, dans la suite des analyses précédentes.

Le projet s'intitule « Les sentiers qui bifurquent » et prend place dans une unité de soins palliatifs de 12 lits, créée à l'occasion de la restructuration d'une aile d'un bâtiment du XIX^{ème} siècle. Le recours à l'unité de soins palliatif concerne les situations complexes de fin de vie. Il s'agit, à l'hôpital, du seul service dont la philosophie repose sur l'acceptation de la mort à l'encontre d'un corps médical accroché à sa vocation de sauver des vies. L'équipe de la Fabrique s'est donc donnée comme ambition « de traduire le projet médical et soignant dans les espaces proposés aux patients, à leur famille et aux professionnels²¹⁵. »

La globalité de l'unité est concernée par la commande avec un intérêt particulier pour les chambres, l'espace de convivialité et de repas, la terrasse et les circulations. Cette commande a été réalisée par la designer Edith Wildy de l'atelier Fou du Roi et la plasticienne Cécile Holveck .

Le projet artistique est décrit de la manière suivante sur le site de *La Fabrique de l'hospitalité* :

Dans les espaces aux perspectives plus larges ou éloignées (comme le long couloir de l'entrée ou la salle des familles), les formes arrondies des faux plafonds viennent déconstruire un lieu qui pourrait paraître trop prévisible. Au sein des chambres, qui représentent un espace plus intime, un élément de mobilier vient entourer la personne couchée et lui apporter une lumière en halo qui rayonne avec douceur. Dans la salle à

214 Site internet de La Fabrique de l'hospitalité, consulté le 20 septembre 2021 : https://www.lafabriquedelhospitalite.org/projets/1588/10_ans_d_experimentations

215 Site internet de La Fabrique de l'hospitalité, *ibid*.

manger des familles – office, un aménagement est proposé afin de faire cohabiter harmonieusement espace de préparation des repas et espace de convivialité. Des éléments mobiliers sont proposés afin de créer une identité propre à ce lieu. Une bibliothèque des échanges est également créée afin d'inviter l'ensemble des usagers de cette unité à faire circuler des livres. Enfin, la terrasse dans le prolongement de la salle des familles est également aménagée par la création d'un garde-corps – siège – table qui, par ses multiples usages, amène au partage et à la rencontre. Une série de dessins prennent place sur les murs et les plafonds, semés par petites touches colorées. Ces dessins tracés à l'encre, forment des traits qui s'entrecroisent dans un rythme fluide et dansant, évoquent des paysages, des éléments végétaux, dans lesquels apparaissent bien souvent des traces d'un passage humain, présence marquée par le souvenir et l'évocation d'une image ou d'un ressenti. Ces dessins ont été en partie réalisés in situ par l'artiste et en partie reproduits et mis en place sous forme de stickers. Dans la continuité de cette commande artistique, nous avons souhaité créer des outils de communication graphique afin de proposer une expérience globale aux usagers. Une collaboration s'est alors mise en place avec la graphiste, Caroline Cutaia. Un livret d'accueil, des cartes de visites et une carte de condoléances ont été conçus avec l'équipe médicale et soignante, en lien avec l'identité visuelle de l'Unité. Caroline Cutaia choisit alors d'utiliser des couleurs douces et diffuses et de valoriser la présence d'une image végétale avec un sens symbolique fort : un arbre à étoiles²¹⁶.

216 https://www.lafabriquedelhospitalite.org/projets/1293/les_sentiers_qui_bifurquent



Illustration 12 : Réalisations du projet « Les sentiers qui bifurquent »

© Sylvain Gouraud, La Fabrique de l'hospitalité, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

La démarche holistique constitue le premier point saillant de cette proposition qui ne se contente pas de déposer un objet dans cet espace de haute qualité existentielle (HQE), mais qui transforme, dans un esprit de douceur, l'ensemble des interfaces avec l'expérience des patients en fin de vie et leurs proches, depuis les supports d'information jusqu'aux espaces. Le titre du projet lui-même « les sentiers qui bifurquent » évoque une topographie ouverte, atténuative du caractère tragique, au sens de sa détermination, de la mort prévisible et prévue, et prépare en douceur à la séparation. Il réintroduit une possibilité, une alternative « là où la fin de vie est le plus appréhendée comme un chemin unique et inéluctable ». À défaut de ritualités collectives et sociales d'accompagnement du décès dans nos sociétés post-moderne, la prise en compte de la sensibilité intuitive et du besoin d'intelligibilité et de dignité des personnes concernées devient une exigence fondamentale des institutions.

Le traitement des espaces, outre les qualités esthétiques, leur confère une intelligibilité dans les fonctions, les statuts et les usages que la normativité architecturale hospitalière ne permet pas. Or, nous savons désormais que l'intelligibilité du Dasein, du lieu où l'on est, et plus encore du lieu où l'on souffre, est une condition indispensable à reconnaître

et ressentir sa part de sujet, son humanité pour y fonder sa dignité. En conséquence, que l'hôpital public se soucie d'offrir les conditions esthétiques aux personnes en fin de vie de mourir dignement est un fondement de l'éthique de l'hospitalité. Ainsi, les chambres sont-elles revisitées avec un mobilier aux bords arrondis, des couleurs chaudes et une lumière tamisée restaurant son caractère d'intimité. La fenêtre ouvrant sur le monde qu'il va falloir quitter intègre désormais un signe de transition, un dessin aux traits simples et naïfs évoquant l'univers de l'enfance et enveloppant l'angle de la fenêtre. Les couloirs portent les empreintes de la main de l'artiste, toujours dans l'évocation de l'univers de l'enfance mais en aucun cas infantilisant, dans un dessin filant, léger, volant qui les inscrit dans leur fonction de passage, de transition, de liens entre les différents espaces. Tandis que l'espace collectif de convivialité se présente, par sa couleur chaude et intense, comme une bulle, une enveloppe ancrée et rassurante. Un lieu suffisamment lesté pour se permettre de voyager dans les imaginaires prometteurs des livres de la bibliothèque.

À cet égard, cette intervention contribue à « la création d'une œuvre en capacité de traduire, valoriser et légitimer une démarche professionnelle globale » telle qu'énoncée dans le cahier des charges par l'équipe. Le design, dans ce contexte, se distingue du design médical au sens où il ne se met pas au service de la fonctionnalité de la prise en charge médicale. Il traduit bien plutôt un élargissement du périmètre du champ thérapeutique en y intégrant les enjeux d'une éthique de l'hospitalité. Marie Coirié et Denis Pellerin, designers, soulèvent un questionnement similaire à l'occasion d'un autre projet de *La Fabrique de l'hospitalité* :

Le projet pose également la question de la frontière entre le « faire joli » et le « faire du bien ». En effet, si le design peut encore être vu comme un savoir-faire d'embellissement des objets et des environnements, le projet Bon Séjour a démontré qu'il pouvait également venir en soutien de l'activité soignante en facilitant le parcours des patients à travers leur journée à l'hôpital. En cherchant les conditions et les façons de réduire l'incertitude et l'anxiété des patients, nous nous sommes parfois retrouvés à la marge de nos propres compétences, explorant les champs du bien-être, du soin et de la clinique. Les propositions qui résultent de cette démarche illustrent cette tension, car elles sont à la fois support de bien-être et support de prise en charge soignante, en tant qu'elles contribuent à la réduction des troubles. Dans ce

cadre, même si le design n'est pas une discipline médicale, pourrait-on considérer qu'il est capable de contribuer à la prise en charge thérapeutique et au retablissement du patient et sur quels aspects²¹⁷ ?

Les éléments végétaux sont très présents dans ces interventions artistiques, rappelant que notre condition humaine est aussi une condition du vivant et que chacun d'entre nous retourne à la terre après sa phase d'existence. La graphiste, en logotypisant ces éléments végétaux en un arbre à étoiles, relie le cosmos, la transcendance, la terre, l'immanence. Elle réintroduit dans l'expérience sociale et profane de la fin de vie, un élément de spiritualité œcuménique. Ces supports d'information vont également dans le sens d'une sublimation de cet espace-temps si particulier du deuil et de la séparation. La carte de condoléance du service est particulièrement touchante et marque une sollicitude de l'ensemble de l'équipe pour les proches de la personne décédée, même après l'achèvement de leur « mission » proprement dite. Il s'agit d'un objet simple mais qui cristallise la relation d'hospitalité et d'humanité qui donne sens au travail des hospitaliers.

Ce projet emblématique de la philosophie et de la méthode de *La Fabrique de l'hospitalité* prend place dans un système complexe dont il déplace l'ensemble des lignes et des relations. Le projet est appréhendé et formalisé dans sa dimension holistique. Il restaure le besoin de ritualité de l'anthropologie de la fin de vie. La dignité des personnes est prise en compte par l'intelligibilité de l'expérience sublimée par la qualité des formes. La sollicitude soignante est matérialisée et rendue visible. Il traduit au final l'attention apportée à l'infinie délicatesse du moment existentiel de la fin de vie, soulageant ainsi les patients, les familles et les professionnels du poids de la misère symbolique.

Le lab-ah, laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité

« Bienvenue chez Eugène ! » est un ensemble d'actions conçues pour accompagner le déplacement des patients et des professionnels de trois CMP (centre médico-psychologique) et un foyer post-cure rassemblés dans un nouveau site polyvalent. Le projet rend compte, à l'instar de *La Fabrique de l'hospitalité*, d'un parti pris de design global au service de l'hospitalité. La démarche visait à faciliter l'orientation et l'insertion dans ce nouvel environnement. Dix-huit mois avant l'ouverture du centre, le *lab-ah* a été mandaté par l'encadrement des équipes médico-soignantes pour « intégrer l'hospitalité » dans ce

217 Marie COIRIÉ, Denis PELLERIN, « Design et hospitalité : quand le lieu donne leur valeur aux soins de santé », *Revue Sciences du design*, n°6, novembre 2017, Presses Universitaire de France, p. 40-53.

projet pilote. En effet, ce projet de regroupement semblait rompre avec certains fondamentaux de la psychiatrie de secteur : la micro-proximité et l'accessibilité des structures de prise en charge ambulatoire. En outre, les histoires et cultures professionnelles des trois CMP différaient considérablement et se posait alors la question de savoir sur quel socle pourrait reposer leur collaboration dans un même site.

Des entretiens individuels et collectifs, des ateliers d'idéation et des balades thématiques dans le quartier ont permis de co-construire un système d'orientation dans le bâtiment à travers la couleur, des cartographies illustrées des ressources du quartier et des partenariats avec les structures culturelles locales.



Illustration 13 : Photos du projet pour le Centre Eugène Millon

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le projet « Bienvenue chez Eugène ! »²¹⁸ a été mené entre 2017 et 2018 par l'équipe du *lab-ah* et a associé les équipes de la direction des travaux du GHU Paris, l'ergothérapeute Colombe Desombres, l'illustrateur Julien Billaudeau et l'agence de designers coloristes Nacarat.

Les contraintes étaient nombreuses à l'arrivée de l'équipe dans le projet : des plans déjà dessinés, des marges de manœuvre limitées et une sollicitation fortement axée sur de la décoration intérieure. Pour construire notre culture du terrain et élargir ces perspectives, nous avons commencé par mener une enquête et des entretiens dans chacune des quatre structures implantées dans différents quartiers de l'arrondissement. Cette immersion auprès des patients et des professionnels nous a permis d'appréhender les représentations attachées au futur bâtiment et à son environnement. Les patients ont exprimé leur crainte d'être désorientés tant dans leur parcours, souvent ritualisés, entre leur domicile et le lieu de consultation, qu'à l'intérieur du bâtiment qu'ils visualisaient immense pour retrouver « leur » CMP. Les professionnels, pour leur part, relayaient les inquiétudes des usagers quant au changement, traduisant peut-être leur propre inquiétude. Celle-ci s'est exprimée en priorité sur la manière de gérer du « commun » avec des collègues qu'ils connaissaient somme toute assez mal. Enfin, de part et d'autre, s'ajoutait la crainte de la stigmatisation d'un lieu de psychiatrie ayant « pignon sur rue ».

Nous avons, à l'issue de cette immersion, reformulé la commande du service. D'une attente portant essentiellement sur l'esthétique de la décoration intérieure et sur l'efficacité d'une signalétique permettant aux usagers de chacun des différents secteurs de retrouver leur CMP, le cahier des charges s'est déplacé vers une notion plus globale de parcours et de mise en dialogue du quartier et du lieu de soins. Le fil d'Ariane de notre démarche s'est déployé dans la mise en œuvre de sept balades urbaines associant chaque fois une vingtaine d'usagers et cinq ou six soignants issus des trois secteurs.

L'objectif de la première balade était de construire une expérience commune du quartier, nourrie des connaissances des participants habitant cette partie du XV^{ème} arrondissement. En s'appuyant sur les compétences et l'expérience d'une ergothérapeute du GHU Paris, Colombe Desombre, les patients révélaient peu à peu leurs compétences, leur expérience du territoire et créaient ainsi une autre forme de lien avec les professionnels. En mouvement, chacun pouvait partager librement ses questions et ses appréhensions

218 La présentation du projet est issue de textes de communications co-rédigés avec Marie Coirié et Coline Fontaine.

quant au changement à venir et proposer des idées. Cette balade a créé un précédent dans la démarche : la forme itinérante, qui reliait le nouveau site à son quartier, a déplacé les patients dans leur identité d'habitants du quartier.

Six autres balades ont eu lieu par la suite, portés par l'engouement qu'elles suscitaient dans les structures. Quittant la formule « découverte des environs du Centre Eugène Millon », nous avons thématiqué les suivantes. Nous avons commencé par deux visites commentées de la médiathèque Marguerite Yourcenar, guidées par l'équipe de documentalistes. Par la suite, nous avons invité des professionnels du champ de la création à intervenir dans deux balades-ateliers afin de nourrir le cahier des charges des projets pour le futur bâtiment :

- ♦ « Les couleurs du XVème » a été accompagnée par la designer coloriste Vanessa Lehner de Nacarat, a permis d'orienter la mise en couleur des espaces d'accueils et des circulations du Centre pour favoriser le repérage et l'autonomie des personnes ;
- ♦ « Les bons plans du XVe », a été accompagnée par l'illustrateur Julien Billaudeau, qui en fait la synthèse à travers une grande cartographie illustrée des environs du Centre, destinée à rejoindre les salles d'attente des structures.

Le Centre a finalement ouvert ses portes en 2019, dans un sentiment de continuité et d'appropriation en contradiction avec les inquiétudes qui avaient nourri son anticipation. L'une des psychiatres responsable de l'un des centres médico-psychologiques a témoigné que « ce processus a obligé les professionnels à voir les patients différemment, à considérer le quartier et à investir le lieu [...], il a mis les patients en capacité d'agir, de proposer, dans une transmission à l'envers vis-à-vis des soignants. »

Marie Coirié et Coline Fontaine ont clairement tiré, dans un colloque organisé par l'école nationale supérieure d'architecture de Lille, les enseignements de ce projet :

Ces balades ont permis d'alimenter de manière inespérée le processus créatif, démontrant encore une fois la puissance du mécanisme d'une « pensée en mouvement » et de la « marche créatrice »²¹⁹. La conception collective et ambulante du cahier des charges a permis de dépasser une forme figée de l'hospitalité, dans laquelle elle se limiterait au confort physique et visuel des lieux. L'hospitalité est un processus actif bien plus

219 Thierry DAVILA, *Marcher, créer : déplacements, flâneries, dérives dans l'art de la fin du XXème siècle*, éditions du regard, Paris, 2007.

qu'un attribut spatial, c'est pourquoi elle s'est déployée au sein d'un « parcours » dans le projet final. Ce parcours part de l'espace-temps de la salle d'attente, conçue comme un espace ressource ouvert sur le dehors grâce aux cartographies réalisées par Julien Billaudeau. Celles-ci reprennent les parcours empruntés lors des balades et l'ensemble des ressources qu'elles ont révélées : jardins, vues sur la ville, places abritées, commerces et équipements culturels emblématiques, un autobus bien pratique, etc. Le parcours se poursuit à travers les circulations dans le bâtiment, dans lequel le travail sur la couleur mené par Nacarat a permis de faciliter la lecture des espaces, des différentes structures et le repérage dans le site. Enfin, les partenariats culturels locaux amorcés avec la médiathèque et le théâtre ont permis d'envisager l'ouverture du Centre sur son quartier, bien que le succès de ce volet dépendra largement de son animation dans le temps par les équipes en place²²⁰.

Nous retenons de ce projet sa capacité à intervenir à différentes échelles, de la salle d'attente à l'arrondissement, son utilisation de la couleur comme support à l'orientation et le dispositif de partenariats avec les équipements culturels structurant du quartier comme ancrage dans la vie sociale des habitants, par ailleurs usagers de la psychiatrie.

Dès lors, il devient possible de décliner les qualités qui caractérisent le design dans ces deux projets manifestes :

- Il s'intéresse au milieu plutôt qu'à l'environnement dans le sens où il centre ses efforts sur les interactions entre sujet et environnement ;
- Il est et met en mouvement les formes rigidifiées instituées dans une démarche d'énonciation et d'appropriation ;
- Il se présente comme une ressource à un moment donné d'un parcours, dont le sujet se saisit pour se reconstruire ;
- Il ne vise pas à prendre soin mais à apporter des ressources de dignité et d'émancipation permettant aux patients de s'affranchir de la dépendance du soin et de l'hospitalité des lieux de soins ;

220 Communication aux journées d'études organisées par Céline BARRERE et Catherine GROUT, « Spatialisation et temporalisation de l'hospitalité », école nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille, 20 et 21 novembre 2019 « Spatialisation et temporalisation de l'hospitalité »

- Il investit la qualité esthétique de ses formes pour susciter des formes d'esthésie qui reconnecte le sujet à lui-même et à sa communauté ;
- Il met en crise la relation de pouvoir entre ceux qui prennent soin et les bénéficiaires du soin en installant des scènes de partage du sensible ;
- Il s'intéresse prioritairement aux transformations culturelles nécessaires pour envisager et accompagner tout changement plutôt qu'aux effets des artefacts sur ses bénéficiaires.

Nous pensons que ces caractères ont une portée ontologique en tant que configuration d'un monde. Reste à identifier la figuration ontologique pouvant nommer ces expériences complexes. Nous les avons soumises dans un premier temps à la lecture de la figuration analogique, dans laquelle les étants du monde sont tous différents et reliés par des processus de correspondances. Mais dans ces projets, les processus de correspondances iconiques et indicielles se diluent dans un agencement intégratif, qui ne fait pas signe à travers une œuvre, mais qui traduit un faisceau d'intentionnalités à travers de multiples compositions figuratives, sensorielles et spatiales. Ils tendent à configurer un monde dans lequel les relations entre esthétique (les formes), esthésie (les sensations), éthique (les valeurs), et poïétique (les processus) se nouent de manière inextricable autour du partage du sensible. Pourrait-on alors imaginer, pour nommer ces expériences du design de l'hospitalité, une figuration ontologique du sensible. Autrement dit, la figuration d'une expérience du monde dans laquelle les objets auraient une âme perçue par les corps et les âmes des humains seraient ranimés par la relation immersive dans un système complexe de non-humains. Ainsi, penser l'hôpital et penser la ville du point de vue du design de l'hospitalité c'est penser la dignité de l'homme par la qualité de ses interactions avec les autres, les espaces, les objets et les services.

Le design de l'hospitalité ne consiste donc pas tant à produire de nouveaux artefacts pour améliorer les environnements mais bien à comprendre et à rendre intelligibles les mécanismes à l'œuvre dans les inégalités qui affectent, dans tous les sens du terme, une majorité de nos concitoyens, pour mieux les dépasser. Un design par lequel les personnes seraient reconnues comme telles et pourraient échapper aux blessures morales infligées par l'expérience de la dépréciation, souvent corrélée à un état de santé se dégradant.

Ces enjeux éthiques et politiques vers lesquels nous conduit ce cheminement de la pensée aux rives du design de l'hospitalité font écho au travail épistémologique initié par Ruedi et Véra Baur ainsi que par Pierre Litzler autour de la notion de design de relation :

Par la relation le design est à même de relater et d'exprimer une pensée et de passer d'une émotion vers une motion, d'insuffler un mouvement de la pensée qui engage une animation, un souffle de l'esprit, permettant de donner une « âme » aux conceptions et productions du design, en faisant apparaître l'intelligibilité des choses. C'est un enjeu et une dimension essentielle de nos sociétés actuelles que d'incorporer le savoir, de la connaissance, de l'intelligence dans la matière et les objets. Penser le design aujourd'hui ne peut se départir de cet enjeu politique majeur qui est d'instaurer précisément ce partage du sensible et de l'intelligible. C'est ce qui nous fait être ensemble et produit notre commun. Ces volontés, de savoir, d'agir et de partage dans le projet conduisent notre conception d'un dessin pour un objet vers un dessein pour la connaissance²²¹.

Le design de l'hospitalité tel que nous tentons de le définir s'inscrit dans cette approche plus holistique dont l'enjeu politique est de poser l'intelligibilité partagée du monde comme condition d'un pouvoir d'agir plus égalitaire.

À l'hôpital, ces aspirations sont essentielles et elles participent d'un mouvement plus large de prise de parole et d'autonomie de l'utilisateur en santé qui a pris le nom anglophone d'*empowerment*. Les qualités d'intelligibilité et d'inclusion du design de relation dans le champ de la santé serait un puissant facteur d'*empowerment* pour les usagers en santé, au niveau individuel, institutionnel et social. Emmanuelle Jouet, chercheuse en sciences de l'éducation, définit ainsi le processus d'*empowerment* en santé mentale :

L'empowerment est complexe, multidimensionnel, non inscrit dans un temps linéaire et polymorphe. Au niveau individuel, il s'agit de mettre en place un processus dans lequel l'individu qui a connu la maladie mentale apprend à développer son sens de l'autodétermination vers ses propres objectifs. Ce processus doit être fondé sur une réflexion personnelle concernant la compréhension et l'acceptation des événements et des expériences précédant la déclaration de la maladie, et par la suite, l'expérience potentiellement négative de la maladie et des soins. L'empowerment implique donc pour la personne un processus de

221 Extrait du texte d'intention de recherche pour l'ITI (Institut thématique interdisciplinaire du CREAA (Centre de recherche et d'expérimentations sur l'acte artistique), Université de Strasbourg).

redéfinition et de renégociation de l'identité de soi, a la fois avec elle-même, dans sa relation avec les services psychiatriques, et par rapport a la société dans son ensemble. Les services de sante mentale ont un rôle important a jouer dans ce processus, en se restructurant pour s'attaquer aux trop grands décalages de pouvoir entre usagers et soignants ou direction administrative. Au niveau sociétal, il s'agit d'entreprendre des actions visant l'inclusion sociale en général, en travaillant activement avec les employeurs, en luttant contre la stigmatisation et en aidant a la renégociation avec l'ensemble des acteurs de la société, afin de permettre l'inclusion sociale de la personne vivant avec un trouble psychique en tant que citoyen a part entière (Pachoud & Corbiere, 2014). La poursuite de ces objectifs doit s'appuyer sur les droits de l'homme et sur le principe de respect de la dignité humaine pour promouvoir l'égalité et l'équité dans l'accès aux rôles sociaux de valeur et pour saisir les opportunités et trouver les ressources qui permettent de les défendre²²².

À travers ces deux citations, nous pouvons postuler d'une part que les qualités du design de relation pourraient être des leviers pour l'*empowerment* des usagers en santé et réciproquement que les approches de l'*empowerment* en santé seraient conformes aux attendus politiques du design de l'hospitalité. C'est à l'intersection de ces deux systèmes, design de relation et *empowerment*, que nous situons le design de l'hospitalité en milieu hospitalier.

222 Emmanuelle JOUET, *op. cit.*

Chapitre 3.

Conduites créatrices et opérations poïétiques de l'instauration artistique : une épistémologie de l'expérience

1^e partie

Les cahiers poïétiques

Ce troisième chapitre vise à faire l'anamnèse de la trajectoire de l'auteure en sélectionnant certaines réalisations qu'elle a pilotées, au regard de leur chronologie et de leur diversité. Ces études de cas, dits cahiers poïétiques, font « l'étude scientifique du processus de conception » dans la pluralité de ses dimensions. L'objectif de ces explorations par sondages est de comprendre ce qui se joue dans la rencontre entre les usagers et les créateurs, dans le contexte singulier de l'hôpital, afin de théoriser un design d'instauration de l'hospitalité dans les lieux de soins.

Les études de cas retenues sont les balises d'un parcours professionnel structuré par les trois expériences institutionnelles majeures citées précédemment : un centre culturel intégré dans un grand hôpital psychiatrique public, *la Ferme du Vinatier* ; le programme culturel de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille pour l'année Marseille-Provence 2013, capitale européenne de la Culture, Santé e(s)t culture(s) ; le laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité design & culture, le *lab-ah*, au sein du GHU Paris psychiatrie & neurosciences. Nous partageons les intentions, les axes de développement et les enseignements de ces expériences, en tant qu'entités entièrement pensées et déployées in situ, dans des établissements hospitaliers. Nous ne nous situons pas à ce stade à l'échelle du projet mais à celui de la structure (centre culturel, programme culturel, laboratoire). Pour bien

comprendre ce qui distingue chacune de ces expériences, il est important de décrire les conditions de leur éclosion. Car il s'agit chaque fois d'une création *ex nihilo* et du poste et du projet. Il restera ensuite à souligner les lignes de force qui les traversent et les résistances réitérées d'une expérience à l'autre.

L'ensemble des actions réalisées dans ces trois projets novateurs ont été élaborées et mises en œuvre avec les professionnels des équipes successives. Elles sont donc le fruit d'un travail collectif et de la collaboration entre les compétences de chacun.

La Ferme du Vinatier au centre hospitalier Le Vinatier, Lyon - Bron²²³

En 1997, le nouveau directeur de l'hôpital du Vinatier, Jean-Paul Ségade, cherche une nouvelle fonction à l'ancienne ferme agricole de l'hôpital qu'il souhaite réhabiliter comme lieu de patrimoine. Recrutée pour réfléchir au devenir de la ferme, ce premier contrat à été consacré à explorer l'hôpital et à mener des entretiens avec ses acteurs. Malgré des changements fondamentaux dans l'organisation de la prise en charge de la psychiatrie, les représentations du grand public avaient peu évolué. Les visites de l'hôpital organisées par *la Ferme du Vinatier* à l'occasion des journées européennes du patrimoine ont montré que le public ignorait par exemple que l'hôpital psychiatrique comportait de nombreux sites ambulatoires au plus près des populations. À cet égard, l'adhérence au passé se redoublait donc de celle au territoire historique de l'hôpital. La métamorphose de l'hôpital psychiatrique de la figure de l'île à celle de l'archipel n'avait pas été métabolisée ni par la population, ni par les professionnels en tant que communauté. En conséquence, élaborée avec des contributions internes et externes, bientôt organisées dans un conseil scientifique pluridisciplinaire, *la Ferme du Vinatier* s'est donnée comme priorité d'engager un processus d'anamnèse collectif et de médiation entre l'hôpital et la ville. Son projet reposait sur trois dimensions : une démarche mémorielle, patrimoniale et muséologique ; un programme de résidences artistiques et d'actions culturelles en partenariat avec les équipements culturels de la ville ; la recherche en sciences humaines et sociales et sa valorisation. Il s'est incarné dans les murs de l'ancienne ferme et a pu disposer ainsi d'un espace de médiation au sein de l'hôpital mais toujours ouvert sur l'extérieur comme en témoigne l'éditorial du « Petit Journal n°0 » annonçant son ouverture :

223 Pour en savoir plus, vous pouvez consulter ou télécharger les *Petits journaux* et les programmes en suivant le lien : <http://www.ch-le-vinatier.fr/ferme/saisons-precedentes/avant-2015-400.html>

Les travaux d'aménagement de la ferme s'achèvent en ce bucolique printemps 2002 livrant à l'hôpital et à la population de l'agglomération un centre culturel d'un genre nouveau. Pour marquer cette étape importante dans l'histoire du projet, une ligne graphique plus légère et des couleurs plus chaudes remplacent les précédentes. Tisser les préoccupations du secteur de la santé mentale avec les questions de société, marier les pratiques artistiques amateurs des patients et la diffusion d'œuvres d'art contemporain à travers des aventures créatives collectives, associer populations, patients, personnels, artistes, chercheurs dans une émotion et dans une élaboration partagée, restent les ambitions de la Ferme du Vinatier. L'espace que l'équipe investit aujourd'hui est entièrement consacré à créer les conditions de la rencontre entre toutes ces personnes, autour des processus de création et de réflexion mis en œuvre par la Ferme. Que ce lieu devienne la maison des uns et des autres, dans et hors l'hôpital... mais pour le service public.

La Ferme du Vinatier a institué au cours des années un modèle équilibré entre des initiatives de recherche et de valorisation scénographique et éditoriale des questions de santé mentale, une programmation artistique et culturelle partenariale, l'organisation d'ateliers et de résidences artistiques pour des projets de création partagée avec les usagers et les professionnels et des commandes artistiques pérennes. Elle a ensuite délégué une partie de ses financements publics aux sites ambulatoires dans un dispositif appelé « éclats d'art », déclinant les principes de l'appel à projet du programme régional à l'échelle de structures territoriales telles que les centres médico-psychologiques ou les hôpitaux de jour.

Santé e(s)t culture(s) à l'Assistance publique - hôpitaux de Marseille²²⁴

Le contexte qui a présidé à la naissance du programme Santé e(s)t culture(s) de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille est fort différent. La qualité de CHU de l'Établissement lui confère une identité tournée vers l'innovation et la recherche et dessine un périmètre d'intervention à l'échelle régionale. L'événement déclencheur de cette

224 Pour en savoir plus, vous pouvez consulter ou télécharger les carnets Santé e(s)t culture(s) en suivant le lien : <http://www.aphm.fr/sante-est-cultures-accueil-presentation-generale-du-projet-archive>

initiative est l'obtention en 2008 du label Capitale européenne de la Culture par Marseille qui a coïncidé avec la prise de poste, comme directeur de l'APHM, de l'ancien directeur du Vinatier, toujours sensibilisé aux questions culturelles. L'ambition du projet Marseille-Provence 2013, Capitale européenne de la Culture, dirigé dans les premiers temps par Bernard Latarjet, n'était pas tant « l'ouverture de grands équipements culturels et a la mise en œuvre de manifestations spectaculaires » mais de susciter « des transformations profondes, des dynamiques et des modes de sociabilité du territoire tant à l'échelle des habitants qu'à celle des institutions²²⁵ ». Le cadre partenarial de ce projet culturel hospitalier aura un impact sur sa temporalité, une valorisation globale était attendue en 2013, et sur sa spatialisation puisque Marseille est un port de la Méditerranée. Le niveau des enjeux de la Capitale européenne de la Culture a mis tous les partenaires d'accord sur les attentes exprimées vis-à-vis de la démarche culturelle :

Ici il n'est nullement question de développer un projet culturel à l'hôpital comme si ce dernier était un réceptacle pour des apports extérieurs. Il n'est nullement question de demander à l'hôpital de devenir un lieu de spectacle ou un espace de promotion de l'art contemporain. Mais il est question d'organiser la rencontre entre le questionnement existentiel des artistes et l'ardente condition humaine révélée dans le contexte hospitalier.

Enfin, la qualité des environnements et de l'offre hôtelière des hôpitaux de l'AP-HM s'est constituée en sujet de préoccupation majeure. En certains lieux, la situation était si dégradée que la dimension d'amélioration de l'environnement spatial et matériel était devenue une priorité pour le projet culturel. À partir de ces constats, le programme *Santé e(s)t culture(s)* s'est organisé autour de trois thématiques :

- ♦ Un hôpital euro-méditerranéen. Cette thématique a donné lieu à l'organisation de rencontres entre les professionnels de santé, les universitaires et chercheurs, les usagers et le grand public sur des thèmes relatifs à la santé dans les cultures euro-méditerranéennes.
- ♦ Un hôpital créatif. Cette thématique a conduit à favoriser les occasions de pratique et de création artistiques partagées avec les usagers et les personnels dans la

225 Extrait de l'éditorial du carnet Santé e(s)t culture(s) de 2011 de Bernard Latarjet, à retrouver sur : http://www.aphm.fr/sites/default/files/files/Culture/carnet_2011%5B1%5D.pdf

perspective de contribuer à la qualité des liens interpersonnels et des dynamiques collectives.

♦ Un hôpital radieux. L'APHM a commandité des créations artistiques exemplaires et significatives, dans lesquelles la qualité sensible des espaces hospitaliers est un enjeu fondamental.

De 2009 à 2013, 25 projets, de nature et d'ambition différentes, ont été menés par l'équipe de la direction des affaires culturelles. Ils ont mobilisé les compétences de la culture, de l'art, du design, du paysage et de l'architecture. Ces actions ont mis à jour les enjeux et la cohérence d'une démarche globale autour de la qualité d'hospitalité, de la création d'un espace de « conversations » interculturelles, particulièrement important à Marseille, et de l'attention portée aux vulnérabilités dans une des villes les plus pauvres de France. La focale d'instauration artistique s'est déplacée, dans cette expérience, d'un processus d'anamnèse et d'ouverture territoriale vers un processus que l'on pourrait appeler « une nouvelle humanisation » de l'hôpital, au sens où toutes les attentions portées au milieu vont dans le sens de la qualification des relations par l'hospitalité. Si l'hospitalité est bien le fil rouge de l'ensemble de notre parcours, c'est à l'AP-HM qu'il en devient la clé de voute.

À la suite d'un violent conflit syndical, la direction des affaires culturelles a été supprimée à l'issue de l'année 2013, Capitale européenne de la Culture. Son équipe a rejoint la direction de la communication, qui a poursuivi les projets de développement culturel à l'AP-HM. Le nouveau directeur m'a confiée la mission de poser les bases d'un fonds de dotation dédié à l'amélioration du cadre de vie des lieux hospitaliers. C'est à cette occasion que nous avons pris contact avec le Master Innovation, Design et Société de Nîmes, fondé par Alain Findeli, pour explorer les caractéristiques et le potentiel du design social.

L'expérience de l'AP-HM, très conflictuelle sur le plan politique et syndical, nous a questionnée sur les limites de l'intervention artistique dans des contextes aussi radicalisés et paupérisés. En effet, si l'art bien souvent pose et impose les bonnes questions, révèle les indigences et les contradictions éthiques et contribue à la résilience individuelle et au tissage collectif, il ne construit pas de solutions. C'est pourquoi le design, en tant que discipline de conception visant à répondre à une problématique, est apparu à ce moment précis comme une modalité potentiellement plus adaptée à l'accompagnement des transformations culturelles des hôpitaux publics.

Le *lab-ah* au GHU Paris psychiatrie & neurosciences²²⁶

Le fait générateur de la création du *lab-ah* est lié au regroupement des trois établissements psychiatriques d'origine du GHU Paris : l'hôpital Sainte-Anne, l'hôpital Maison-Blanche et l'hôpital Perray-Vaucluse. Malgré des racines historiques communes remontant au XIX^{ème} siècle, ce rapprochement entre trois institutions, qui se sont développées fort différemment, bouscule profondément les cultures professionnelles et institutionnelles. Conscient qu'un rapprochement n'allait pas de soi sur le plan culturel, la commande initiale de la direction avait pour objectif de favoriser l'émergence d'une culture commune grâce à un projet artistique et culturel. Cette ambition impliquait de trouver les modalités pour que chacun puisse participer à construire le devenir de cette nouvelle entité, en consolidant les fondamentaux communs et en s'enrichissant de la diversité des pratiques. La valeur commune et la plus fédératrice, matrice de l'hôpital, est celle de l'hospitalité. C'est pourquoi, la démarche culturelle attendue a mobilisé la créativité et l'innovation de tous au service de l'amélioration des conditions d'hospitalité des patients et de l'exercice professionnel des hospitaliers.

C'est ainsi que, conscient de la nécessité de soutenir le nouveau projet médical du GHU Paris par une nouvelle culture partagée du soin et de la santé mentale, le GHT²²⁷ (devenu GHU au 1^{er} janvier 2019) s'est doté d'un laboratoire interne d'appui aux transformations culturelles. Mandaté pour animer une démarche de création dédiée à l'hospitalité, le *lab-ah* – laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité – porte l'ambition que chacun participe à améliorer la qualité de son milieu et des dispositifs matériels au service du soin. Ce mode « laboratoire » mobilise les ressources du mouvement émergent du design d'innovation des politiques publiques et celles du développement culturel, appliquées à la psychiatrie parisienne²²⁸. On retiendra du premier recueil exploratoire d'une cinquantaine de témoignages et de réflexions que les professionnels comme les représentants d'usagers aspirent à voir émerger une fonction de laboratoire d'idées et d'initiatives susceptibles de ressourcer les concepts opératoires de la psychiatrie dans toute la France.

226 Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site internet en suivant le lien : <https://www.ghu-paris.fr/fr/le-lab-ah> et télécharger le rapport d'activité 2016-2020

227 Groupement hospitalier de territoire

228 Le *lab-ah* est cofondé par Carine Delanoë-Vieux, directrice de projets culturels, métier qu'elle exerce depuis une vingtaine d'années dans les hôpitaux publics et par Marie Coirié, designer, spécialisée dans le design de service, qui œuvre également depuis plusieurs années dans le champ du médico-social et du sanitaire.

Ainsi, prenant appui sur un vaste programme de chantiers prévus dans les 94 sites du GHU, fréquentés chaque année par 60 000 Parisiens présentant des troubles psychiques et psychiatriques, le *lab-ah* participe modestement de cette aspiration en mettant en œuvre, depuis 2016, des démarches de design et de développement culturel.

Les gens attendent aujourd'hui que l'on réponde à leur besoin de vivre des expériences qui ont du sens et qui traduisent un respect de leur intégrité physique, psychique, sociale et émotionnelle. Ces expériences sont reliées à une combinaison de produits, de services, d'espaces, d'informations qui implique tout le cadre de vie ainsi que la manière dont nous communiquons et nous partageons. À cet égard, le design, et particulièrement le design de service, apparaît comme la discipline par excellence pour revisiter l'ensemble des interfaces constitutives des expériences subjectives et sensorielles des usagers. Le *lab-ah* c'est le laboratoire d'innovation culturelle au service de la qualité des lieux et des liens, indissociables les uns des autres.

Le modèle de changement convoqué par le *lab-ah* s'apparente à celui de l'acupuncture. C'est-à-dire que l'enjeu pour chaque réalisation réside dans sa capacité à influencer sur la dynamique globale de l'organisation soit par son caractère exemplaire, soit par sa capacité à être dupliqué, soit par ses impacts sur les organisations et les pratiques, soit par sa valeur de transversalité. En effet, l'échelle de l'organisation ne permet pas d'imaginer qu'il soit saisi sur tous les sujets et dans tous les lieux. Pour autant, chaque service, chaque groupe d'usagers ou de professionnels doit pouvoir solliciter l'équipe pour l'accompagner dans sa recherche de solutions.

La philosophie générale de la démarche est basée sur la montée en capacité des individus, qu'ils soient professionnels ou usagers. Elle se traduit dans la méthode par la mise en œuvre de dispositifs collaboratifs au sein desquels les participants sont mis en situation de mobiliser leur créativité, leurs expériences et leur expertise.

Elle s'inscrit dans de multiples interactions avec le management stratégique, les équipes en charge des projets hospitaliers qui auront sollicité le laboratoire, les professionnels et les usagers concernés par le sujet, les partenaires externes et les prestataires. Progressivement, des « communautés de compétences et d'expériences » à géométrie variable, ouvertes à l'expertise expérientielle des patients et des familles, se constituent autour du laboratoire et confortent sa fonction de centre ressource.

Cependant, malgré la distinction entre les focales principales d'instauration artistique des trois projets culturels hospitaliers, de nombreuses lignes de force sont communes. En premier lieu, les trois structures internes traduisent la volonté de proposer à la communauté hospitalière un appui à la réflexivité, en créant les conditions d'une rencontre

avec des acteurs exogènes comme les artistes et les chercheurs en sciences sociales et humaines. Et ce, dans la perspective incertaine de déconstruire et de dépasser les pratiques d'hostilité tapies dans l'ombre des héritages culturels et des rapports de pouvoir. Il ne s'agit en aucun cas de considérer l'hôpital comme un terrain d'étude ou comme un espace de diffusion artistique mais bien de l'interpeller comme un acteur incontournable de la pensée contemporaine. Ces échanges de cultures, de regards, de savoirs, de savoir-faire font obstacle à la propension des communautés professionnelles de penser le soin entre experts et praticiens, comme ils permettent que la réflexion politique se nourrisse de leurs apports. Ensuite, le recours à la création en art et design est dans l'ADN de ces projets, ancrés dans une poétique de l'espoir, du vivre ensemble, de l'ouverture à la vulnérabilité d'autrui, en somme dans une philosophie de l'hospitalité. Car la création exerce une attention sans relâche aux usages de la vie quotidienne, à « de tout petits liens »²²⁹ magnifiés dans la qualité des formes sensibles qui rendent le monde concret habitable et qui le réenchangent. En outre, quelle que soit la focale, la fonction de médiation de ces microstructures est indéniable. Celles-ci sont les passeurs entre des mondes, entre des personnes, entre des métiers. Elles sont toujours les *drogmans* de la gouvernance de l'hôpital.

Enfin, ces structures intégrées se heurtent à des obstacles récurrents d'un hôpital à l'autre : des structures administratives inadaptées ; des protocoles de sécurité et d'hygiène comme alibis à la reproduction du même ; l'organisation des pouvoirs par territoires de compétences ; la faiblesse de la considération portée au point de vue de l'utilisateur ; l'exercice du pouvoir vertical. En outre, se jouent sur la scène institutionnelle la grande parade de la jalousie, de la prédation, du déni, de la peur, de la rivalité. Mais fort heureusement se joue également celle de la solidarité, de la confiance, du partage, de la collaboration, de l'admiration. La question se pose alors pour les structures culturelles/laboratoires intégrées de créer les conditions, même éphémères, de l'épanouissement des comportements de la deuxième catégorie. Ce sont ceux-là que notre anamnèse retiendra.

229 François LAPLANTINE, *op. cit.*

1. Les processus mémoriels comme trames du motif réflexif, les objets privés comme supports d'hospitalité

Cahier poïétique 1 : « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXe siècle »

*Couteaux, cartes et couture
Photographies, fils et fanions
Médillons, mouchoirs et monnaies
Plus jamais les fragrances
Leur discrète mémoire
Leurs émotions étranglées.
Elles gisent dans les ténèbres
De cercueils relégués.
Les choses d'avant
Les choses de l'être
Désormais sont closes
Livrant ces pauvres fous
Aux rives de non-lieux
Dénudés, asséchés, aliénés*

La Ferme du Vinatier a conçu une exposition et un programme culturel à partir de la découverte de 800 objets privés de patients ayant été hospitalisés au cours du XXème siècle. Elle a ouvert la voie à un questionnement pluriel sur le statut polymorphe de ces objets, porteurs d'un quotidien soudain revalorisé dans de nombreuses disciplines des sciences humaines et sociales. L'importance de l'objet ordinaire dans la construction de soi, ou bien comme médiateur des interactions sociales, révèle en négatif l'incongruité de la rupture radicale opérée entre la personne et ses objets familiers dans le cadre d'une prise en charge en psychiatrie. Car ces potentialités de l'objet quotidien, comme lieu d'investissement psychique et de lien avec les autres, en font potentiellement de bons auxiliaires à la relation de soins. Les objets privés des patients révèlent des enjeux historiques dans l'équilibre entre hostilité et hospitalité des établissements de soins. En mettant à jour la complexité des relations entre les hommes et leurs objets personnels, et en s'interrogeant sur la propension de l'institution à les évacuer, ce programme culturel interpelle

également les artistes et les designers qui souhaitent intervenir à l'hôpital. Car, c'est à partir de ce point d'indignation profonde provoquée par le phénomène de déprivation des objets privés des patients par l'hôpital que le designer concevra des objets en portant une attention particulière à leur qualité de dignité et de mise en liens.

La conduite créatrice de ce projet considère l'instauration artistique en tant que dispositif de compréhension, de controverse et de médiation des forces sociales, culturelles et symboliques susceptibles de mouvoir l'hôpital. Ce que nous avons nommé dans la problématique le « motif²³⁰ réflexif ».

Dans ce projet, *la Ferme du Vinatier* a métissé les catégories convenues du patrimoine, de l'art et du design. Elle invite chercheurs et artistes à pratiquer l'ethno-poétique, à déplacer les lignes de la méthodologie scientifique et du processus de création. Cette ligne de crête qui caractérise l'ensemble de la programmation de *la Ferme du Vinatier* s'enracine dans une posture d'un « design de la traductibilité » – entre les disciplines, les territoires, les publics, les catégories – qui nous semble être au cœur de la réflexivité à l'hôpital. Un motif qui s'anime dans des espaces médiatisés par les propositions artistiques et culturelles, portant un questionnement propre à la « muséologie de la rupture²³¹ ».

Ainsi, le motif réflexif « laisse pendre ses fils²³² » de l'histoire à la prospective, du patrimoine à la création contemporaine. Il s'inscrit dans ce que René Passeron appelle une « poïétique de la création continuée par modifications minimales²³³ ». En l'occurrence, l'objet personnel a cristallisé les dimensions constitutives de l'hospitalité des lieux de soins : le respect de l'intimité, l'effectivité de la dignité, l'auxiliaire des métamorphoses psychiques, le médiateur relationnel, le support de la mémoire individuelle et collective, la fée de l'atmosphère. Cependant, ces thématiques se sont trouvées « réfléchies », dans le double sens du terme, par les conduites créatrices, notamment dans la scénographie, qui ont opté pour le questionnement, le trouble, l'empathie, le décalage, la sublimation. En conséquence, ce que nous apprend cette étude poïétique c'est que l'instauration artistique est du côté de l'hospitalité dès lors qu'elle peut favoriser la réappropriation par les

230 *Motivus* désigne aussi en latin « ce qui meut »

231 Notion utilisée par Jacques HAINARD, ancien conservateur du musée d'ethnographie de Neuchâtel. Jacques HAINARD, « Le musée, cette obsession », *Revue Terrain, anthropologie et sciences humaines*, n°4, open édition, 1985.

232 Tim INGOLD, *op. cit.*

233 René PASSERON, *Pour une philosophie de la création*, Éditions Klincksieck, Paris, 1989, p. 71.

sujets de leurs mouvements psychiques grâce aux objets miroirs, de leurs histoires grâce aux objets mémoires, de leur dignité grâce aux objets identité, de leurs relations grâce aux objets affectés.

Cette initiative est à l'intersection de démarches réflexives dans le champ des sciences humaines et sociales et de créations photographique et scénographique. Son caractère polymorphe et pluridisciplinaire s'inscrit dans le cadre de l'ingénierie d'un projet culturel plus large, *la Ferme du Vinatier*. C'est au titre de fondatrice et responsable de cette structure culturelle intégrée à l'hôpital Le Vinatier que l'auteure a pleinement assuré, en collaboration avec un conseil scientifique, la fonction de commissariat et de coordination de l'exposition publique « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle ». Notre analyse se concentre sur les contributeurs les plus actifs du projet : l'historienne, l'ethnologue, le psychiatre, le photographe et le scénographe.

Un hôpital psychiatrique prisonnier de son histoire : de la nécessité d'une anamnèse

Le Centre hospitalier Le Vinatier est un établissement sanitaire de psychiatrie issu de la loi de 1838 faisant obligation à tous les départements de se doter d'un asile d'aliénés ou de traiter avec un département voisin ou un établissement privé. Inauguré en 1876, l'hôpital a évolué au rythme des bruits et de la fureur de l'histoire du XXème siècle. De l'île aux fous à l'archipel, du renfermement à la psychiatrie communautaire, de l'internement à la réhabilitation psychosociale, son histoire est ponctuée d'événements dramatiques et de victoires sociales et thérapeutiques en lien avec les soubresauts de l'ensemble de la société.

Deuxième établissement public de santé mentale en France, Le Vinatier s'étend dans les années 1990 sur un territoire de 75 hectares, gère 700 lits d'hospitalisation et 2 800 personnels. Sa file active est de 22 000 patients qui fréquentent 12 services de psychiatrie adulte et 5 services de psychiatrie infanto-juvénile. Plus de 70 structures extra-muros sont rattachées aux services de secteur. Il accueille 6 services hospitalo-universitaires, un institut de formation des soins infirmiers et un institut de formation des cadres de santé.

En 1997, un nouveau directeur est nommé à la tête de l'établissement avec mission de le moderniser. S'ouvrir sur la ville, lutter contre la stigmatisation de ses usagers, révolutionner les systèmes de gestion, faire évoluer les cultures professionnelles, tourner le regard vers l'avenir, telles étaient les préoccupations de la nouvelle direction. C'est au regard de sa conviction quant à l'importance de l'histoire dans la constitution d'une culture d'établissement, mais aussi de l'injonction reçue de détruire ou réaffecter les

anciens bâtiments de la ferme agricole de l'hôpital, que le directeur a pris en considération ce qui, à l'époque, était une candidature spontanée sur un poste de « chef de projet culturel » qui n'existait ni dans la nomenclature ni dans la réalité hospitalière.

C'est ainsi qu'au terme d'une immersion d'un semestre et d'un nombre important d'entretiens menés auprès des professionnels et des partenaires de l'hôpital, *la Ferme du Vinatier* est née en tant que structure culturelle intégrée à l'établissement.

Les objectifs de ce projet culturel ont été énoncés de la manière suivante : rendre intelligible l'univers de la maladie mentale et de la psychiatrie afin de combattre les préjugés ; impliquer les personnes malades dans de véritables dispositifs de création afin de les révéler à eux-mêmes et aux autres ; fluidifier les relations entre l'hôpital et la cité par de nombreux partenariats ; animer un espace culturel médiateur entre tous types d'acteurs ; animer un espace réflexif pour accompagner les questions fondamentales qui sous-tendent le changement à l'hôpital.

Pour autant, la préoccupation patrimoniale est à l'origine de la création de la Ferme. C'est la volonté de préserver les bâtiments de l'ancienne ferme agricole, symbole d'un fonctionnement révolu, qui a conduit la direction de l'établissement à s'interroger sur la création d'un espace pour accueillir les traces réelles et symboliques de l'histoire de l'institution. L'étude qualitative menée auprès des personnels révélait de fait une relation à l'histoire institutionnelle passablement pathogène. Ayant fait valoir l'importance d'engager un travail d'anamnèse collective, *la Ferme du Vinatier* s'est donnée comme premier chantier de retisser les fils de cette histoire, d'en interroger les témoins (objets et sujets) et de construire un récit à plusieurs voix pour restituer ce passé à la communauté hospitalière.

Pour mener à bien cette mission délicate, la Ferme s'est dotée dès le départ d'un conseil scientifique pluridisciplinaire rassemblant des psychiatres, des historiens, des anthropologues et des sociologues. Il s'agissait en priorité de recomposer avec les acteurs de l'hôpital une histoire confite dans des légendes et des figures locales et de construire les conditions de transmission de cette histoire revivifiée au-delà du cercle de la psychiatrie. Depuis 1997, ce Conseil scientifique pluridisciplinaire, stable et actif, accompagne le programme de recherche et définit les contenus des expositions. Très tôt, il a été évident pour ses membres que le travail de patrimonialisation devait porter sur l'ensemble des dimensions de la vie à l'hôpital, et singulièrement sur la vie quotidienne, et pas seulement sur les savoirs élaborés par la communauté psychiatrique et ses héros.

Les deux premières années ont été consacrées à la réalisation d'un inventaire mobilier qui a trouvé rapidement ses limites, peu d'objets ayant été conservés. L'outil de travail de la psychiatrie étant plus humain que technique, nos efforts se sont alors concentrés sur le recueil de la mémoire des personnels à la retraite ou en activité. Entretiens et « groupes-mémoires » ont alimenté un journal, *Brèves de mémoire*, mais aussi la première exposition publique sur l'histoire de l'institution « Sept propos sur le septième ange²³⁴, une histoire du Vinatier ». Cette exposition a été ouverte au public de novembre 1999 à septembre 2000. Elle s'est attachée à mettre en lumière les modèles successifs d'organisation de la politique en santé mentale et de l'hôpital psychiatrique au regard des évolutions de l'histoire collective.



Illustration 14 : Affiche de l'exposition « 7 propos sur le 7ème ange »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Cette première exposition a accueilli plus de 5000 visiteurs, dont les deux tiers étaient extérieurs à l'hôpital. Pour la première fois, l'hôpital du Vinatier se présentait aux habitants de Lyon. Un cycle de colloques intitulé « Tumulte et silences de la psychiatrie », dont les actes ont été publiés, l'a accompagnée. Cette première expérience d'une démarche patrimoniale et mémorielle comme construction d'un espace public de controverse mais

234 Hommage à un ouvrage de Michel FOUCAULT, *Sept propos sur le septième ange*, Fata Morgana, 1986.

aussi de restauration d'une histoire collective s'est révélée fructueuse et prometteuse. Elle a définitivement installé *la Ferme du Vinatier* dans le paysage de l'hôpital et des équipements culturels du territoire.

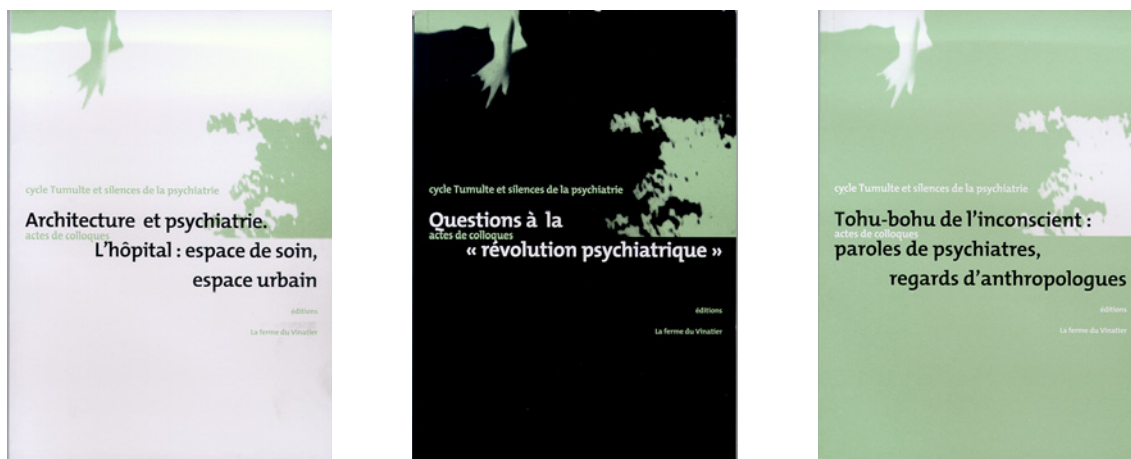


Illustration 15 : Couvertures des actes du colloque « Tumulte et silences de la psychiatrie »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

La commande du Centre hospitalier Le Vinatier : du patrimoine à la mémoire

Quand les objets des patients deviennent sujets

Pour reconnaître un autre être humain, il ne suffit pas de partager avec lui des concepts ou des valeurs à l'aide du langage. Il faut aussi trouver le chemin d'une communauté de sensations, d'émotions, d'états du corps, et d'images. Or, sur ce chemin, les objets du passé nous aident grandement en nous permettant de nous représenter cela²³⁵.

Cette citation de Serge Tisseron éclaire les raisons qui ont conduit *la Ferme du Vinatier* à faire œuvre de patrimonialisation de 800 objets de patients conservés par l'hôpital depuis le début du XX^{ème} siècle.

235 Serge TISSERON, « Nos objets quotidiens, de l'identité à la mémoire. » in FILIOD Jean-Paul (coord.), *Faire avec l'objet. Signifier, appartenir, rencontrer. Une réalisation Ferme du Vinatier*, Chronique sociale, 2003, p. 14-23, ici p. 23.

Grâce à la première exposition de *la Ferme du Vinatier*, un agent administratif consciencieux de la direction des services économiques prend l'initiative en 1999 de nous contacter lorsqu'il découvre le contenu de la cave du bâtiment de l'économat, condamné à finir à la benne en raison de travaux programmés. Nous préemptons une cinquantaine de boîtes en bois, certainement fabriquées en leur temps par les services techniques de l'hôpital, chacune numérotée à la peinture rouge. Dans chaque boîte plusieurs pochettes en tissu cousues par les patientes de l'hôpital dans l'atelier d'ergothérapie de la lingerie sont conservées.



Illustration 16 : Les boîtes de rangement des objets des patients dans le sous-sol de l'économat

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

En les ouvrant, nous trouvons des canifs, des montres, des papiers d'identité, des cartes d'électeur, des cartes de syndicaliste, des rasoirs, des briquets, des clés, des boutons, des médaillons, des portefeuilles, des portemonnaies, des photographies, des peignes et des brosses, des parfums, des courriers, des stylos, des tabatières, des porte-cigarettes, des ciseaux, des colliers, des médailles, des timbres, des bagues, des boucles d'oreilles, des lunettes... et tant d'autres objets dont nos sacs et nos poches sont remplis, témoins de nos existences ordinaires.

Notre devenions alors responsables d'un patrimoine banal et singulier à la fois : 800 objets privés ayant appartenu à des malades hospitalisés entre 1920 et 1980, versés à la réserve patrimoniale de *la Ferme du Vinatier*.

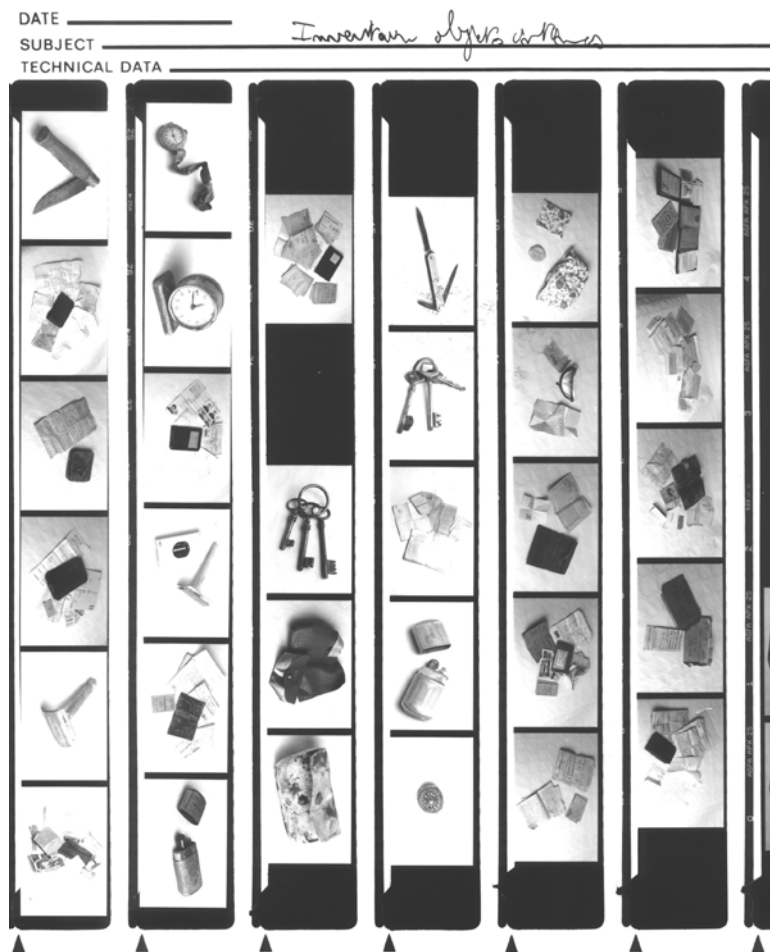


Illustration 17 : Inventaire photographique des objets

© Maurice, La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Au regard du contexte qui a érigé l’anamnèse en priorité culturelle pour l’établissement, les ressources de l’anthropologie et de la micro-histoire, en tant que discours sur la vie quotidienne des malades et des personnels, se sont révélées les plus adaptées à la recomposition d’un récit débarrassé de ses oripeaux glorificateurs. La démarche mémorielle est à cet égard de plus en plus prégnante dans les stratégies de collecte et de valorisation patrimoniale des hôpitaux. Car le patrimoine est considéré dès lors non plus pour lui-même mais en tant qu’il renvoie au contexte social des représentations de la maladie mentale. Il est porteur d’une mémoire des hospitaliers, des patients et des trajectoires de tous ceux qui ont été engagés corporellement et subjectivement dans ces lieux et dans ces temporalités.

Cette découverte offrait donc au conseil scientifique une incroyable opportunité de s'intéresser à la catégorie somme toute la plus silencieuse de l'institution : les malades. Et c'est ainsi que les objets privés des patients sont devenus un sujet...

Objets inanimés, avez-vous donc une âme ?

Le conseil scientifique a appréhendé la valeur testimoniale de ces objets en posant trois questions qui ont alimenté l'exposition « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle » programmée en 2002 à *la Ferme du Vinatier*.

- ♦ Que disent ces objets de la trajectoire et de l'humanité ordinaire de malades dont la seule trace reste leur passage à l'hôpital psychiatrique ?
- ♦ Que révèlent ces objets des pratiques de l'institution dans son rapport au droit et à la sphère privée des malades ?
- ♦ Quels sont les artefacts proposés par l'hôpital psychiatrique en lieu et place des univers sociaux de la vie ordinaire révélés par les objets et comment les qualifier ?

Ces questionnements ont été au fondement de la commande qui a présidé au choix des dispositifs de fond et de forme de l'exposition et de son programme culturel. Ils ont été posés dans une perspective humaniste, visant à rendre intelligible la dialectique entre hostilité et hospitalité, activée dans celle de l'indifférence et de l'empathie.

L'exposition devait révéler l'appartenance des personnes hospitalisées à de nombreuses sphères sociales, citoyennes, affectives et économiques de manière à mettre en échec toute tentative de les réduire à leur pathologie et à leur statut de malade mental. Dans le même temps, on espérait de la banalité de ces objets qu'ils suscitent l'empathie du visiteur en éveillant sa conscience sur l'humanité ordinaire de leurs propriétaires, si proche de notre « singularité quelconque²³⁶ ». Cette universalité du quelconque nous renvoie à une émotion commune liée au sentiment de la perte, de la disparition.

En outre, l'existence même de ce dépôt d'objets laissait présumer la série d'interdictions et de limitations que l'hôpital impose à leurs dépositaires. Alors que la psychanalyse et la psychologie reconnaissent depuis longtemps les objets personnels dans leur rôle de passeur, de socialisation et de réceptacle d'investissement psychique, l'hôpital ne lui donne pas droit de cité. L'exposition avait à déplier ce paradoxe pour en comprendre les raisons et les apories.

236 Giorgio AGAMBEN, *La Communauté qui vient : théorie de la singularité quelconque*, Éditions du seuil, 1990.

L'ethnologue, l'historienne, le psychiatre, le photographe et le scénographe

L'élaboration du scénario de l'exposition, du programme du cycle de conférences et des contenus de la publication, ont été pilotés par les membres du conseil scientifique de *la Ferme du Vinatier*²³⁷, sous la présidence du Professeur Jacques Hochmann, pédopsychiatre émérite, et coordonné par l'auteure.

Le commissariat scientifique de l'exposition a été confiée à deux des membres du conseil scientifique : Isabelle von Bueltzingsloewen, enseignante-chercheuse en histoire contemporaine à l'Université Lumière Lyon 2, spécialiste de l'histoire de la santé et de la psychiatrie, et Jean-Paul Filiod, enseignant-chercheur à l'IUFM de Lyon, ethnologue, spécialiste de l'univers domestique et de l'éducation.

Une mission photographique, relative aux lieux de l'hôpital répondant aux mêmes fonctions que les univers sociaux de la cité, a été confiée au photographe professionnel Hervé Hugues. Mais le travail le plus important a été réalisé par l'artiste et scénographe Jean-Pierre Zaugg, scénographe attitré pendant une vingtaine d'années du musée d'ethnographie de Neuchâtel, qui a conçu et assuré la maîtrise d'œuvre de la mise en espace de cette exposition.

237 Les titres des membres du conseil scientifique sont ceux de 1997. Le conseil scientifique était alors composé de Jacques Bonniel, sociologue et doyen de la faculté de sociologie et d'anthropologie de l'Université Lumière Lyon 2 ; Paul Broussolle, psychiatre au CH Le Vinatier ; Olivier Faure, professeur d'histoire contemporaine et directeur du laboratoire EMS (Enfermement, marges et société), Université Lyon III ; Jean Paul Filiod, ethnologue et maître de conférence à l'IUFM de Lyon ; Jean Furtos, psychiatre au CH Le Vinatier, co-fondateur de l'ORSPERE (Observatoire santé mentale, précarité et vulnérabilité) ; Michel Gillet, psychiatre émérite du CH Le Vinatier ; Natalie Giloux, psychiatre et chef de service des urgences psychiatriques au CH Le Vinatier ; Jean Guyotat, professeur de psychiatrie émérite, fondateur du premier service universitaire du CH Le Vinatier ; Gilles Herreros, sociologue des organisations et MCF à l'Université Lumière Lyon 2 ; François Laplantine, anthropologue, professeur et directeur du CREA (centre de recherche en anthropologie) à l'Université Lumière Lyon 2 ; Hervé Rouillet, médiateur culturel de la Ferme du Vinatier ; Jacques Poisat, directeur d'hôpital et MCF à l'Université Jean-Monnet de Saint-Etienne ; François Portet, conseiller à l'ethnologie de la DRAC Rhône-Alpes ; Geneviève Roberton, cadre de santé ; Jean-Paul Ségade, directeur général du CH Le Vinatier ; Isabelle von Bueltzingsloewen, MCF en histoire contemporaine à l'Université Lumière Lyon 2, chercheuse au LAHRA (Laboratoire en histoire de Rhône-Alpes – CNRS).

Architecture du dispositif de l'exposition : donner à voir, donner à réfléchir, donner à ressentir

Le titre

« ... avez-vous donc une âme ? objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle » est le titre de l'exposition. Ce titre est un hommage à Alphonse de Lamartine et une invitation, sous forme de connivence, à compléter le vers par le lecteur de l'affiche. Voici le poème complet :

Milly ou la terre natale (I)

*Pourquoi le prononcer ce nom de la patrie ?
Dans son brillant exil mon cœur en a frémi ;
Il résonne de loin dans mon âme attendrie,
Comme les pas connus ou la voix d'un ami.
Montagnes que voilait le brouillard de l'automne,
Vallons que tapissait le givre du matin,
Saules dont l'émondeur effeuillait la couronne,
Vieilles tours que le soir dorait dans le lointain,
Murs noircis par les ans, coteaux, sentier rapide,
Fontaine où les pasteurs accroupis tour à tour
Attendaient goutte à goutte une eau rare et limpide,
Et, leur urne à la main, s'entretenaient du jour,
Chaumière où du foyer étincelait la flamme,
Toit que le pèlerin aimait à voir fumer,
Objets inanimés, avez-vous donc une âme
Qui s'attache à notre âme et la force d'aimer ?...*

Le poète met en exergue comment les objets inanimés sont investis par le souvenir et les émotions qui s'y rattachent dans une situation d'exil, donc d'éloignement de l'environnement familial. Sans doute, le contexte du poème est bien différent de celui de l'hôpital psychiatrique. Pour autant, on peut considérer l'hospitalisation comme un exil de la société, un retrait de la communauté sociale. Plus encore, la folie est une forme d'exil du sujet à lui-même, une aliénation. Or, le propos de l'exposition consiste à interroger les objets personnels des malades hospitalisés en psychiatrie comme supports de mémoire, de subjectivation et de socialisation... et comme le dit le poète, porteurs d'une « âme qui s'attache à notre âme et la force d'aimer ». Le vers incomplet a pour dessein de révéler à chacun qu'il est dépositaire de cette vérité que le poète a rendu universelle.

La seconde partie du titre, plus classique dans la norme académique, situe le propos dans le temps et dans l'espace. Elle énonce le sujet de l'exposition en reliant deux entités rarement rapprochées et en conséquence mises en tension : les objets privés et l'hôpital psychiatrique.

Le visuel

Ce visuel met en scène les objets personnels identifiés comme des entrées dans les mondes sociaux identifiés par l'ethnologue Jean-Paul Filiod. Les graphistes (l'agence lyonnaise Plan Fixe) réinterprètent le propos de l'exposition dans une perspective communicationnelle.



Illustration 18 : Affiche de l'exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Le visuel est organisé en trois niveaux superposés : le texte, les lunettes et leur boîtier, les objets. Le titre est séparé en deux, le vers tronqué de Lamartine figure en gros caractères et le sous-titre informationnel en petits caractères, à peine lisibles. Le vers tronqué est lui-même coupé en trois : « avez-vous » qui interpelle directement le spectateur ; « donc » qui installe une évidence ; « une âme ? » qui met le spectateur au défi d'apporter la preuve de son « âme », de faire preuve de « grandeur d'âme ». Avant même qu'il ait découvert l'exposition, le spectateur est donc incité à montrer de l'empathie. Cette première clé d'accès à l'information invite non seulement le spectateur à une connivence

ludique dans lequel il doit trouver la première partie du vers, mais aussi à une rêverie interrogative que ne manquera pas de susciter la mention de l'âme. Le sous-titre vise à apporter une précision à la question contenue dans la rêverie.

La couleur bleue se couche en aplat sur l'ensemble du visuel, comme une nuit qui tombe. Un choix en contradiction avec les contraintes de lisibilité qui appellent un fond clair pour un lettrage noir. Mais qui résonne avec la scénographie pour installer une ambiance crépusculaire, moment où se mêlent rêve et réalité, monde des morts et monde des vivants, « entre chien et loup ». Ce pourrait être une invitation à regarder ces objets d'une si grande banalité avec la tremblante incertitude du cœur plutôt qu'avec les yeux et la clarté de la raison.

Regarder ? ce à quoi sert l'objet qui se trouve au deuxième plan de l'image - derrière le texte, une paire de lunettes posée dans son étui ouvert. Démesurés par rapport aux autres objets qu'elle cache en partie, la paire de lunettes et son boîtier sont en négatif. Cette découpe noire ne permet pas de les singulariser. Les montures sont-elles en plastique, en argent, en corne ? Sont-elles oranges ou noires ... ? s'il s'agit bien de regarder c'est en chaussant les lunettes de l'universalité. Il s'agit de regarder le regardeur, absent mais présent dans son objet.

Cette iconographie surdimensionnée dans l'image attire l'attention sur les objets du 3ème plan qui sont, eux, sous-dimensionnés et partiellement cachés par et au regard inquisiteur de ces si grandes lunettes. Car ceux-là révèlent une vie quotidienne tellement ordinaire qu'elle relève de l'intime, de l'indicible, du presque rien. Si l'on chausse ses lunettes pour les regarder de près, on voit un rasoir, une boîte à bijoux ouverte et déversant ses trésors, un dentier, une mèche de cheveux, un stylo plume, une croix, un médaillon, un réveil, une boîte à bonbons « Mental » (joli clin d'œil à la vocation de l'établissement), des clés avec étiquette, un portefeuille et des photos, une chaîne avec sa plaque d'identité militaire, des ciseaux, une boîte à boutons, un briquet à mèche, un couteau suisse gravé Toulon, un fume-cigarette, du papier à rouler, une chaîne, un médaillon religieux, un rasoir. Bref, tout un ensemble empreint de nos gestes les plus quotidiens et les plus intimes.



Illustration 19 : Inventaire photographique des objets des patients

© Maurice, La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Des seuils et des linéaires

En 2003, un unique portail permettait l'accès à l'hôpital du Vinatier. Son emplacement est le même depuis l'ouverture de l'hôpital en 1876. L'entrée principale est située sur le boulevard Pinel, nom du grand aliéniste qui, selon le mythe, a libéré les aliénés du « grand renfermement » pour les inscrire dans le champ de la science. Celui-ci fait la séparation entre la commune de Lyon et la commune de Bron. Le mur en pisé qui longe cette avenue et sépare l'hôpital de la ville matérialise donc une double frontière. Du point de vue urbanistique, entre la grande ville et la banlieue, du point de vue anthropologique, entre la raison et la folie. Nul hasard dans ce recouvrement de seuils. Pendant le XIX^{ème} siècle, les asiles d'aliénés ont été construits à l'extérieur des villes, conformément au cahier des charges élaboré par le Dr Esquirol, l'architecture et le paysage constituant, à l'époque, les seules ressources thérapeutiques. Aussi, l'éloignement des aliénés de l'agitation et de la densité des villes jugées pathogènes faisait partie de la stratégie de traitement de la folie des aliénistes fondateurs. Pour autant, le critère de police a incontestablement pesé dans la décision. Le XIX^{ème} siècle a éloigné de la ville toutes les activités et les populations susceptibles de provoquer du désordre ou relevant d'une symbolique de la mort : les prisons, les abattoirs, les asiles d'aliénés, les cimetières...



Illustration 20 : Cartes postales et photographies de l'entrée de l'hôpital du Vinatier

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Jusqu'en 2003, une seule ligne de bus, la ligne 28, reliait le centre-ville de Lyon (Gare Saint-Paul) à l'hôpital du Vinatier. L'arrêt se trouvait juste à côté de l'entrée de l'hôpital et portait son nom. Cette ligne était connue par les Lyonnais, justement par le fait qu'elle transportait quotidiennement des personnes soignées à l'hôpital psychiatrique. Aussi, pour les visiteurs de l'exposition qui n'étaient pas véhiculés, le plus simple était de partager ce temps de transport avec les usagers de l'hôpital et de descendre à l'arrêt du Vinatier. Au demeurant, *La Ferme du Vinatier* a accueilli en 1999 un documentariste, Patrick Viron, pour une résidence de deux ans. Celui-ci a réalisé un film avec plusieurs patients sous forme d'ateliers hebdomadaires sur le thème du lien entre l'hôpital et la ville. Ce documentaire s'intitule « La ligne 28 : de l'hôpital à la ville » et rend compte des expériences, des peurs, de la honte, de la stigmatisation et des espoirs des 7 patients qui en sont devenus les personnages. Il a été diffusé sur France 3.

Il est également possible, depuis 2001, pour se rendre à *la Ferme du Vinatier* de prendre le tramway T2. Mais son arrêt se situe sur l'avenue Franklin Roosevelt. À l'époque, il n'existait pas d'entrée de ce côté. La mise en place de grilles à la place du mur en pierres à bossage qui refermait le site du Vinatier est une proposition qui a été faite par

l'architecte-designer Bruno Dumetier « pour que tout le monde profite de la vue sur les beaux arbres du parc du Vinatier ». Pour des raisons d'emprise au sol de la plateforme du tramway, il était nécessaire de démolir le mur existant. Cette décision a été difficile à faire accepter à la direction du Vinatier. Après de longues discussions, le maître d'œuvre a proposé des dispositifs différents sur tout le linéaire pour que les patients du Vinatier ne soient pas gênés par le regard des passants. En dessinant cette grille, l'architecte voulait donner un autre message qu'une grille qui enferme. Il a donc proposé une grille en fonte d'aluminium qui a fait beaucoup parler d'elle (enthousiasme ou rejet). Elle sert aujourd'hui de cimaises à des expositions de la Ville de Bron ou de *la Ferme du Vinatier*. Pour autant, représentons-nous que l'hôpital couvre une superficie de 67 hectares et que l'obligation de faire le tour par le boulevard Pinel pour atteindre l'entrée de l'hôpital, puis refaire des kilomètres à l'intérieur pour atteindre les bâtiments d'hospitalisation représente un effort important pour les usagers comme pour les visiteurs. *La Ferme du Vinatier* s'est battue pour obtenir une ouverture côté tramway, non seulement pour ses publics mais aussi et surtout pour les patients et leur famille. Accès qui a finalement été ouvert dans le cadre du Projet d'urbanisme et de paysage conçu en 2007 et grâce à l'arrivée sur le site, à côté de *la Ferme du Vinatier*, du Centre de formation des musiciens intervenants de l'Université Lyon 2... mais cela est une autre histoire. Quoiqu'il en soit, l'accès en voiture était le moyen de transport le plus facile nonobstant les nombreux embouteillages qui encombrèrent généralement les accès routiers circonvoisins.

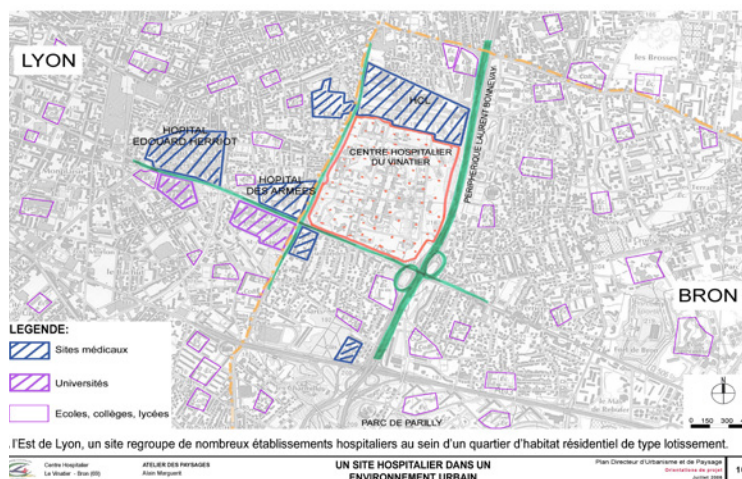


Illustration 21 : Planche extraite du Plan d'urbanisme et de paysage

© Atelier du paysage, Centre hospitalier Le Vinatier

Une fois arrivé à l'entrée de l'hôpital, il faut encore parcourir une large avenue bordée de marronniers (malades) jusqu'à la chapelle qui en constitue le point de perspective. Puis, il faut tourner sur la droite et longer les bâtiments de l'ancienne ferme agricole de l'hôpital. Quand vous trouvez les chèvres à votre gauche, vous êtes arrivé, *la Ferme du Vinatier* est en face. Vous suivez le chemin de stabilisé qui longe une grande cour de gravier, vous passez sous l'appenti de charpente étreinte par une vigne et vous trouvez l'entrée sur la terrasse. Là, vous entrez dans un espace hybride - culturel et hospitalier, public et privé. Il reste à se présenter à l'accueil, vitré et lumineux, pour atteindre sur la droite la salle d'exposition plongée dans la pénombre.



Illustration 22 : Photographies de l'allée principale de l'hôpital du Vinatier

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Ainsi se présentaient les explications champêtres qu'il fallait donner aux courageux visiteurs piétons. Cependant, par beau temps, la balade était belle et participait du dépaysement général. On imagine que ce cheminement de la ville à la banlieue, de la banlieue à l'hôpital psychiatrique et de l'hôpital au centre culturel, pouvait mettre les publics extérieurs, les Lyonnais en particulier dans une situation de curiosité et d'intérêt de ce qu'ils allaient découvrir. Ils devaient cependant faire preuve d'une certaine détermination pour atteindre l'exposition « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle ».

Les publics extérieurs à l'hôpital ont en effet quatre seuils à franchir depuis leur milieu familial urbain jusqu'à l'espace d'exposition : le seuil entre la ville-centre et la commune de première couronne matérialisé par un boulevard ; le seuil entre le boulevard urbain et le parc de l'hôpital matérialisé par une entrée dotée d'une guérite et d'une barrière de sécurité pour les voitures ; le seuil entre le parc de l'hôpital et le centre culturel de *la*

Ferme du Vinatier matérialisé par une cour de gravier, une terrasse et une porte vitrée ; le seuil entre *la Ferme du Vinatier* et l'espace d'exposition médiatisé par le hall d'accueil. Or, comme l'a dit Porphyre dans l'ancre des nymphes « un seuil est une chose sacrée ». La traversée de ces seuils joue donc un rôle dans l'expérience de découverte de l'exposition car elle emmène la personne dans cet « horrible en dedans-en dehors qu'est le vrai espace », selon le poète Henri Michaux²³⁸. Nous verrons en effet combien la scénographie de l'exposition trouble la dialectique du dedans-dehors, renversant et échangeant l'imaginaire qui lui est attaché.

Imaginons les effets d'étrangeté successifs pour ceux qui découvrent ces lieux, depuis leur environnement familier d'habitation jusqu'à l'exposition. Étrangeté que nous supposons paradoxalement amplifiée par la découverte d'un autre environnement familier, les objets quotidiens de tous, alors que le visiteur a traversé des seuils qui doivent logiquement le conduire à un ailleurs. Un environnement familier dont il faut cependant souligner le décalage car les objets, bien qu'ordinaires, sont issus d'un autre temps et désactivés dans le contexte de l'exposition.

En référence à « la vallée de l'étrange », théorisée par Masahiro Mori²³⁹, nous posons l'hypothèse que ce cheminement d'un univers véritablement familier à celui de l'exposition, dont la familiarité est supportée par des artefacts reconnaissables mais décalés, explique le sentiment de malaise, voire de colère, que certains visiteurs ont exprimé dans le Livre d'or.

238 Les deux citations de Porphyre et d'Henri Michaux sont tirées de l'ouvrage : Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace*, Presses universitaires de France, 2012 (1957), p. 200 et 195.

239 Masahiro Mori pose l'hypothèse que c'est le léger décalage d'un robot-prothèse conçu selon les règles de l'anthropomorphisme qui crée un sentiment d'inquiétante étrangeté. Plus l'artefact est familier et plus le détail qui le ramène à sa véritable nature le fait tomber dans le creux de la vallée de l'étrangeté. Karl F. MACDORMAN, « La Vallée de l'Étrange de Mori Masahiro. Importance et impact sur l'esthétique et la conception des robots », *Revue e-Phaistos*, VII-2, 2019.

L'exposition : objets et univers sociaux

Puisque le dispositif culturel trouve son origine dans le fonds patrimonial constitué par 800 objets de patients, la première initiative a été de procéder à un inventaire photographique et descriptif de ces objets, rangés dans des enveloppes et regroupés dans des casiers numérotés. L'inventaire a fait émerger les objets les plus communs (portefeuilles, couteaux) mais aussi des objets uniques (un préservatif, une pompe à vélo).



Illustration 23 : Inventaire photographique des objets des patients

© Maurice, La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

À partir de cet inventaire, Jean-Paul Filiod, ethnologue et co-commissaire scientifique de l'exposition, a été invité à « faire parler » ces objets. Se laissant porter par une écriture d'inspiration littéraire et poétique, il fait émerger les mondes sociaux auxquels ces objets renvoient (la carte d'identité parle de la citoyenneté, le coffret à bijoux évoque la parure du corps...). Cinq univers se sont révélés : la famille, la sociabilité, l'administration, le travail, le corps.

Nous avons cherché, pour chacun des univers, un équivalent dans les lieux de l'hôpital. Ainsi, le photographe Hervé Hugues a arpenté l'hôpital avec comme seule boussole les cinq univers émergés du fonds d'objets privés des patients.

Isabelle von Buelzingsloewen, historienne, a quant à elle mené l'enquête. Elle a consulté les registres d'entrée de l'hôpital et les dossiers médicaux de quelques-uns des patients propriétaires des objets dont le numéro de matricule était inscrit sur les pochettes en tissu. À partir des informations collectées, elle a rédigé des notices individuelles²⁴⁰ réparties chronologiquement. Celles-ci tirent des lignes de vie qui contribuent à faire exister l'absent, non seulement à travers les objets mais aussi à travers la restitution de son parcours singulier.

Au regard de l'historienne, il est apparu essentiel d'ajouter celui du psychiatre. Michel Gillet à son tour a rédigé des commentaires à partir des dossiers médicaux de deux des malades dont la notice biographique avait été établie.

L'historienne a également aidé l'équipe opérationnelle de *la Ferme du Vinatier* à identifier et rassembler les textes réglementaires qui régissent la gestion des objets des patients depuis les années 1930. Ce corpus était essentiel pour comprendre le dispositif de retrait des objets des patients par l'institution, non seulement du point de vue du droit de la personne mais aussi des devoirs de l'institution (garantir ces objets contre le vol, la perte, etc.).

Des entretiens ont été menés avec les personnels administratifs chargés de la gestion des objets des patients (Bureau des entrées, Trésor public, Urgences, Services économique et logistique) pour en saisir toutes les subtilités dans la mise en pratique. Ils ont fait l'objet d'un montage sonore. Au-delà des règles et des protocoles, la vie quotidienne de l'institution se trame autour de mille et une situations concrètes autour des objets.

240 Pour lire les notices individuelles, suivre le lien :
<https://docs.google.com/document/d/1TST9Es5Mnow8rCWqcEgHPQztWWfynm2z>

Les relations entre les soignants et les soignés sont mises en mouvement par des objets qui troublent les lignes de partage entre privé et public, entre interdit et autorisation, entre fonctionnalité et affectivité. C'est pourquoi, des entretiens ont été conduits auprès de personnels soignants afin de recueillir le récit de ces situations réelles qui rendent compte, dans leur subtilité, de la place de l'objet privé à l'hôpital.

La scénographie : formes et sens

Nous nous attachons ici à la formalisation des intentions du conseil scientifique par le scénographe Jean-Pierre Zaugg, attaché depuis 1984 au Musée d'ethnologie de Neuchâtel et partie prenante de la théorie portée par son conservateur, Jacques Hainard, de la « rupture muséographique ». Cette dernière se fonde notamment sur une critique pleine d'ironie et d'humour de l'usage des objets par les musées, particulièrement des objets ethnologiques, et s'interroge sur la transformation de leurs statuts. Malheureusement, Jean-Pierre Zaugg est décédé en 2012.

Une organisation spatiale cruciforme

L'exposition est organisée selon une trame à double entrée. Une entrée peut être nommée horizontale et l'autre verticale.

L'entrée horizontale est constituée de trois segments symboliques : l'intime (les boîtes/les objets), le collectif (le social/les mondes), l'institution (l'hôpital). Cette idée est à mettre en parallèle avec celle de Serge Tisseron selon laquelle :

les objets constituent autour de nous des sortes de cercles concentriques qui sont comme autant d'enveloppes successives à travers lesquelles notre identité s'élargit vers le monde, un peu comme les pelures d'oignons. Ces cercles d'objets vont de ce qui nous est le moins partageable (ce sont les objets de l'intimité dont font partie nos prothèses et certains objets dont nous nous sentons émotionnellement très proches) jusqu'aux espaces les plus sociables et donc les plus partageables. Ces cercles d'objets constituent en quelque sorte les enveloppes de l'identité de chacun²⁴¹.

241 Serge TISSERON, *op. cit.*, p. 15.

Les objets ne sont pas pensés dans leur unicité mais comme un élément d'un système, véritable auxiliaire de l'individuation d'un sujet, tant dans la constitution de ses appartenances que dans les liens et le commun avec le monde extérieur.

L'intime prend corps dans 51 boîtes alignées le long d'un mur de dix mètres, exposant les 800 objets personnels ayant appartenu à ces personnes hospitalisées. Cette présentation sérielle est scandée par cinq notices biographiques restituant le parcours singulier des propriétaires desdits objets. Ces notices sont imprimées au même format que les miroirs qu'elles intercalent et installées au-dessus des boîtes. Le collectif s'incarne dans la reconstitution de cinq espaces communs renvoyant aux cinq thématiques de la trame verticale que l'on appellera les maison-mondes. Enfin, l'institution est représentée sur le mur du fond des maison-mondes par des grandes photographies des espaces institutionnels de même fonction que ladite maison et par les témoignages sonores des personnels et des patients.

La photographie d'une chambre d'isolement, lieu déserté de tous objets personnels, est installée dans la perspective de l'entrée au bout du couloir de circulation entre « l'intime » et le « collectif ».

L'entrée verticale s'organise quant à elle autour des cinq parcours individuels précédemment mentionnés, illustrant différents univers auxquels renvoie par ailleurs l'inventaire des objets et qui prennent forme dans les maison-mondes : la famille (la salle à manger), la convivialité (le café), l'administration (le bureau), le travail (l'atelier), le corps (la salle de bain). Chacun de ces espaces est introduit par un court texte ethnographique²⁴² mentionnant les objets trouvés dans l'inventaire, évocateurs du monde ainsi reconstitué.

242 Pour lire les textes, suivre le lien :
<https://docs.google.com/document/d/1mdv9vFOZtNoIYyKbEK-YSSM3JoCgEbpu>

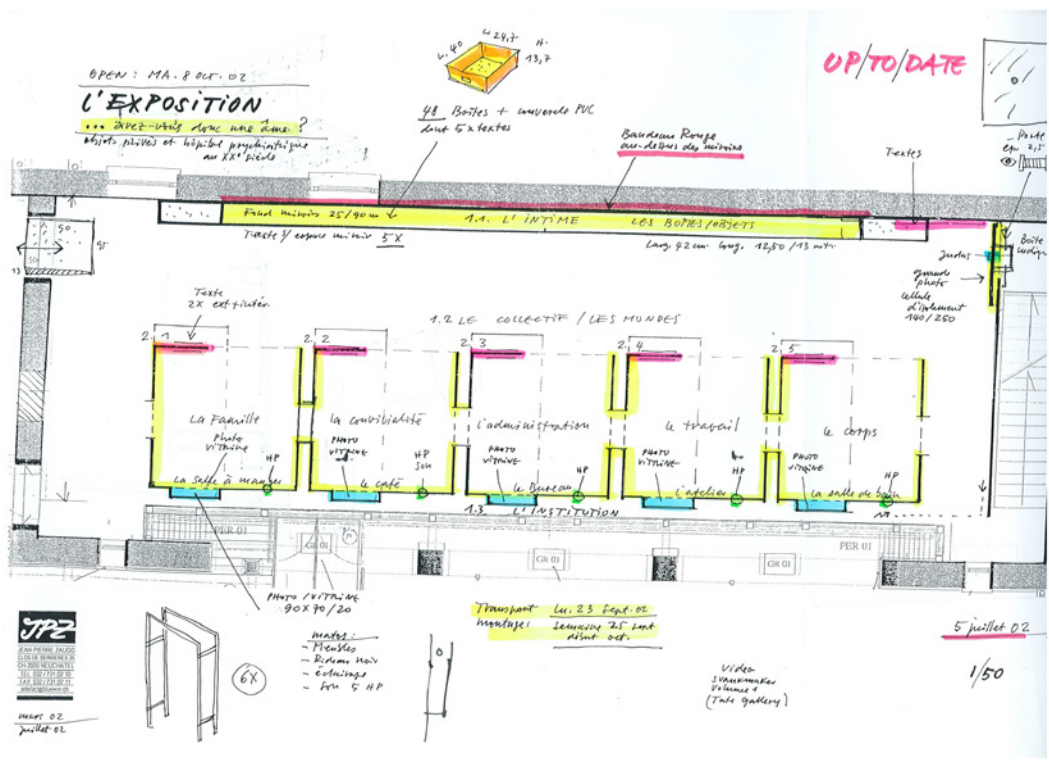


Illustration 24 : Plan scénographique de l'exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© Jean-Pierre Zaugg, La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Les deux types d'organisation, horizontale et verticale, se croisent et se donnent à interpréter telle une structure de mots croisés. Or la croix est un archétype du partage entre immanence et transcendance, entre principe en soi-même et principe extérieur de ce qui fait nos identités. Elle invoque une restauration de l'équilibre entre l'être-soi (l'intime/les objets) et l'être-autre (le social/les mondes). En installant sur un même axe vertical les récits de vie, les objets et les maison-mondes, la scénographie défend l'idée selon laquelle un principe extérieur - la maladie, l'hospitalisation - vient percuter la vie sociale à laquelle tout un chacun aspire. Cet accident du parcours de vie, cette mort sociale, s'incarne dans les boîtes contenant les objets de leurs anciens propriétaires, objets désactivés de leurs usages et de leur fonction psychique, narcissique et sociale. Avec les objets et les maison-mondes, le scénographe évoque l'intégration dans une même individualisation de ces artefacts et de ces univers constitutifs de nos existences. Il souligne combien ceux-ci relèvent d'un principe immanent dans la personne humaine et qu'ils ne peuvent pas être séparés les uns des autres.

Cependant la photographie de la chambre d'isolement dans la perspective horizontale laisse penser que la séparation – le couloir de circulation – entre l'être-soi et l'être-autre conduit à l'enfermement et à la désertification de nos espaces intimes. Comme la psychose sépare les personnes de leur environnement social, notamment en les conduisant à vivre des expériences sensorielles et hallucinatoires impartageables, la rupture entre l'immanence de l'être-soi - représenté ici par les objets et les parcours individuels - et la transcendance de l'être-autre - que l'on retrouve dans les maison-mondes - conduit à un isolement physique et social dans lequel même les artefacts n'ont plus droit de cité.

Les grandes baies vitrées sont occultées par les volets prévus à cet effet et l'exposition baigne dans une lumière zénithale douce. Le sol rouge jette ses reflets sur l'ensemble de l'installation comme les reflets de feux. En perspective, le fond jaune de la photographie de la chambre d'isolement crée un point d'attraction lumineux. L'ensemble plonge le visiteur dans une ambiance crépusculaire où les évocations de l'enfer et d'une certaine métaphysique ne sont pas absents.



Illustration 25 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Les boîtes – objets : un rite funéraire

Les boîtes se situent dans l'axe horizontal de l'intime. « L'intime – littéralement, superlatif d'intérieur – est ce qui appartient en propre. Il comporte des formes matérielles : le corps, l'espace, l'objet, et des formes immatérielles : le temps, la pensée, la parole²⁴³. » Or, l'intime, c'est-à-dire les objets, se trouve ici exposé dans des formes banalisées et institutionnalisées : les boîtes numérotées.

Les boîtes contenant les objets laissés par les patients ont été trouvés empilés dans le sous-sol du bâtiment des services économiques. Le premier geste du scénographe a été de les désempiler, de les ramener à la vue de tous en les ordonnant, alignés et horizontaux. Considérant chacune de ces boîtes comme le réceptacle des vestiges de plusieurs vies, on peut assimiler cet acte de désempilement à un geste sacré, un rite funéraire invitant la communauté des mortels à se recueillir devant ce qui ressemble indubitablement à l'alignement de cercueils dans un cimetière militaire.

Sur un mode cumulatif, inspiré des installations de Christian Boltanski, Jean-Pierre Zaugg a opté pour une présentation des boîtes *in extenso*, ouvertes, mais protégées par un plexiglas, pour permettre aux visiteurs de voir les objets. Pour reprendre les termes de Gaëlle Périot-Bled, historienne de l'art, à propos du travail de Christian Boltanski : « Ce qui est exposé est semblable à ce que chacun possède : vélo, lunettes, rasoir sont ces objets de la quotidienneté qui rendent le sujet qui était propriétaire anonyme et impersonnel. Le visiteur y reconnaît une dimension de l'histoire de chacun et par là même de la sienne propre, activant ainsi une petite mémoire du quotidien²⁴⁴ ». La scénographie privilégie de ce fait un mécanisme d'identification à ces objets communs, par une mise en scène de l'accumulation et de l'anonymisation. Cependant, l'effacement des individualités et des appartenances, même s'il facilite le phénomène d'identification, fait obstacle à une véritable dynamique d'empathie. Car celle-ci se ressent pour autrui et non pas pour soi-même. Mais alors, comment restituer aux propriétaires de ces objets leur singularité et leur parcours ?

Le travail de reconstitution de quelques-uns de ces parcours individuel réalisé par Isabelle von Buelzingsloewen a tiré des fils de l'écheveau des anonymes pour les rendre lisibles. Nous avons supposé que l'empathie à l'égard des propriétaires inconnus de ces

243 Jean-Paul FILIOD

244 Gaëlle PERIOT-BLED, « Christian Boltanski. Petite mémoire de l'oubli », *Images re-vues*, n°12, 2014.

objets de la vie quotidienne se trouverait amplifiée par les récits de leur trajectoire de vie, personnalisés par l'usage de leur prénom. Ces derniers ont rendu tangibles les drames singuliers vécus par chacun. Ces parcours montrent en effet comment ces personnes ont vu leur existence s'émietter sous l'effet de la maladie et s'éteindre, pour certains d'entre eux, entre les murs de l'asile. Ce qui relevait d'une identification par les objets de la « petite mémoire du quotidien » se trouve dès lors redoublé par un sentiment de compassion vis-à-vis de personnes singulières, victimes d'un triste destin. Cette écriture de parcours des patients s'inscrit dans un mouvement méthodologique plus large visant à écrire une nouvelle histoire sociale, celle des victimes invisibilisées par la grande histoire. À l'occasion d'un article sur les victimes du bombardement de Lyon du 26 mai 1944, l'historienne justifie un choix méthodologique similaire par « la conviction que l'approche micro-historique peut contribuer à renouveler l'historiographie de la Seconde Guerre mondiale, comme l'ont montré un certain nombre d'études récentes qui ont réhabilité l'échelle locale, souvent dépréciée par les historiens français, et illustre la fécondité de la mise en regard de trajectoires individuelles ou familiales et de la grande histoire²⁴⁵ ».

Outre leur mise en espace, les boîtes-objets, ces mémoires d'existences disparues, présentent de fortes similitudes avec les cercueils : format rectangulaire, matériau en bois, poignée en ferronnerie pour les porter, la simplicité des matériaux renvoyant à un modèle de cercueils destiné aux plus modestes. Leur numérotation à la peinture rouge conforte la référence à la guerre, déjà introduite par l'évocation du cimetière militaire. Le rouge, couleur de mars, du feu et du sang²⁴⁶, est également présent au sol. Est-ce à dire que ces vestiges seraient la trace d'une guerre inégale menée contre la folie ? Une guerre qui aurait fait disparaître le sujet sous les décombres de la psychose ? En outre, l'usage d'une numérotation pour classer les dépôts des objets privés des personnes hospitalisées évoque une forme de déshumanisation par excès administratif, dont l'acmé a été la gestion maniaque du génocide des juifs et de leurs autres victimes par les nazis. La

245 Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Le bombardement de Lyon du 26 mai 1944 : approche micro-historique » in I. von BUELTZINGSLOEWEN, L. DOUZOU, J.-D. DURAND, H. JOLY, J.SOLCHANY, *Lyon dans la Seconde Guerre mondiale. Villes et métropoles à l'épreuve du conflit*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, p.331-352

246 Michel PASTOUREAU, Dominique SIMMONET, *Le petit livre des couleurs*, Points, Éditions du panama, 2005.

sémiologie de ces boîtes-objets crée un effet de dramatisation qui invite à la compassion et au respect. L'espace qui accueille l'exposition est aussi un rectangle dans un rapport d'isomorphie avec les boîtes.



Illustration 26 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Cette disposition serait en conséquence la mise en scène d'un rite funéraire muséologique autour de la mort sociale, mais aussi de la mort réelle, des malades psychiatriques. Mort sociale entérinée par la confiscation de leurs objets – dont nous rappelons combien ils sont porteurs de mémoire, d'investissement narcissique et de liens sociaux – lorsque, submergés par leur folie, ils ont pénétré dans un espace hospitalier qui a érigé leur maladie comme seule raison d'être. Mort sociale par la soustraction de ces objets personnels à la vue de toute communauté et à la possibilité de leur usage dans la vie quotidienne. En ramenant les objets des patients à la lumière et au regard de la communauté des vivants, *la Ferme du Vinatier* a opéré une double action d'exhumation et de ritualisation.

Un bandeau rouge sur les murs accueille un texte en lettrage noir de Giorgio Agamben : « L'homme est l'être qui, en se heurtant aux choses et uniquement en se heurtant à elles, s'ouvre à ce qui n'est pas une chose. » Ce surtitrage exprime le double retournement des choix conceptuels et formels de l'exposition : en activant les signes d'un rite funéraire (noir) autour de ces objets abandonnés, ils sont rendus à la vie (rouge) grâce à l'empathie de la communauté des visiteurs. Car cette dimension métaphysique convoque l'humanité de chacun et une réflexivité sur sa finitude.

De la réflexivité

Les boîtes sont installées les unes à côté des autres en laissant un tout petit espace entre elles. Elles sont en vis-à-vis des maison-mondes, représentations des univers sociaux dans lesquels les sujets se construisent et se meuvent, qui sont également séparées les unes des autres par un espace et se reflètent dans le miroir fixé au-dessus des boîtes. Nous appréhendons ces « espaces entre » à travers le concept d'écart, précédemment mobilisé, qui, selon le philosophe François Jullien, « procède d'une distance²⁴⁷ ». L'écart « nous invite (...) à ce que j'appellerai un auto-réfléchissement de l'humain²⁴⁸ ». En instaurant une distance, l'écart ouvre un espace dans lequel la pensée peut se déployer. L'espace devient alors dynamique en mettant en tension ce qu'il a séparé. Ce potentiel de la figure de l'écart pour produire une fécondité de la réflexivité est confirmé par la présence des miroirs.

Les miroirs sont installés au-dessus des boîtes, réfléchissant en même temps les objets déposés à l'intérieur, les maison-mondes en vis-à-vis et l'image du visiteur. En pénétrant dans l'espace d'exposition, on découvre les objets à travers leur reflet avant de les contempler à travers le couvercle en plexiglass qui les protège. Un point de vue sur l'objet déréalisant puisque c'est son image inversée qui nous est donnée à voir en premier lieu. Ce léger décalage dans le rapport visuel entre le visiteur et l'objet trouble le statut de l'objet exposé en le réfléchissant : est-ce un objet d'art ? Un objet à forte valeur culturelle ? Un objet marchand ? Comment cette image d'objets m'interpelle avant même de les découvrir par un regard direct ? Dans la droite ligne du propos de « la rupture muséologique », les visiteurs sont mis en situation de vivre une expérience, activée par un questionnement, plutôt que d'accéder immédiatement à une connaissance. La découverte des objets réels, sous leur plaque de plexiglass, conduit le visiteur à une nouvelle étape d'observation des objets dans leur réalité et leurs détails. L'impossibilité de les toucher, outre la nécessité de les protéger du vol et de toute dégradation, participe de leur réification muséologique. Réification qui vient percuter le constat de leur banalité. Mais le trouble suscité chez le visiteur s'intensifie lorsqu'il lève la tête et découvre sa propre image dans le miroir dans le même espace réfléchi que les boîte-objets et les maison-mondes. Lorsque l'on sait que le miroir réactive cette expérience primaire de

247 François JULLIEN, *L'écart et l'entre. Leçon inaugurale de la Chaire sur l'altérité*, Galilée, 2012, p. 32.

248 François JULLIEN, *ibid.* p. 31.

l'avènement du Je par la découverte de son image²⁴⁹, cette confrontation est loin d'être anodine pour le visiteur. Il s'agit de renvoyer chacun à sa propre conscience de sujet, dans un mouvement d'ouverture à un autre (disparu), par la coexistence dans le même reflet de ses objets et de ses univers. En l'occurrence, on peut comprendre le jeu/je du miroir comme une identification au sens plein du terme : à travers mon image, je m'identifie à mon être singulier et à mon être universel dans son lien avec l'autre qui me ressemble. Ce phénomène d'identification s'élargit à l'expérience de l'autre dans un mécanisme d'empathie puisque les miroirs sont alternés avec les récits de vie des patients, comme partie intégrante du dispositif de réfléchissement. D'ailleurs, les maison-mondes font partie de cette image et soulignent le lien indissociable entre sujet, objet et espaces sociaux.



Illustration 27 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

249 Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Jacques LACAN, Communication faite au XVIe Congrès international de psychanalyse, à Zürich, le 17 juillet 1949.

À ce stade, il nous faut décrire la disposition des objets à l'intérieur des boîtes tels qu'ils sont découverts par les visiteurs. Il faut savoir que chaque boîte contient les objets de plusieurs personnes. Mais à l'origine, les objets de chacun étaient rangés séparément dans des pochettes en tissu cousues par les patientes du Vinatier, au sein de l'atelier couture dans lequel elles travaillaient. Contrairement au bon ordonnancement des boîtes elles-mêmes, refusant l'option entomologiste, les pochettes fermées et les objets sont présentés dans une forme de chaos qui ressemble à la vie. Quelques objets, dans chacune des boîtes, ont été sortis de leur pochette et disposés comme jetés au hasard sur plusieurs couches de pochettes recélant encore leur mystère. Ainsi, ces boîte-cercueils contiennent et donnent à voir le désordre de la vie. Et c'est alors que, dans notre imaginaire, leurs propriétaires sont convoqués coupant, cousant, lisant, se lavant, se rasant... créant ainsi une étincelle de vie dans un aménagement saturé par un univers sémiotique morbide. Jean-Pierre Zaugg nous donne ainsi à ressentir dans ce double ordonnancement – ordre des boîte-cercueils et désordre des objets personnels – la dialectique qui fonde au sein de l'institution la prédominance de la norme et du contrôle sur le personnel et l'intime, anthropologiquement suspectés de favoriser un jaillissement du désordre, en particulier le désordre insupportable de la sexualité des patients. La superposition des objets et des pochettes en tissu laisse imaginer d'autres vies dont les traces sont accumulées et mises en boîtes. Les objets visibles invitent à imaginer tous ceux qui ne le sont pas. Et cette « massification » des existences échouées dans cet étrange patrimoine invite à considérer la problématique des objets sous l'angle d'une dialectique universelle et non pas comme le témoignage d'un parcours singulier.

Les objets sortis de leur pochette recouvrent plusieurs univers sociaux dégagés par l'ethnologue Jean-Paul Filiod. À titre d'exemple, on identifie dans la photographie de 3 boîtes des clés (symbole de l'accès au chez soi mais, par retournement, symbole du contrôle des espaces à l'hôpital psychiatrique), du fil et un nécessaire à couture (évocation d'une image d'Épinal de la femme au foyer cousant au coin du feu mais aussi outils de la réparation, de la couture entre des éléments séparés, symbole d'un prendre soin), le couteau (accessoire indispensable aux hommes de la première moitié du XX^{ème} siècle ayant toutes sortes d'usages : couper les aliments, réparer, bricoler... mais aussi attaquer, poignarder. Objet par excellence interdit dans l'institution psychiatrique qui doit canaliser toutes les violences), des ciseaux (accessoire précieux dans une maison tant pour les ouvrages de dames que pour le bricolage des hommes... et interdit à l'hôpital en raison de sa dangerosité), un médaillon (objet de l'embellissement de soi, de la transmission, de l'attachement symbolique). Ils illustrent les grandes familles de l'inventaire : la famille (au sens du foyer : la couture, les clés), la convivialité (au sens de la sociabilité : le couteau

pour le pain et le saucisson...), le corps (au sens du prendre soin de soi : le médaillon). La photo d'une autre boîte révèle un blaireau et un couteau mais également une carte confédérale d'un syndicat, un empilement de papiers administratifs alors qu'on aperçoit un portefeuille dans la boîte posée à côté. Ces nouveaux éléments rappellent combien notre identité sociale est construite par notre travail et par toute une série d'assignations administratives. Ils renvoient ainsi aux maison-mondes du travail et de l'administration.

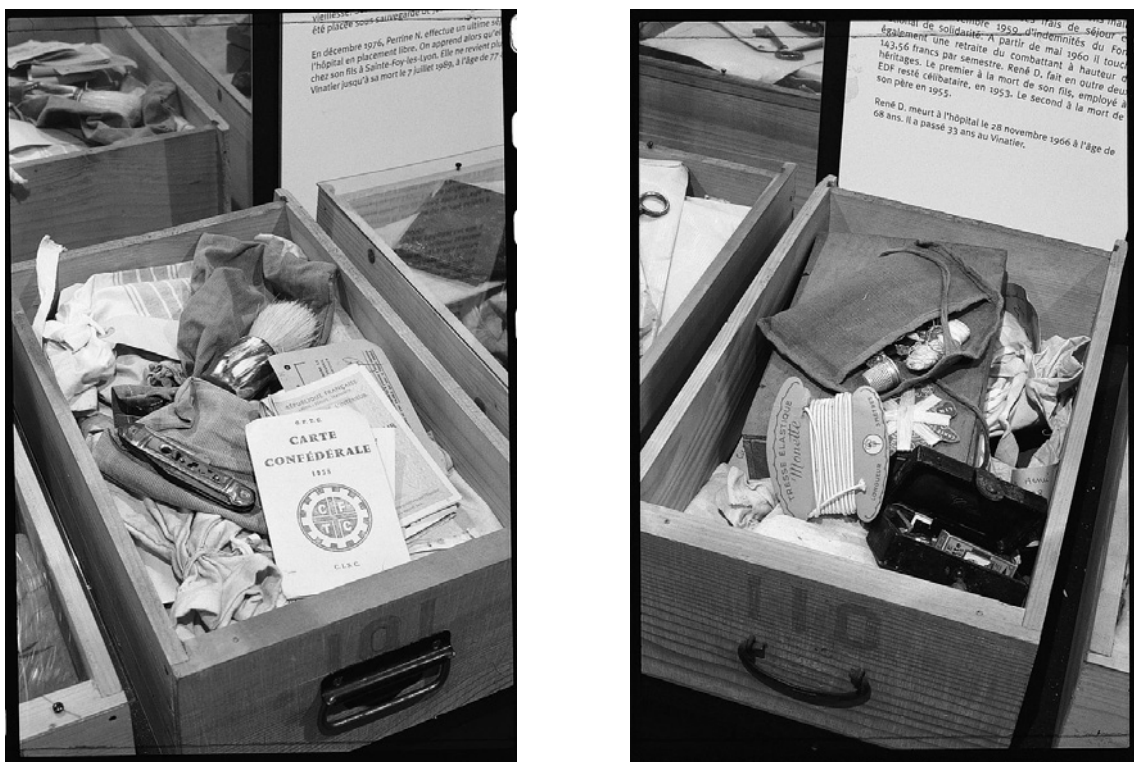


Illustration 28 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Analyse d'une boîte : « théâtre du merveilleux »

Un fil d'Ariane est proposé entre un objet présenté dans la boîte et le texte des récits de vie – texte citant l'objet inspirateur – en face de la maison-monde construite à partir dudit objet. En outre, une boîte thématique avec les objets d'un même usage est présentée dans chaque maison-monde correspondante. Voici par exemple le descriptif des objets de la boîte installée dans la maison-monde du corps.



Illustration 29 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Les objets présentés dans la boîte de la maison-monde de « la salle de bain » sont rangés et arrangés. Ainsi, se présente-t-elle plutôt comme un tableau en 3 dimensions, une nature morte, une boîte à la Joseph Cornell. Les boîtes de Joseph Cornell rassemblent des objets ordinaires et hétéroclites de petite taille, manufacturés ou naturels et leur agencement crée de petits « théâtres du merveilleux ». L'ordonnement des objets de cette boîte sert la thématique du corps et on y trouve en effet trois blaireaux, un rasoir, des lames de rasoir Gillette, des accessoires de manucure et un dentier. Mais on y trouve aussi des objets insolites au regard du thème tels que des dés à coudre (associés aux accessoires de manucure) et une boîte d'allumettes Gitanes servant d'écrin à un blaireau, un rasoir et des lames Gillette. On reconnaît la propension du scénographe à troubler systématiquement le propos par une pointe d'humour ou de décalage, maintenant ainsi l'attention du spectateur éveillée, en lien avec l'esprit de la muséologie de la rupture. Les dés à coudre sont des ustensiles protecteurs des doigts, tandis que les accessoires de manucure les embellissent et peuvent, le cas échéant, les blesser. Ils sont donc dans un rapport antinomique du couple protection/caché avec celui de blessure/montré. Cette modeste installation dans le coin gauche de la boîte donne à voir la complexité des relations entre objet et corps : protection, entaille, embellissement. Dans le coin droit, les objets du rasage dorment dans le giron d'une boîte d'allumettes ouverte sur laquelle figure un dessin d'une gitane dansant. On reconnaît, étroitement intriqués, les attributs de l'urbanité et du sauvage, de l'ordre et du désordre. Alors que le rasage pour un homme le situe du côté de la maîtrise (de son image) et de l'urbanité (sa relation aux autres), les allumettes évoquent son potentiel destructeur et jouisseur à travers la flamme qu'elles

ont pour vocation de faire jaillir et l'image de la gitane dansante. Ainsi, les deux aspects de notre être-au-monde sont synthétisés dans ce rapprochement scénographique : l'être civilisé qui prend soin de lui, coupe avec son nécessaire à rasage le système pileux qui le renvoie à son primitivisme, à sa sauvagerie et l'être pulsionnel, fils d'éros et de thanatos. Ce dernier est relié à l'imgo historique de la folie comme être incapable de maîtriser ses passions.

La présence isolée d'un dentier en forme de cœur constitue en lui-même une énigme et un clin d'œil. Comment un dentier a-t-il pu se retrouver dans ce patrimoine des objets laissés à l'hôpital par les patients ? Comment ce comble de l'intime peut-il se retrouver exposé dans un espace public ? Parce qu'il sourit. Il est en forme de cœur et invite chacun d'entre nous à « croquer la vie à belles dents ». Il raconte l'amour de la vie et, par là même, ôte le caractère obscène d'un tel dévoilement. La marque Gillette assure une continuité avec le monde de la consommation, tout en activant l'actualité de la « boîte-en-valise ». Ce détail nous oblige à ne pas pratiquer le déni en enfermant les questions posées dans une posture de mise à distance du passé. Enfin, dans le coin en bas à gauche, on trouve à nouveau un miroir qui confirme la mise en abîme des relations entre sujet et objet, le caractère réflexif de cette exposition.

Les maisons-monde

Les objets, même situés dans la sphère privée, ne sont interprétables que parce que leur sens et leurs usages sont collectivement construits. Sur le plan scénographique, les cinq mondes élaborés par l'ethnologue ont été représentés en reconstituant cinq espaces correspondant : le salon/salle à manger pour la famille, le café/bar pour la sociabilité, le bureau pour l'administration, l'atelier pour le travail, la salle de bain pour le corps. Ils font face au cimetière des boîtes-objets comme reconstitution des contextes dans lesquels lesdits objets, désormais désactivés, ont dû et auraient dû être utilisés, et donc prendre vie.

Les maison-mondes sont surmontées d'un toit en double pente, icône de la maison occidentale. En revanche, ces toits laissent apparaître la charpente, ils sont sans couverture. C'est en cela que les maison-mondes sont des icônes de maison et non des maisons véritables. Pour autant, ce vide dans la toiture traduit une sensation de vulnérabilité qui est un marqueur de l'exposition par sa capacité à convoquer un questionnement existentiel sur la mort, mais aussi sur la vanité de ce que nous laissons derrière nous. Leur artificialité se lit également dans le fait qu'elles sont monochromes et se déclinent tel le poème « Voyelles » d'Arthur Rimbaud : orange famille ; rose convivialité ; bleu administration ;

rouge travail ; marron corps. Dans les représentations les plus convenues, l'orange associé à la famille c'est la flamme du foyer, la chaleur des relations humaines, le soleil qui se lève : le rose de la convivialité c'est la puissance vitale du rouge mais atténuée, plus douce, bienveillante ; le bleu de l'administration est sage, conventionnel et un peu froid ; le rouge associé au travail fait se lever toute l'histoire des luttes ouvrières du XXème siècle dont tant de traces ont été trouvées dans les papiers des boîtes ; le marron associé au corps ouvre l'hypothèse de sa vulnérabilité et d'un retour à la terre. Sur les cloisons latérales de chaque maison, le scénographe a ouvert un hublot. Bien que séparées les unes des autres de vingt cm, elles communiquent par le regard, elles sont ouvertes les unes sur les autres, relayant ainsi l'idée selon laquelle les mondes sociaux ne sont pas étanches les uns aux autres.



Illustration 30 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? »

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

On entre dans les maisons par une ouverture sans porte et sans clé mais dont le seuil est marqué par un retour de cloison sur lequel se trouve affiché le texte ethno-poétique de Jean-Paul Filiod. Celui-ci mentionne divers objets de l'inventaire ayant inspiré le monde social reconstitué par la scénographie. Le lien entre les objets et les maisons étant ainsi explicité.

À titre d'exemple, le texte d'introduction de la maison de « La famille » est le suivant :

*Salle de ces jours (la famille, la maison, la salle à manger,
la chambre, la télévision, le chez soi, l'intime)*

Une fève en plastique se souvient d'avoir séjourné au fin fond d'une galette, tandis qu'un lutin, fait d'un plastique voisin, la jalouse, lui qui simplement trôna sur une bûche comestible. Matérialité minuscule qui dit qu'il y eut une fête, rappelle les formes collectives ordinaires et régulières. On mange, coffret de petites cuillers, fourchette à escargot, repas partagés, corps qui engrangent à peu près les mêmes choses. Pas toujours actes d'alliance, même si l'occasion est celle d'une fête calendaire ravivant une pratique religieuse ou un sentiment de religion... quand celle-ci n'a pas été complètement digérée par l'histoire. Mais un crucifix toise un lit, bien en son centre, dans l'axe du corps, et on tripote un chapelet de temps en temps entre les doigts. Un brin de buis béni, décor qui s'installe, table des convives... qu'on vive, qu'on parte, qu'on meurt... revenir de temps à autre

On entre alors dans un espace factice mais dont l'aménagement ressemble à un espace domestique d'un habitat d'une famille de classe moyenne dans les années 1960. Table ronde, nappe cirée, appliques tulipe, desserte, vaisselier, vase de fleurs, tableau et miroir au mur sont les indices de la cuisine familiale où tout le monde se retrouve. Soulignons l'importance du miroir sur le mur, élément réitéré dans tous les espaces de l'exposition, psyché rappelant à chaque moment que cette exposition sur les objets parle avant tout de l'âme²⁵⁰ (définition de psyché, nom donné au miroir).

Sur le mur du fond en face de l'entrée, nous découvrons, en grand format paysage (100 cm x 70 cm), la photographie commandée à Hervé Hugues d'un espace assimilable à la même fonction dans l'hôpital du Vinatier. Les plans du scénographe montrent l'attention à placer ces images au niveau du regard du visiteur, dans un rapport de frontalité.

250 Psyché, mot grec souvent traduit par « âme ».



Illustration 31 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? » et photographie d'Hervé Hugues

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Aussi, à peine a-t-on passé le seuil de la maison « Famille » pour s'immerger dans un décor domestique que l'on a déjà en perspective le dedans de l'hôpital. Et le regard enregistre le passage du sol rouge chaud au carrelage blanc froid. Les chaises en bois à l'assise paillée, matériaux vivants et naturels, deviennent des chaises en plastique, matériau synthétique et mort. La desserte, dont la vocation est d'offrir boissons et gâteaux, se transforme en meuble à télévision. La table ronde qui réunit disparaît au profit de la télévision qui isole et le vaisselier se transforme en point d'eau en inox. Les accessoires d'embellissement et de décoration disparaissent. La comparaison instantanée qui s'opère entre ces deux univers impose à notre conscience l'extrême appauvrissement esthétique et symbolique de l'alternative hospitalière à l'univers de « La famille ». Les options scénographiques aménagent une mise en perspective d'une suite de fenêtres ouvertes sur des images. En entrant dans la maison-monde, le regard est aspiré par la photographie, fenêtre ouverte sur l'hôpital. Dans la photographie, le personnage de dos est aspiré par la télévision, fenêtre ouverte sur le monde extérieur. Si les objets médiatisent l'être-soi et l'être-autre, les images sont ici des passes murailles. Car, « le poète, lui, ne recule pas devant le renversement des emboîtements. Sans même penser qu'il fait scandale à l'homme raisonnable, en dépit du bon sens, il vit le renversement des dimensions, le retournement de la perspective du dedans et du dehors²⁵¹. »

251 Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace*. PUF, 2012 (1957).



Illustration 32 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? » et photographie d'Hervé Hugues

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Ces photographies sont exposées en grand format dans chacune des maisons : la salle TV des services d'hospitalisation dans le salon/salle à manger (la famille), la cafétéria du centre social dans le café de quartier (sociabilité), le guichet de tutelle dans le bureau (l'administration), la salle d'ergothérapie dans l'atelier (le travail), la douche de la chambre d'hospitalisation dans la salle de bain (le corps).

Dans les maison-mondes, à l'exception de l'administration et du corps, les photographies incluent des personnes. Dans les maisons, ce sont les visiteurs qui occupent ce rôle, créant là aussi un jeu de miroir dans l'habiter des espaces, la maison-monde contenant l'espace hospitalier.



Illustration 33 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? » et photographie d'Hervé Hugues

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier



Illustration 34 : Exposition « ... avez-vous donc une âme ? » et photographies d'Hervé Hugues

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Ces photographies révèlent en un coup d'œil que l'hôpital n'offre qu'un ersatz de ces mondes sociaux, pourtant constitutifs de nos identités. Quinze ans plus tard, l'émergence du design à l'hôpital s'intéresse spécifiquement à la qualité de ces espaces substitutifs de nos mondes sociaux ordinaires, avec des ressources et des compétences de transformation du réel qui redonnent espoir. Cependant, la transformation n'est pas une vertu en soi. Elle implique un travail de questionnement, voire de controverse, pour vectoriser la volonté transformatrice. C'est pourquoi l'instauration artistique par motif réflexif est indispensable à l'action de transformation du réel par le design afin de penser dans les formes une amélioration de l'hospitalité et de l'habitabilité de l'hôpital qui ne se contenterait pas d'une esthétique de confort et d'hôtellerie.

À gauche de la photographie, un cartel donne une injonction :

Appuyez sur le bouton. Bande-son : composée par Sébastien Eglème ; entretiens avec Catherine Bonazza, Paul Boulay, Dr Patrick Confalonerie, Ginette Giaouras, Laurent Groslier, Liliane Lemarinier et une infirmière ; montage avec des prises de sons de l'atelier « Poétique du quotidien, musiques concrètes » avec Dominique, Jean-Louis,

Bernard, Stéphane, Djamila, Josette, Nicole, Salim ; extraits de la Sonate BWV 1001 en sol mineur, pour violon seul de J.S. Bach interprétée par Patrick Bismuth, et d'une composition de Thomas Chamonaz

Où l'on comprend que l'image est assortie de sons. Où le mélange de noms de familles et de prénoms indique que ces voix sont celles de patients qui, en raison du sacro-saint secret médical, fort discutable d'ailleurs en situation de co-création, n'affichent pas leur nom de famille et de soignants qui eux ont le libre-arbitre de l'usage de leur nom. Où l'on découvre aussi que ces voix sont accompagnées de musiques. En positionnant le dispositif d'écoute à côté de l'image de l'hôpital, on installe l'idée que derrière ce mur, l'hôpital est là, il s'adresse à nous par le double média de l'image/fenêtre et du son/musique. Et, vertige, cela est vrai puisque derrière cette cloison, il y a bien l'espace de l'hôpital, mais l'espace du dehors (le parc) alors que ce qui est donné à voir et à entendre c'est l'espace du dedans dans un lieu qui se définit comme un espace médiateur du dehors, de la ville, dans l'hôpital.

Les témoignages des soignants et des patients resituent les objets des patients dans le contexte d'hospitalisation. En voici un extrait :

J'allais pas dire l'hôpital c'est une grande Samaritaine mais il y a pas mal de choses qu'on a. Là pour ce qui est du Vinat', comme souvent les gens arrivent en urgence en fait on remplace, on fait le lien en attendant soit que la famille ait amené des affaires, soit que le patient soit en état pour aller en acheter par lui-même. Donc tout ce qui va être du quotidien, l'hôpital y subvient.

Récits et anecdotes donnent des clés de compréhension des usages concrets de ces objets, dans des situations réelles de l'hôpital. Tout d'abord, la tolérance à l'égard de ces objets n'a cessé d'évoluer, ensuite le déplacement de la prise en charge psychiatrique dans la cité a transformé les postures autour d'eux. Un autre extrait en donne un exemple. Il concerne un foyer postcure :

Là ce matin, on m'a attiré dans une chambre pour aller voir un tapis d'Orient qu'un résident avait gagné à un concours. C'est un tout petit tapis ! Mais il était content parce que c'est un tapis d'Orient, c'est un vrai, il vaut de l'argent. Ou alors quand ils s'achètent un bibelot, il faut qu'on aille voir. Mais tous, il n'y a pas que moi, les infirmières, si le médecin passe, le médecin aussi y a droit ! Quand le résident s'est acheté

la chaîne, on a tous eu le droit d'aller voir la chaîne dans la chambre. Que ce soit l'assistante sociale, la chef de service, tout le monde a eu droit. Ils sont fiers quand ils ont quelque chose dans leur chambre.

De manière assez naïve, cet extrait de témoignage confirme l'importance pour les personnes en soins de pouvoir disposer d'objets personnels dont ils « sont fiers » et qu'ils peuvent utiliser dans leurs échanges sociaux avec les autres.

D'autres témoignages révèlent plutôt la relation pathologique que le patient entretient avec les objets, soit en les transformant en signe de leur souffrance, soit en les objectivant comme source pathogène de leur mal-être comme en témoigne cet autre extrait :

Des pièces de 5 centimes par terre devant la porte, par terre, on sait que c'est un résident qui met des pièces de 5 centimes par terre ; parce que ça va conjurer je ne sais pas quoi. Eh bien ma foi, on laisse la petite pièce de 5 centimes devant la porte pendant un jour ou deux. (...) Alors là, grand classique aussi, il y a des femmes mariées qui avalent leur alliance ou leur bague de fiançailles ou un truc comme ça. Et là c'est clair, c'est que va pas.

Les témoignages sont très variés et très riches. Ils mettent en scène dans la vie concrète des patients et des soignants toutes les fonctions psychiques des objets qui seront analysées et développées dans les Caf'conf et dans un ouvrage collectif paru aux éditions Chronique Sociale. Ils rendent compte aussi de la réalité de la vie quotidienne à l'hôpital et de ses évolutions à travers la place des objets : le verre (de café) et la cigarette comme objets fétiches ; la bataille des placards comme revendication d'un espace privé ; l'accès aux soutien-gorges comme fondement de la dignité ; la victoire des couverts comme premier pas vers l'autonomie... Ils mettent à jour la violence institutionnelle, les rapports de domination qui colonisent le prendre soin, le mépris, le manque d'empathie avec une ingénuité désarmante. Une ingénuité qui laisse penser que ces expressions d'hostilité étaient profondément incrustées dans les habitus hospitaliers, tolérées et naturalisées. Cependant qui a été confronté à la maladie mentale entendra aussi dans ces témoignages l'écho des failles insondables de la psychose et de ses expressions brutales, perturbantes, agressives. Il entendra le froissement des cœurs qui se ferment contre une contamination fantasmée du désordre et de l'étrange de la folie. Il entendra le cri du « malgré tout » de ceux dont on doit louer la présence au quotidien auprès de malades abandonnés de tous et auxquels ils adressent sans filtre l'horreur de leurs cauchemars et la peur de

leur déchéance. Cette fragilité de la conscience de la valeur éthique de ce qu'Emmanuel Lévinas nomme « la responsabilité de chacun devant la figure de vulnérabilité d'autrui » convoque la réflexivité comme une condition de la possibilité de l'hospitalité.

Toujours à gauche des photographies, au-dessus du cartel du son, sont affichés les extraits des décrets régissant les biens privés des malades lors des hospitalisations. Une manière de rappeler que le monde de l'hôpital est réglementé et que la soustraction des objets personnels à leurs propriétaires n'est pas laissée à l'appréciation de chacun. Ils sont affichés de manière chronologique de la première à la dernière maison de manière à saisir dans les textes de loi l'évolution des mœurs et des sensibilités. Nous pouvons ainsi observer que les décrets de 1938 et de 1952 réglementent les objets d'habillement, de toilette et de lingerie fournis par l'hôpital, étant entendu que les objets personnels ont rejoint le vestiaire. C'est avec un certain étonnement que l'on découvre dans ces décrets une certaine mansuétude du législateur, semblant parfois précéder les pratiques dites de « terrain ». D'ailleurs, en 1952, le législateur s'insurge : « La pénurie d'articles textiles qui a marqué les années de guerre et l'immédiat après-guerre semble avoir, dans certains établissements, engendré des habitudes de parcimonie, qui, si elles gardent leur valeur sur le plan strictement financier, ne sont plus tolérables aujourd'hui sur le plan de la dignité humaine²⁵². » En 1958, dans la circulaire relative à l'humanisation des hôpitaux, le législateur appelle les hospitaliers à plus d'humanité encore : « Mon attention a été appelée sur la rigueur avec laquelle est appliquée bien souvent la règle prévoyant que les hospitalisés ne doivent conserver aucun bijou ni aucun effet personnel. Cette règle a été instituée dans l'intérêt même des malades et des familles ; aussi j'estime que des dérogations peuvent être prévues à la demande expresse des familles ou de l'hospitalisé²⁵³. » Pour autant, il semble que la bienveillance requise dans ce domaine rencontre une forte résistance dans les pratiques des hospitaliers, puisqu'en 1970, soit douze ans plus tard, le législateur se voit dans l'obligation de réitérer cet appel à l'humanisation dans une circulaire datée du 18 décembre 1970 portant sur l'humanisation des hôpitaux : « (...) m'apparaît-il, aujourd'hui, indispensable d'insister, en premier lieu sur la nécessité d'étendre à tous les établissements les dispositions préconisées par mon prédécesseur ; celles-ci doivent être considérées désormais comme un minimum. Je vous demande donc

252 Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux, JORF n°0290 du 12 décembre 1958.

253 Circulaire du 5 décembre 1958, *ibid.*

de rendre effectives dans tous les hôpitaux publics les mesures rappelées ci-après : (...) Possibilité pour les malades de conserver leurs effets personnels d'habillement et les objets personnels de faible valeur. »

La chambre d'isolement, scandale de la déprivation ou espace métaphysique ?

Maisons et photographies fonctionnent toutes dans le même rapport spatial. Mais il est une photographie qui n'est ni dans une boîte-objet, ni dans une boîte-maison mais dans la boîte de la salle d'exposition, installée en perspective depuis l'entrée : c'est la photographie d'une chambre d'isolement. Elle est en grand format, en « conclusion » de l'exposition, comme une ultime interrogation sur les rapports entre hôpital et objets privés. Espace de dénuement absolu de tout objet, de toute image, de toute personnalisation.

Plus grande que les autres, elle offre un effet de réalité et après l'accumulation d'objets présentés ouvre une méditation sur le vide. On y voit seulement un lit en fer blanc boulonné au sol qu'encadre une fenêtre aux persiennes partiellement baissées. Alors qu'un premier élan de la conscience se trouve glacé par la perspective de ce lieu d'absence de toute trace de soi, un regard plus attentif se réchauffe au soleil qui darde sa lumière à travers les lattes de la persienne et sature l'air de sa lumière laiteuse, comme l'espoir d'un au-delà. Cette ultime étape de l'expérience scénographique provoque une rêverie métaphysique, soudainement animée d'un doute quant à l'idée d'un lien constitutif du sujet par l'objet, idée portée par toute l'exposition. Mais finalement ce rayon de lumière qui se reflète sur le sol lisse et vide ne nous invite-t-il pas à considérer « l'insoutenable légèreté de l'être », n'ouvre-t-il pas une aspiration au sublime, moteur de toute création ?



Illustration 35 : Vue d'une photographie d'Hervé Hugues

© La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier

Réception et perception, du rôle de l'empathie

Nous proposons de qualifier la perception de cette exposition en analysant le livre d'or de l'exposition et les articles publiés dans des journaux nationaux et régionaux.

Le livre d'or

Nous sommes pétris de la même pâte et de la même levure. Voici le fond de nos poches, de nos sacs – de nos têtes et de nos cœurs.

Extrait du livre d'or

En mars 2004, dans *Le petit journal* n°6 de la *Ferme du Vinatier*, une synthèse du livre d'or est proposée aux lecteurs :

[...] l'exposition « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle » a pris fin le 22 décembre après avoir bénéficié de 3 688 visites dont 2 900 extérieures à l'hôpital. Les commentaires laissés dans le livre d'or ainsi que les discussions entre les hôtessees d'accueil et les visiteurs font apparaître une forte prise

de conscience de la part des personnes néophytes de la psychiatrie. Prise de conscience de la singularité ordinaire des malades mentaux. De la proximité irréductible entre eux et ceux dont les objets présents rappellent les existences devenues dramatiques à cause de la maladie. L'émotion est omniprésente chez les visiteurs, une émotion souvent intime, compassionnelle, qui rapproche et ouvre des horizons de compréhension et de tolérance. Quelques-uns, malgré tout, ont eu des mots de rejet et de colère face à l'atmosphère « mortifère » générée par ces objets oubliés. Nous avons pourtant tenté d'équilibrer cet aspect inévitable avec une partie plus vivante et plus contemporaine de l'exposition, à partir des témoignages des personnels et des patients. Les étudiants en soins infirmiers ou issus d'autres écoles de santé constituent une part importante du public de l'exposition. Celle-ci devient alors outil pédagogique, prétexte à échanges sur l'histoire de la psychiatrie et le statut de la maladie mentale.

Nous pouvons ajouter à ce commentaire de l'époque que le livre d'or a rendu visible la composition mixte du public de la Ferme que celle-ci a toujours appelé de ses vœux : les habitants non concernés par la maladie mentale, les professionnels de santé, les patients et leurs proches, les étudiants. À sa relecture, on est frappé par le caractère non convenu des remarques déposées, à l'image du caractère non conventionnel de l'exposition elle-même. Il est assez touchant de constater que Dominique, un patient fidèle à *la Ferme du Vinatier*, utilise cette surface, espace public de poche, pour s'exprimer de manière récurrente, appelant de ses vœux l'amour et la paix. Plusieurs commentaires s'inquiètent de la persistance de cette forme de maltraitance de nos jours. Cette critique s'adresse à ce qu'il reste d'ambigu dans la manière d'accueillir les objets privés des personnes hospitalisées à l'hôpital psychiatrique, même si des progrès incontestables ont été réalisés dans ce domaine. Les opérateurs de l'exposition sont interpellés par les quelques reproches qui leur sont faits, fort heureusement très à la marge, de réduire les personnes à leurs objets, et donc de les appréhender comme des objets. Ce total contresens de l'intention, tant du maître d'ouvrage que du concepteur, questionne les options de forme et de discours. Enfin, sur la forme, des critiques reviennent plusieurs fois sur la qualité de la bande son (dispositif d'écoute, niveau sonore, équilibre entre les voix et la musique). Cette défaillance a peut-être participé de la sur-présence des objets aux dépens des témoignages vivants des pratiques.

En tout état de cause, cette relecture du livret d'or fait apparaître en négatif la nature ontologiquement énigmatique de la folie et pourtant irréductible à notre humanité. Globalement, l'exposition a renvoyé les visiteurs à des questions philosophiques et éthiques. En cela, elle a joué pleinement son rôle de dispositif réflexif.

Le motif réflexif : perspectives heuristiques

La conduite créatrice de ce projet considère l'instauration artistique en tant que dispositif de compréhension, de controverse et de médiation des forces sociales, culturelles et symboliques susceptibles de mouvoir l'hôpital, organisme vivant et indicateur du niveau de déontologie d'une société. Ce que nous avons nommé dans la problématique le « motif réflexif » d'une poïétique de l'art et du design à l'hôpital. Un extrait du discours d'inauguration traduit en ce sens l'intention initiale des porteurs et des commanditaires de *la Ferme du Vinatier* :

La Ferme du Vinatier que l'on a sous-titré « La maison des uns et des autres », est un lieu où l'on tente de comprendre, en se confrontant à d'autres logiques, d'autres univers, d'autres émotions, ce qui est en jeu à l'hôpital dans un monde contemporain mouvant, complexe et, à bien des égards, inquiétant pour les plus fragiles. En cela, ce que nous inaugurons ensemble ce soir, ce n'est pas seulement un lieu culturel ouvert aux uns et aux autres mais c'est aussi un espace public, parfois de controverse, qui participe, avec ses moyens propres, à la mutation de l'hôpital. L'exposition « ... avez-vous donc une âme ? Objets privés et hôpital psychiatrique au XXème siècle », que vous allez découvrir, en témoigne. Elle a bénéficié d'une réflexion collective des membres du Conseil scientifique ainsi que des témoignages de personnels et de malades. Dans le même temps qu'elle veut rendre tangible aux visiteurs, à travers les objets personnels déposés depuis un siècle, la singularité ordinaire des personnes hospitalisées, elle interroge l'institution sur la place qu'elle laisse à leur intimité. Les objets quotidiens et le monde domestique constituent d'ailleurs le fil rouge du cycle intitulé « Caf'conf » qui s'ouvre ce soir joyeusement avec une chanson interprétée par les personnels participant au stage de l'art vocal et avec le concert « Revue-Ménage » que nous propose les Solistes de Lyon-Bernard Tétu. Car ce lieu, désormais permanent, est aussi un lieu où le plaisir à tous ses droits.

La Ferme du Vinatier a donc fondé sa raison d'être et sa légitimité sur le « motif réflexif », se décalant ainsi des pratiques traditionnelles de l'art en milieu psychiatrique telles que l'art-thérapie, l'art socio-thérapeutique ou l'art comme expression du génie méconnu des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Sa première production avec les membres du conseil scientifique est un ouvrage intitulé *Le Vinatier, un hôpital en travail*. Un hôpital au travail, telle est donc l'une des forces telluriques du motif réflexif de l'instauration artistique en milieu sanitaire. Elle rayonne au-delà de la simple question posée par la maîtrise d'ouvrage – l'objet du quotidien comme médiateur et interrogateur – dès lors qu'elle rentre en connivence ou en bousculement avec des phénomènes culturels et sociaux au-delà des murs de l'hôpital.

Une muséologie de la rupture

Nous avons vu comment les objets exposés ont été insérés dans un discours qui les dépasse grâce à une « muséologie de la rupture » qui consiste à faire de l'espace d'exposition un lieu de déstabilisation culturelle, invitant les visiteurs à s'interroger sur leurs certitudes et leurs savoirs. Jacques Hainard, Jean-Pierre Zaugg et toute l'équipe du Musée d'ethnographie de Neuchâtel ont cultivé pendant vingt ans l'art de décaler les objets dits de patrimoine et d'ethnologie, en les inscrivant dans un dialogue avec les objets de consommation et du contemporain dans des mises en scène humoristiques, parfois grinçantes et souvent poétiques. À ce titre, ils revisitent le statut culturel et marchand des objets du champ muséal en réintroduisant la question de leur usage quotidien et de leur charge affective, y compris dans les sociétés dites primitives d'où sont souvent issus les objets présentés.

Ils construisent en outre une nouvelle place au visiteur en interpellant, au-delà de sa curiosité intellectuelle, sa capacité critique et émotive. « Sans doute, le visiteur saura trouver les connaissances nouvelles qu'il vient chercher dans les musées mais c'est avant tout une expérience du questionnement que lui aura offert la muséologie de la rupture²⁵⁴ ». Et ce, d'autant plus que cette muséologie de la rupture ne prend pas place dans un musée, mais au sein d'un espace public de médiation culturelle qui se donne pour tâche de renouer les fils du temps et d'accueillir la création contemporaine.

254 Jacques HAINARD, *op. cit.*

La Ferme du Vinatier a élaboré ses propres perspectives de funambulisme entre les catégories convenues du patrimoine, de l'art et du design. Elle invite chercheurs et artistes à pratiquer l'ethno-poétique, à déplacer les lignes de la méthodologie scientifique et du processus de création. Comme le souligne François Portet, membre du conseil scientifique, en postface de l'édition sur les objets,

on voit bien comment l'exposition questionnait le public, de la même façon que l'art contemporain le fait. Car la présence des œuvres contemporaines dans l'espace public place les individus, les passants, en position d'avoir à interpréter les œuvres suivant un processus qui augmente le champ des possibilités de liens et de rapports entre les sujets spectateurs, quitte à ce que cela produise du dissensus, voire de la controverse²⁵⁵.

Cette ligne de crête qui caractérise l'ensemble de la programmation de *la Ferme du Vinatier* s'enracine dans une posture de design de la traductibilité – entre les disciplines, les territoires, les publics, les catégories – qui nous semble être au cœur de la réflexivité à l'hôpital. Un motif qui s'anime dans des espaces publics dans lesquels s'articulent l'intime et le public, le trouble et le questionnement propres à la muséologie de la rupture.

Les objets à explorer, supports d'hospitalité

L'exposition, le programme de rencontres *Caf'conf, énigme et histoires des objets personnels* et l'ouvrage collectif *Faire avec l'objet, signifier, appartenir, rencontrer*, ont ouvert la voie à un questionnement pluriel sur le statut polymorphe des objets personnels et domestiques, porteurs d'un quotidien revalorisé dans de nombreuses disciplines. L'importance de l'objet ordinaire dans la construction de soi, ou bien comme médiateur des interactions sociales, révèle en négatif, comme nous l'avons souligné en introduction de ce cahier poétique, l'incongruité de la rupture radicale opérée entre la personne et ses objets familiers dans le cadre d'une prise en charge soignante. Ces potentialités de l'objet quotidien comme lieu d'investissement psychique et de lien avec les autres en font pourtant potentiellement de bons auxiliaires de la relation de soins. Soulignons à

255 François PORTET, « Le rôle des objets dans la psychothérapie institutionnelle. Une thérapeutique de la consommation ? », in Jean-Paul FILIOD (coord.), *Faire avec l'objet. Signifier, appartenir, rencontrer. Une réalisation de la Ferme du Vinatier*, Lyon, Chronique Sociale, 2003, p. 211-215, ici p. 213.

cet égard combien l'accès à ces objets simples de la société de consommation a été une revendication des patients et des personnels médicaux de l'hôpital psychiatrique depuis les années 1950. Leur accessibilité progressive a accompagné l'histoire de l'humanisation de l'hôpital.

Les objets privés des patients sont des enjeux historiques dans l'équilibre entre hostilité et hospitalité des établissements de soins. Pour Serge Tisseron, « ils médiatisent l'attention et le soin que nous portons à notre propre personne, notamment à travers les produits de toilettes, les vêtements et les parures. Ils entretiennent de ce fait une relation privilégiée avec le narcissisme dans ses différents aspects²⁵⁶. » On imagine aisément combien cette fonction psychique a été mise à mal au regard des témoignages sur l'indignité des tenues des femmes hospitalisées jusque dans les années 1980. Encore aujourd'hui, il arrive que soit refusé, sous prétexte de restrictions budgétaires, l'achat d'un simple matériel de manucure pour les aides-soignantes qui aimaient à « cocooner » les patientes. Sur la cartographie de l'éthique, le couple hostilité/hospitalité se superpose à celui d'indignité/dignité. Si globalement, la question de l'apparence des patients est mieux prise en compte, il reste des sujets polémiques du point de vue du droit et du respect des patients. Par exemple, le port du pyjama en journée à l'hôpital psychiatrique apparaît comme une résurgence des pratiques anciennes de déprivation des patients en psychiatrie. La dignité est un élément fondamental de toute conception d'objet à l'hôpital (comme ailleurs). De même, toujours selon Serge Tisseron, « (...) ils jouent un rôle essentiel dans notre relation aux diverses formes de mémoire, individuelle, familiale et sociale²⁵⁷ ». Aussi, priver un individu de ses objets personnels, c'est aggraver un processus de désaffiliation déjà délétère dans la maladie psychique en supprimant les médiateurs qui le rattachent à son histoire. Mais c'est aussi l'exclure d'une communauté qui se constitue dans la reconnaissance d'un même objet ou dans les échanges qui sont faits avec les objets. Plus encore à l'hôpital psychiatrique qu'ailleurs, le lien entre les individus et les objets porteurs de leur mémoire, sauf si celle-ci est traumatique, est essentiel.

En mettant à jour la complexité des relations entre les êtres humains et leurs objets personnels et en s'interrogeant sur la réglementation conduisant l'institution à les évacuer, ce programme culturel ouvre un nouveau questionnement pour les artistes et les designers souhaitant intervenir à l'hôpital. Car, c'est à partir de ce point d'indignation

256 Serge TISSERON, *op. cit.*, p. 14.

257 Serge TISSERON, *op. cit.*, p. 14.

profonde, provoquée par le phénomène de déprivation des objets privés des patients par l'hôpital, que le designer concevra des objets en portant une attention particulière à leur potentiel de dignité. Mais ces objets sont à repenser dans un contexte où l'ambulatoire devient le modèle dominant de la prise en charge et où les objets technologiques de la communication ont envahi nos espaces intimes. Serge Tisseron donne comme exemples le téléphone portable et internet qui ont profondément transformé nos vies et nos relations sociales. « L'usage des objets ne favorise pas seulement l'installation de contenus psychiques qui leur préexistent, il modifie aussi ceux-ci²⁵⁸ ». Une pensée des objets dans un espace comme l'hôpital ne peut plus se déployer sans intégrer ces nouvelles technologies. Le téléphone mobile transforme la relation d'attachement en constituant une sorte de cordon ombilical avec les personnes provisoirement éloignées, que l'on peut activer à tout moment. Il brouille les repères traditionnels entre espace intime et espace collectif. Internet crée un espace de communication plus libre reposant sur l'idée qu'il existe une communauté de gens qui partagent les mêmes goûts, les mêmes centres d'intérêt, les mêmes projets. La question des smartphones à l'hôpital psychiatrique est désormais au cœur des négociations intime/public et liberté/contrainte entre les usagers et les soignants. Une patiente a témoigné dans l'étude expérience patients de Neuro Sainte-Anne que l'accès à son WhatsApp en service de réanimation a contribué à lui sauver la vie. En tant que porteurs de propositions de services divers, le champ d'impact de ces objets est immense. Il a potentiellement toutes les qualités de l'objet transitionnel capable d'accompagner un travail psychique pendant un temps déterminé. À ce titre, le concepteur doit garder en tête cette fonction de transformation de la personne par la manipulation de son objet. En opposition à l'objet fétiche dont la fonction est de compenser un déficit affectif sans permettre un mouvement vers l'autonomie.

Un focus sur la chambre d'isolement en psychiatrie comme espace type de déprivation des objets et d'absence d'attention oblige à chercher le sens d'une telle pratique au-delà de toute argumentation sécuritaire et clinique. Explorer ce lieu vide, c'est peut-être se donner les moyens réflexifs d'établir un cahier des charges riche en négatif pour de nouveaux objets transitionnels dans la prise en charge thérapeutique.

258 Serge TISSERON, *op. cit.*, p. 16.

La dialectique hostilité et hospitalité

Si l'on partage l'idée que l'institution s'élabore en s'appuyant « sur un idéal de normalisation des comportements et attitudes des individus, idéal qui trouve son inscription dans l'architecture, l'espace physique étant toujours épaulé par son double, l'espace imaginaire et symbolique²⁵⁹ », alors cette dialectique se réfléchit dans celle du dedans et du dehors, de l'intime et du collectif, du privé et du public dans leurs formes matérielles et immatérielles.

L'exposition rend effective, à ce titre, la transformation de la dialectique du dedans et du dehors que Bachelard dénonce comme une spatialisation binaire de la pensée métaphysique sur l'être et le non-être. Il s'appuie pour ce faire sur une citation de Jean Hyppolite pour lequel « (...) la formation du dehors et du dedans : c'est celle de l'aliénation qui se fonde sur ces deux termes. Ce qui se traduit dans leur opposition formelle devient au-delà aliénation et hostilité entre les deux²⁶⁰. » Par les nuances et les renversements entre ces deux termes qu'apporte le concepteur, c'est l'impossibilité d'une fermeture entre deux espaces qui s'affirme. C'est la possibilité de l'hospitalité qui s'ancre dans cette porosité ainsi ouverte.

C'est pourquoi, le motif réflexif tisse les fils des thématiques et ceux des conduites créatrices ensemble. En l'occurrence, l'objet s'est dévoilé comme le réceptacle de thématiques indispensables à l'habitabilité des lieux de soins : le respect de l'intimité, l'effectivité de la dignité, l'auxiliaire de la transformation psychique, le médiateur relationnel, le support de la mémoire individuelle et collective, la fée de l'atmosphère. Cependant, ces thématiques ont été réfléchies par les conduites créatrices qui ont favorisé le questionnement, le trouble, l'empathie, l'émotion par la pratique du décalage, de l'identification, de la poétique, de la sublimation.

Force est de constater que, malgré les progrès incontestables des droits des usagers, les effets de la norme hospitalière - de l'intimité des patients porteuse de désordre, des phénomènes de domination administrative et médicale sur les corps et les objets des plus vulnérables - s'observe encore de nos jours. Nous défendons en conséquence l'idée que l'instauration artistique est du côté de l'hospitalité dans ce qu'elle peut soutenir la réappropriation par les sujets de leurs mouvements psychiques par leurs objets transformateurs,

259 Jean-Paul FILIOD, « Marques et signification du (chez)-soi dans l'institution », non publié.

260 Gaston BACHELARD. *op. cit.*, p. 192.

de leurs histoires par leurs objets mémoires, de leur dignité par leurs objets miroirs, de leurs espaces par leurs objets affectés ? En conséquence, ce motif réflexif se pense aussi en termes de perspectives et de projets pour les concepteurs d'objets et d'espaces des lieux de soins, en cohérence avec la définition du motif en esthétique donnée par Etienne Souriau « l'idée directrice qui entraîne le développement de l'œuvre et la pousse vers la réalisation de sa nature²⁶¹. »

La demande ultérieure du centre historique de la résistance et de la déportation de Lyon (CHRD) d'intégrer le parcours et les objets d'un patient mort de faim à l'hôpital du Vinatier sous l'Occupation, a permis l'intégration de la catégorie des malades mentaux dans le champ de la connaissance et des processus mémoriels alors que leur stigmatisation avait plutôt tendance à les en exclure.

20 ans plus tard à l'hôpital Perray-Vaucluse

La « petite mémoire du quotidien » de Perray-Vaucluse en guise de récit contre la disparition²⁶²

*Solitaire à jamais
Enseveli sous les fantômes
Arpentant hagard et souriant
Les allées d'une hétérotopie
Et puis cette rose
Bruissante dans son écrin
Le monde s'est révélé
Dans un éclair instantané
Quand la rose a fané
La nuit s'est refermée
Sur mon cœur abandonné.*

261 Etienne SOURIAU, *Vocabulaire d'esthétique*, Éditions PUF, 2010, p. 1090.

262 Ce texte a fourni la base d'un article publié ultérieurement dans la revue *L'information psychiatrique*, co-signé par l'ensemble des membres permanents du *lab-ah* ayant participé à ce projet : Carine DELANOË-VIEUX, Marie COIRIE, Gaspard BOUHALLIER, Coline FONTAINE, Benjamin SALABAY, « Perray-Vaucluse. Anamnèse d'un hôpital en reconversion », *L'Information psychiatrique*, Volume 97, n°1, 2021.

Dans la continuité du motif réflexif et des conduites créatrices mémorielles, nous pouvons aussi rendre compte de la démarche du *lab-ah*, vingt ans plus tard, dans le processus d'accompagnement de la fermeture du site historique de Perray-Vaucluse dans l'Essonne, dont les activités sanitaires ont été transférées, désormais intégralement, dans des structures hospitalières et ambulatoires situées à Paris. Celle-ci présente une forte connivence avec le projet de *la Ferme du Vinatier* et mérite à cet égard d'être, si ce n'est analysé, au moins présentée pour montrer la permanence des enjeux de mémoire, entre hostilité et hospitalité, dans l'accompagnement des transformations hospitalières.

Lorsque le *lab-ah* a été créé en 2016 par le GHU Paris psychiatrie & neurosciences, le transfert des activités sanitaires de Perray-Vaucluse à Paris était globalement effectif depuis plus d'une dizaine d'années. Le site historique du groupe public de santé de Perray-Vaucluse était donc déjà largement mis en sommeil. Pourtant, en nous invitant à nous intéresser à la mutation radicale de ce grand établissement public, porteur de 150 ans d'histoire hospitalière, l'institution a voulu se donner des moyens d'appréhension et de compréhension, à travers cet héritage, des multiples dimensions de ce qui fait, hier mais aussi aujourd'hui, la vie quotidienne d'un établissement hospitalier. En effet, l'avenir de la psychiatrie ne se construit pas dans le déni de ces histoires tramées de trajectoires et de récits individuels, de mémoires et d'objets patrimoniaux, d'images et d'archives, de toutes les traces de ceux qui l'ont constituée, traversée, vécue. Aussi, raconter cette histoire, dès lors qu'elle s'inscrit dans le fil d'un récit encore en train de s'écrire, ce n'est pas de la nostalgie mais c'est préparer l'avenir.



Illustration 36 : Carte postale colorisée d'une vue de l'hôpital Perray-Vaucluse

© GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Cependant, notre arrivée très tardive dans le processus de fermeture de l'établissement n'a malheureusement pas permis de concrétiser le désir de transmettre le patrimoine matériel et immatériel du site historique aux structures parisiennes. Les locaux étaient déjà désaffectés, les personnels transférés et les objets disparus. Cet état de fait nous a conduit à opter pour des modes d'action modestes, légers, mais attentionnés et tournés vers la reconversion du site.

Le premier jour, l'appréhension de ces milliers de mètres carrés en déshérence, de ces centaines d'hectares en déprise nous est apparue comme un véritable défi à toute action. Ces généreuses étendues boisées à l'odeur de terre mouillée et ces bâtiments à la tranquille harmonie émergeaient du calme matin d'hiver de notre première visite comme un château de la Belle au bois dormant. Pas d'activités, pas de promeneurs, juste des murs, des fenêtres closes et de la végétation. Ce sentiment d'un monde englouti se renforçait encore quand on pénétrait dans les bâtiments. Des murs lépreux et des vestiges de vie sociale tombée en désuétude : des ateliers et des espaces médicaux abandonnés comme si les utilisateurs avaient subitement fui suite à une alerte. On attendait presque leur retour d'un moment à l'autre. C'est sans conteste la fin d'un monde dont les paysages et les locaux conservent l'empreinte.

Afin d'initier la démarche, le *lab-ah* a invité Jean-Pierre Moulères, auteur et commissaire d'exposition, à porter son regard de poète sur ces espaces. Celui-ci a considéré dès le premier abord que « le plus juste sera d'arpenter ces lieux désormais vides de gens, mais pas vides de leurs histoires, de leur présence. Mais pas vides de traces. » Doté d'un appareil photographique, il a prélevé traces, fragments, et agencements d'une vie d'autrefois dans tous les bâtiments. Cette déambulation sensible a joué le rôle de « MacGuffin », objet prétexte au développement d'un scénario dans le cinéma d'Alfred Hitchcock, pour la démarche patrimoniale d'ensemble.

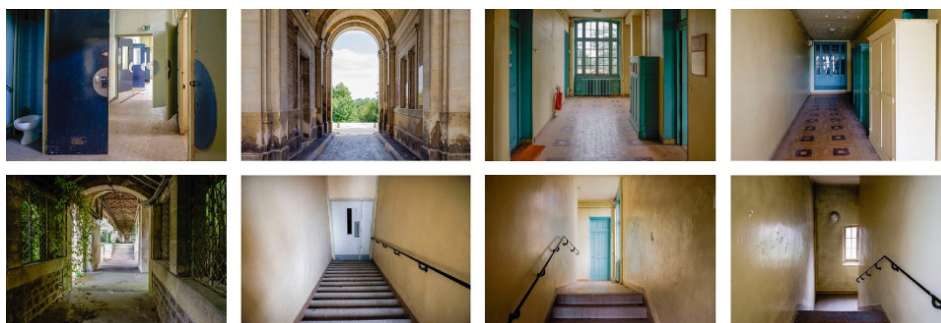


Illustration 37 : Locaux vides de Perray Vacluse

© Jean-Pierre Moulères, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences



Illustration 38 : Locaux vides de Perray Vaucluse

© Jean-Pierre Moulères, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Nous avons imaginé créer une Maison du projet pour rendre compte des projets d'avenir pour le site. Dès lors, des liens se sont noués avec des professionnels. Avec leur aide, nous avons organisé une réunion de préouverture fondatrice du projet, à laquelle professionnels, actuels et anciens de Perray-Vaucluse, étaient conviés. L'évocation d'une Maison du projet, sur le modèle de l'accompagnement des projets urbains, a suscité incompréhension et refus. Pour eux, confrontés depuis plusieurs années à l'extinction d'un monde qui exhale la lourde fragrance de la mélancolie, le temps n'était pas à la prospective. On a beau connaître les avatars de la psychiatrie asilaire, ses conséquences parfois dramatiques sur la dignité, l'autonomie et la réinsertion des personnes malades, l'agonie de cette utopie terriblement réalisée produit de la nostalgie : le moulin, les ateliers de couture, la menuiserie, la chapelle, la morgue, le cimetière... que de disparitions. Alors que le monde dans lequel on vit porte son lot d'inquiétudes et de crispations identitaires, ces décombres évoquent un univers maîtrisé, codifié, abrité derrière ses hauts murs... somme toute rassurant et que d'aucuns pouvaient regretter. Et ce d'autant plus lorsque ces lieux sont attachés à des souvenirs personnels remontant à une jeunesse toujours mythifiée.

Nous avons alors considéré avec Michel de Certeau que ces lieux étaient comme « des histoires fragmentaires et repliées, des passées volés à la lisibilité par autrui, des temps empilés qui peuvent se déplier mais qui sont là plutôt comme des récits en attente. » L'urgence était donc d'accompagner l'élaboration d'un récit collectif, par la mise en forme et le partage des expériences vécues par les habitants du lieu, et de leurs traces. L'enjeu était d'exprimer une re-connaissance des multiples trajectoires qui ont tissé la vie sociale de l'hôpital Perray-Vaucluse pendant 150 ans. Il était dès lors évident que le travail de patrimonialisation porterait sur l'ensemble des dimensions de la vie à l'hôpital et pas seulement sur l'histoire des grands noms et des dates marquantes de la psychiatrie.

C'est ainsi que la toute nouvelle Maison du patrimoine s'est installée dans les locaux abandonnés de l'économat. Elle a fédéré l'équipe du *lab-ah*, divers professionnels à la retraite et en activité, et des personnalités invitées, notamment des chercheurs et des artistes. Elle s'est donnée comme chantier de retisser les fils des histoires de l'hôpital Perray-Vaucluse, d'en interroger les témoins, objets et sujets, et de construire un récit à plusieurs voix pouvant être conté à la communauté élargie. À cet égard, la Maison du patrimoine s'est construite comme un lieu de rencontres multiples pour les professionnels de Perray-Vaucluse autour de leurs souvenirs. Une équipe s'est rendue disponible pour collecter la mémoire vivante en menant des entretiens et pour recueillir des documents et des objets ayant une valeur patrimoniale ou simplement affective. Elle a partagé ces contributions sous la forme d'expositions légères et en éditant une lettre trimestrielle « La feuille du Patrimoine » faisant la part belle aux ressentis, aux anecdotes, aux témoignages et aux images.



Illustration 39 : Collecte de la Maison du patrimoine de l'hôpital Perray-Vaucluse

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Par ailleurs, malgré la demande explicite de la direction, le projet de réaliser un inventaire patrimonial mobilier a rapidement trouvé ses limites, peu d'objets à caractère patrimonial ayant été conservés. Cela a permis au *lab-ah*, alors que nulle collection de valeur objective n'a pu être constituée, de patrimonialiser les objets de la vie quotidienne collectés, en fonction du sens qu'ils avaient pour leurs donateurs.



Illustration 40 : Collecte de la Maison du patrimoine de l'hôpital Perray-Vaucluse

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Ainsi considérée, la démarche patrimoniale a trouvé dans nos compétences en médiation culturelle et en design les supports de sa visibilité et de son intelligibilité. Peu à peu la confiance s'est installée entre ceux qui ont le savoir et ceux qui ont le savoir-faire du faire-savoir. Les expositions présentées à la Maison du patrimoine de Perray-Vaucluse ne sont pas le fruit d'une recherche scientifique aboutie mais la transcription, en direct, d'un travail collectif en perpétuel mouvement qui dessine un portrait kaléidoscopique de l'institution. Portrait esquissé grâce aux travaux photographiques de Frédéric Vacher, soignant et photographe, et de Jean-Pierre Moulères. Mais aussi grâce aux dossiers d'archives remarquables identifiés par Michel Caire, psychiatre et historien et aux objets et aux documents donnés par les contributeurs. Une salle de collecte a été installée et scénographiée pour inviter les visiteurs à déposer témoignages et les traces de leur passage à Perray-Vaucluse.

À partir de l'inventaire rigoureux des dons et des témoignages du groupe des donateurs, l'exposition « 1001 vies de Perray-Vaucluse²⁶³ » a fait émerger des brumes de la mémoire un paysage plus clair et plus complet de l'histoire sociale de l'hôpital. Sont abordées dans cette exposition les thématiques des métiers, de la fête et de la vie sociale des

263 L'exposition a évolué pour les journées européennes du patrimoine vers une proposition plus aboutie grâce à deux étudiants en Master patrimoine et médiation culturelle, Léonard Fizaine et Lucile Le Douaron.

personnels, de la vie quotidienne des patients, des luttes sociales, de la colonie d'enfants. Il faut rendre hommage au talent des designers²⁶⁴ qui ont su, avec des moyens frugaux, mettre en scène les objets témoins de cette histoire de manière attractive.



Illustration 41 : Vestiaire de l'hôpital Perray-Vaucluse

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

La découverte du vestiaire des patients, quasi intact, a installés ces derniers au cœur de la démarche, alors que les bénéficiaires des institutions publiques sont rarement les héros des dispositifs de patrimonialisation. Le vestiaire des patients est le lieu le plus mélancolique et le plus poignant de la visite. Des centaines de vestes sur cintres, de valises entassées, de parapluies qui ne servent plus depuis longtemps et de balluchons artisanaux taillés dans la toile rayée des matelas. Sur chacun d'entre eux, une étiquette sépia porte la mention écrite à la plume du nom du patient et de son numéro de matricule. Tout ce qu'il reste de milliers de trajectoires de vie qui sont venus se ressourcer ou se fracasser sur les murs de l'asile. Il faut conserver ces reliques pour se souvenir que la psychiatrie ce sont d'abord des hommes et des femmes qui se sont battus corps à corps avec l'intime de leur folie et le cadre social qu'on leur imposait. Que disent les dossiers médicaux de leur maladie, de leur entourage ou de leur isolement, de l'attention que l'on a portée ou non à leur humanité ? Comment ce voyage dans ces vestiges de vies personnelle, et dans les formes qu'elles prennent dans le langage administratif et médical, vient-il éclairer les ambitions et les valeurs du GHU pour une nouvelle psychiatrie inclusive, intégrative et de rétablissement ?

264 Coline Fontaine, Benjamin Salabay, Marie Coirié, Maeva Nagbo, Alix Vignon.

En s’immergeant dans ces centaines de baluchons et de valises, les opérateurs de la Maison du patrimoine ont eu à cœur de rendre les patients présents dans la mémoire de notre communauté. C’est pourquoi la Maison du patrimoine a invité Marianna Scarfone, historienne de la psychiatrie, à élucider les trajectoires des personnes à travers leurs biens restés au vestiaire de l’hôpital Perray-Vaucluse, en les inscrivant dans une histoire sociale plus large. C’est pourquoi l’artiste Sébastien Rémy et les élèves du lycée Sainte Geneviève des Bois ont exploré et imaginé la vie de ces patients et de leur famille en s’intéressant à leurs correspondances et à leurs objets domestiques. C’est pourquoi la Maison du patrimoine a fêté le 25 janvier 2019, le cent cinquantième anniversaire de l’arrivée du premier patient à Perray-Vaucluse.

La Maison du patrimoine a également accueilli le travail des élèves du lycée Albert Einstein de Sainte Geneviève des Bois au sein d’ateliers pilotés par Sébastien Rémy. En effet, dans le contexte d’un projet d’éducation artistique et culturel, en partenariat avec le CAC Bretigny, centre d’art contemporain, des ateliers organisés au lycée ont été consacrés à comprendre et formaliser les parcours des patients et des professionnels au sein de l’hôpital de Perray-Vaucluse. Ce partenariat a donné un sens civique à la démarche en permettant de sensibiliser des adolescents à l’histoire de la maladie mentale et de la psychiatrie.



Illustration 42 : Exposition « Dire encore nos histoire... » de Sébastien Rémy, avec le CAC Brétigny, centre d’art contemporain et le lycée Albert Einstein (Sainte-Geneviève-des-Bois)

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Ainsi, la Maison du patrimoine témoigne-t-elle de la volonté de tous ses contributeurs de ne pas se heurter à l'énigme de la disparition. Elle rend compte de l'élaboration d'un récit collectif, sachant qu'un récit se caractérise toujours par la possibilité d'une suite. La preuve en est que la Maison du patrimoine est désormais relayée par une association fondée par les hospitaliers. La preuve en est que l'histoire de la psychiatrie parisienne continue sous de nouvelles formes...

2. La puissance performative du symbole comme trame du motif esthétique

Cahier poïétique 2 : « le ciel est par-dessus le toit, si bleu, si calme »

*À celui qui riche d'un regard
Fait grandir en lui
L'ivresse de vastes espaces
À celui qui respire dans sa nuit
Le doux désordre des branches
Et touche le ciel
À celui dont la rêverie
L'emporte à dos d'oie
Espérance sauvage et cruelle
Qui du faux ou du vrai
Fait tinter les cloches de l'immensité
Coule le flot des regrets
Dans les nervures des grands arbres*

Dans un espace aussi contraint et normatif qu'une Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) – euphémisme technocratique pour désigner un hôpital psychiatrique dédié aux détenus – est-il possible d'instaurer une hospitalité par le truchement des dimensions esthétique et symbolique d'une œuvre ?

C'est le défi auquel a répondu *la Ferme du Vinatier*, à la demande des équipes soignantes, en assumant la fonction d'assistance à maîtrise d'ouvrage auprès de l'hôpital et de l'ARS sur le versant d'une commande artistique, à intégrer au marché de conception - réalisation du bâtiment. Toute la force de l'œuvre réside dans la manière dont elle investit l'aporie d'une hospitalité fondée sur l'enfermement. Le retournement de la limite

vers la possibilité d'un ailleurs, grâce à la dislocation phénoménologique de la matière compacte du mur, fait advenir une cosmogonie du ciel, des arbres et de la terre où l'on n'est plus seul. Par son seul pouvoir d'existence, par sa fonction performative d'être, elle ouvre un chemin symbolique vers la liberté.

C'est donc par sa qualité d'évocation que l'œuvre participe d'une philosophie de l'hospitalité, non pas en aménageant les lieux mais en ouvrant dans l'espace mental des observateurs un passage redevenu possible : tant des patients détenus vers le dehors que des habitants vers l'altérité qui réside en ces murs. À cet égard, cette étude relève pleinement du motif esthétique.

Pour évoquer les termes même de René Passeron, « instaurer avec un tel éclat » un autre possible, c'est ici redonner toute sa valeur à la réhabilitation et à la réinsertion des malades détenus, c'est retourner la question de l'hospitalité en l'adressant à la ville : quel accueil réserve-t-elle aux patients ex-détenus dans leur parcours de rétablissement ?



Illustration 43 : Croquis du projet « le ciel est par-dessus les toits si bleu, si calme »

© Chantal Dugave

Un équipement d'État porteur d'une aporie entre soin et détention

La loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice prévoit dans son article 48 que l'ensemble des hospitalisations des personnes détenues pour motif psychiatrique, avec

ou sans leur consentement, sera réalisé dans des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Les UHSA seront rattachées aux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. La sécurisation de ces unités sera assurée par l'administration pénitentiaire²⁶⁵.

Face au constat d'une inadaptation des moyens actuels du dispositif de santé publique pour la prise en charge des problèmes posés par la souffrance psychique et la maladie mentale en prison, la République Française a décidé de se doter d'un nouveau type d'institution : les UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée). Là se situe le point de départ d'un nouveau concept architectural ayant à hybrider les cadres de références pénitentiaire et hospitalière. Une première vague de neuf constructions est envisagée par le gouvernement sous la présidence de Nicolas Sarkozy. L'hôpital Le Vinatier est sélectionné pour accueillir la toute première UHSA sur le territoire national en raison, notamment, du dynamisme de son Service Médico-Psychologique Régional, dirigé alors par le Dr Pierre Lamothe, expert national en psychiatrie judiciaire, en particulier concernant les auteurs de violences sexuelles.

Le programme prévoit de construire, avec des moyens nouveaux et dédiés en personnels et dotations de fonctionnement, trois unités de vingt lits à vocation interrégionale destinées à accueillir des détenus relevant d'une hospitalisation psychiatrique. Le principe est posé d'une admission exclusivement liée à une indication médicale, guidée seulement par l'état de santé du patient sans préjudice de sa situation pénale. La vie quotidienne doit être réglée par le fonctionnement hospitalier mais la responsabilité de la sécurité, aussi bien lors des activités de soins que lors des mouvements en liaisons externes, est confiée à l'Administration Pénitentiaire et ses agents.

Cette Loi veut apporter une réponse à la situation dramatique de la santé mentale des détenus en France, dénoncée de longue date par les professionnels du secteur et les associations, soit que leur maladie les ait conduits en prison, soit que la prison ait gravement affecté leur état psychologique. Les SMPR – Services Médico-Psychologiques Régionaux – ne suffisent pas à faire face à la gravité de la situation. Selon L'Observatoire International des Prisons, « une personne détenue sur quatre souffrirait de troubles psychotiques.

265 Circulaire DHOS/O2/F2/E4/2007/284 du 16 juillet 2007 relative aux modalités de financement des dépenses d'investissement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) et à l'attribution de subventions FMESPP pour 2007.

C'est huit fois plus que dans la population générale²⁶⁶ ». Ces chiffres ne recouvrent ici que les maladies psychiatriques avérées telles que les psychoses et non pas les troubles psychiques largement répandus en prison tels que la dépression, les crises d'angoisse, les phobies, les idées suicidaires etc. Outre le manque de moyens des SMPR pour prendre en charge cette population, les psychiatres s'accordent à souligner que la prison ne peut pas être un lieu de soins, « la prison – par son architecture, ses normes de sécurité, sa fonction d'enfermement même – est un terrain intrinsèquement hostile au soin²⁶⁷ ». En conséquence, la création des UHSA, en permettant le transfert de personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques du milieu hostile de la prison vers le milieu hospitalier plus adapté à leur prise en charge, apparaît comme une avancée dans le combat pour les droits humains, tout à la fois des malades mentaux et des prisonniers. Pour autant, si les professionnels et les militants reconnaissent cette avancée, ils déplorent que le projet d'équipement se substitue à une véritable ambition politique en la matière.

En effet, si l'UHSA propose une alternative intéressante pour le temps d'hospitalisation d'un détenu en décompensation psychiatrique, elle occulte la complexité de la question même de l'emprisonnement des psychotiques, en amont et en aval de la peine. Comme le souligne Laure Anelli²⁶⁸ dans un article, le nombre de déclarations d'irresponsabilité ces trente dernières années a été divisé par quatre. Le corollaire de ce phénomène est une pénalisation plus lourde des personnes dont le discernement a été jugé « altéré » par les experts, répondant en cela à un imaginaire visiblement indépassable qui associe folie et dangerosité. Force est de reconnaître que Nicolas Sarkozy a largement grevé les initiatives de déstigmatisation en relayant lui-même, tant sur le plan médiatique que législatif, cet imaginaire du « fou-criminel ». Il a en effet annoncé le 20 août 2007 « l'ouverture à Lyon, dans le courant de l'année 2009, d'un hôpital-prison entièrement dédié aux délinquants sexuels qui auraient achevé leur peine²⁶⁹ », faisant ainsi une confusion entre les UHSA et les Centres de rétention de sûreté qu'il envisageait alors de créer. Dans une société déjà réfractaire au risque, ce contexte a été peu propice à expérimenter, comme au Canada, des alternatives de prise en charge en milieu ouvert. Si l'équipement UHSA apporte une

266 Laure ANELLI. « Maladie psychique en prison : une folie ». Site de l'Observatoire International des Prisons, 18 mai 2018

267 Laure ANELLI, *Loc. cit.*

268 Laure ANELLI, *Loc. cit.*

269 Dalya DAOUD, Laurent BURLET, « Sarkozy et « l'hôpital pour pédophiles » de Lyon », Lyon Capitale, n°686, février 2010.

amélioration dans la prise en charge des personnes détenues souffrant de maladies psychotiques, il nourrit toutefois l'imaginaire associant pénitencier et maladie mentale, tout en faisant écran à une pensée des alternatives à l'enfermement.

Se pose alors la question de savoir si cette contradiction inhérente entre la vocation de soins et la privation punitive de liberté de l'UHSA pourrait se résoudre, au moins partiellement, dans un processus d'instauration artistique ? La grammaire formelle du bâtiment relèvera-t-elle de la prison ou de l'hôpital ? Cette aporie ne devrait-elle pas être le moteur de la conception architecturale ? Là commence le processus qui donnera lieu à la création de l'œuvre de l'artiste-architecte Chantal Dugave.

L'émergence de la commande dans l'espace du *drogman*

Le 17 novembre 1998, l'État – ministère de la Culture et ministère de la Santé – et les collectivités territoriales – le département du Rhône, la ville de Bron, la ville de Lyon – signent une convention d'objectifs pluriannuelle avec le centre hospitalier Le Vinatier pour développer et pérenniser une politique culturelle conduite par *la Ferme du Vinatier*, centre culturel intégré. Rappelons que, dès l'origine, ces manifestations se sont construites sur un principe d'échanges entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital, à travers des partenariats avec des structures culturelles et universitaires. Elles ont toujours été ouvertes à un public mixte composé de patients, de personnels et de personnes extérieures.

La place de *la Ferme du Vinatier* dans la conception et la mise en œuvre du programme régional Culture et Santé a été prépondérante. En effet, notre poste a été partiellement mis à disposition auprès de l'agence régionale de santé pour l'accompagner à définir et déployer un appel à projets en Rhône-Alpes, en partenariat avec la direction régionale des affaires culturelles de Rhône-Alpes, rejointe par la région quelques années plus tard. La relation qui s'est établie entre l'équipe culturelle du CH Le Vinatier et celle de l'ARS jouera un rôle important dans la décision d'intégrer une commande artistique dans le marché de conception-réalisation de l'UHSA.

Rapidement, *la Ferme du Vinatier* a été requise pour favoriser une meilleure interaction entre les projets institutionnels et leur accompagnement culturel. C'est ainsi qu'en 2006, nous avons coordonné pendant deux ans la définition du projet d'urbanisme et de paysage de l'hôpital dont la maîtrise d'œuvre a été confiée à l'Atelier des paysages, dirigé par le paysagiste Alain Marguerit. S'il est important ici de souligner l'enchevêtrement des responsabilités de l'équipe responsable de *la Ferme du Vinatier* c'est qu'il dessine l'espace du *drogman*, l'espace où celui-ci peut jouer pleinement son rôle de médiation, de traduction et de négociation. En effet, c'est au titre de ces responsabilités dans le Projet

d'Urbanisme et de Paysage que nous avons intégré le comité de pilotage et les réunions de travail de l'UHSA. À l'occasion de ces rencontres, les équipes soignantes ont exprimé leurs inquiétudes. Inquiétudes à l'égard des signaux sécuritaires propres à l'architecture pénitentiaire, participant d'un imaginaire stigmatisant, associant maladie mentale et dangerosité. Le mur extérieur de l'UHSA, lisse de 6 mètres de haut et encerclant le bâtiment, a cristallisé les angoisses des professionnels du soin. Le psychiatre Emmanuel Venet, par exemple, a déploré l'installation de l'UHSA au sein du Vinatier car « cela renforce l'image d'une psychiatrie à qui l'on confie de plus en plus un rôle sécuritaire, un contrôle social, une contention de la violence²⁷⁰ ».

Le fonctionnement au quotidien de l'équipement était au demeurant un point de fixation dans les appréhensions du personnel. Les infirmiers craignant une confusion entre la fonction de soins et celle de surveillance. Un retour aux réminiscences du grand renfermement, théorisé en son temps par Michel Foucault. Un infirmier s'exprime ainsi dans l'article de LibéLyon, « les deux professions, n'ont pas la même culture, pas le même statut, pas les mêmes objectifs. Elles subiront des injonctions paradoxales qui se traduiront par une confusion entre celui qui soigne et celui qui garde²⁷¹ ».

Familières de *la Ferme du Vinatier*, ressource artistique et culturelle de l'hôpital depuis 1997, soit une dizaine d'années avant la date de lancement du programme de l'UHSA (2007), les équipes hospitalières se sont tournées vers elle dans l'espoir que l'art pourrait apporter des réponses et atténuer les sujets d'inquiétudes. Mais pourquoi ne pas avoir confié aux équipes de maîtrise d'œuvre architecturale la résolution de l'aporie du programme ?

Il se peut que cette interrogation renvoie à un état plus global de la commande architecturale à l'hôpital. Soumise à des contraintes économiques de plus en plus drastiques, à un cahier des charges technique et fonctionnel proliférant, et à une concurrence féroce, elle est en effet réputée pour laisser peu de places aux détails, aux écarts, à la sensibilité. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder la grille de pondération des critères de sélection du règlement de consultation du marché de conception-réalisation de l'UHSA qui positionne la qualité architecturale en dernière place :

270 Olivier BERTRAND, « À Lyon, la psychiatrie derrière des barreaux », LibéLyon, 21 mai 2010.

271 Olivier BERTRAND, *loc. cit.*

Critère n°1 : Respect du Programme Technique Détaillé (exigences techniques et fonctionnelles).

La note attribuée à l'offre pour ce critère sera affectée d'un coefficient de pondération de 40 % (soit un coefficient multiplicateur de 0,40).

Critère n°2 : Prix et délais des prestations (meilleur coûts d'investissement et d'exploitation future, conformité de la DPGF, meilleurs délais)

La note attribuée à l'offre pour ce critère sera affectée d'un coefficient de pondération de 40 % (soit un coefficient multiplicateur de 0,40).

Critère n°3 : Qualité architecturale, environnementale et artistique

La note attribuée à l'offre pour ce critère sera affectée d'un coefficient de pondération de 20% (soit un coefficient multiplicateur de 0,20).

Paradoxalement, l'initiative de cette commande artistique a été soutenue par l'équipe d'appui à l'investissement de l'ARS Rhône-Alpes et pas du tout par la DRAC. L'argument de désengagement de la DRAC éclaire une certaine normativité de la commande publique : au regard des critères de sélection de l'opérateur du marché de conception-réalisation et du peu de marges laissé à la négociation ultérieure, la DRAC n'a pas souhaité prendre le risque de se trouver associée à un projet architectural choisi pour ses qualités économiques et fonctionnelles mais avec un projet artistique médiocre. Si le risque était réel, nous pouvons toutefois regretter que la crainte de faillir prenne le pas sur la possibilité d'expérimenter de nouvelles articulations entre l'art et d'autres segments de la société, d'autres publics et d'autres processus sociaux. Elle a néanmoins accepté d'orienter les entreprises candidates vers de possibles artistes à intégrer dans les équipes de maîtrise d'œuvre. Les entreprises ont, à cet égard, fait preuve de peu d'imagination. Elles ont sollicité prioritairement les artistes ayant déjà travaillé avec *la Ferme du Vinatier*.

Avec le soutien de l'ARS, *la Ferme du Vinatier* a donc accompagné l'équipe hospitalière de l'UHSA pour élaborer un cahier des charges qualitatif et procéder à une commande artistique au sein du marché de conception-réalisation. Ses principales orientations ont été rédigées de la manière suivante :

*1. Une perception externe en contradiction avec le cœur d'activité
Les signes extérieurs de la fonction carcérale de ce bâtiment seront vraisemblablement très forts, en particulier le mur d'enceinte d'une hauteur lisse de 6 mètres et les différentes clôtures. Or, ils sont en contradiction avec la vocation première de l'institution, le soin hospitalier, et posent la question de la perception symbolique du bâtiment tant du point de vue des usagers et des personnels du pôle hospitalier*

que, le cas échéant, des milliers d'automobilistes du périphérique que le Grand Lyon veut requalifier. Les attentes exprimées à l'égard de l'intervention artistique visent donc essentiellement à signifier la valeur soignante et hospitalière de l'institution. En outre, l'artiste devra prendre en compte le paradoxe qui consiste à travailler sur la porosité symbolique d'un mur d'enceinte. Il s'agit de rendre sensible l'idée selon laquelle il n'y a pas de frontière définitive entre l'extérieur et l'intérieur car les hommes qui sont dedans retrouveront un jour le dehors. Les notions d'horizontalité, de rythme et de mouvement sont évoquées.

2. Les relations avec les familles : facteur thérapeutique primordial
L'interface avec les familles répond à l'intention d'une main tendue qui laisse espérer un retour à la citoyenneté de leur proche au-delà des rigueurs de la Loi. Les responsables médicaux et soignants aspirent à un espace de sérénité dont l'aspect un peu banal lui ôterait toute solennité impressionnante. Sans nier la contrainte du soin, ni même celle de la détention, il s'agit d'évoquer également le lieu de vie qu'est l'UHSA. L'idée de réinsertion doit être le génie du lieu.

3. Favoriser l'esprit d'intégration d'un espace fragmenté
L'UHSA est organisée principalement en chambres isolées les unes des autres. Pour lutter contre le sentiment d'isolement et de fragmentation, l'intervention artistique pourrait favoriser l'esprit d'intégration soit en privilégiant l'unité de vie collective, soit en faisant lien entre les « cellules ».

Le projet artistique pourrait intégrer les trois orientations dans une démarche d'ensemble cohérente évoquant le lien qui se tisse de l'extérieur vers l'intérieur. Néanmoins les espaces extérieurs sont prioritaires et les interventions dans les espaces intérieurs doivent être envisagées comme des ponctuations ou des rappels de l'œuvre principale²⁷².

Ainsi, s'expriment dans ce cahier des charges trois intentions constitutives du tissage de l'hospitalité telle que définie dans ce travail :

272 Extrait du cahier des charges de la commande artistique annexée au marché de conception-réalisation.

- ♦ L'attention portée à la vulnérabilité d'autrui et à sa souffrance avant toute autre considération, en l'occurrence son éventuel dangerosité ;
- ♦ L'espoir comme horizon, ici la possibilité de sortir de prison et de se réinsérer dans la vie ordinaire ;
- ♦ La relation avec les autres, la participation à une vie collective, d'autant plus nécessaire dans une architecture pénitentiaire qui sépare, clôt et enferme.

Nous analyserons la proposition artistique à travers le prisme des intentions du commanditaire exprimées ci-dessus.

L'UHSA du Vinatier était la première à ouvrir ses portes en France. Neuf autres UHSA étaient prévues sur le territoire. En conséquence, la capacité à intégrer une démarche artistique dans le projet architectural, malgré de fortes contraintes techniques et réglementaires, et malgré la rigidité du dispositif de marché de conception-réalisation, constituait dès lors un précédent pouvant inspirer les autres équipes de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre.

L'implantation

Le programme de l'UHSA a été élaboré alors que la phase de conception du projet d'Urbanisme et de Paysage du Centre hospitalier Le Vinatier touchait à son terme. Aussi, est-il le premier bâtiment à avoir bénéficié des recommandations de l'assistance à maîtrise d'ouvrage, l'Atelier des paysages et l'Atelier Bernard Paris.

La parcelle dédiée à l'UHSA est située à l'extrême Nord-Est du domaine du Vinatier. Relativement à l'entrée principale, on peut dire qu'elle est au fond du domaine. Ce positionnement pourrait redoubler les effets de stigmatisation d'une population qui n'est pas la bienvenue ni pour l'hôpital, ni pour la cité. Mais il est néanmoins atténué par la création prévue dans le Projet d'urbanisme d'un deuxième accès pour les automobiles, relié directement au boulevard Laurent Bonnevey, périphérique urbain de Lyon. Celui-ci était une demande sécuritaire du ministère de la Justice mais aussi un souhait de la direction de l'hôpital qui ne voulait pas que les fourgons pénitentiaires traversent tout l'hôpital.

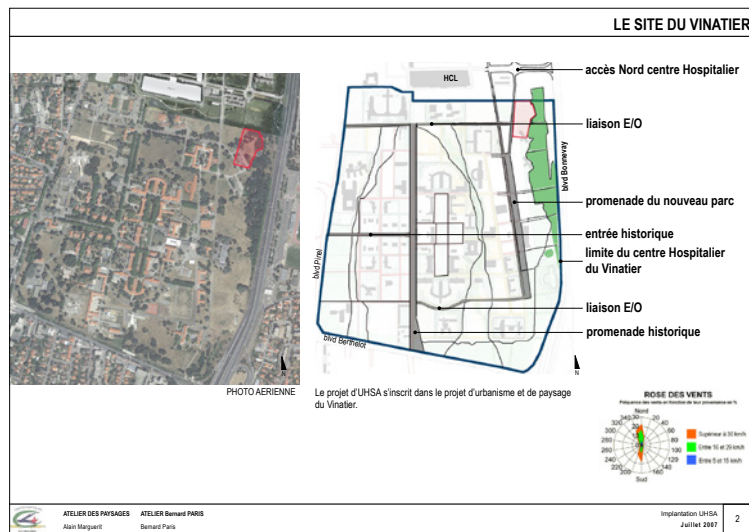


Illustration 44 : Planche extraite du Plan d'urbanisme et de paysage

© Atelier du paysage, Centre hospitalier Le Vinatier

En tant que paysagiste, Alain Marguerit souligne l'importance des EBC (espaces boisés classés) en proposant une implantation qui en respecte les limites. Il attire également l'attention sur les EVMV (espace végétalisé à mettre en valeur) et préconise de replanter autour de l'UHSA les arbres qui auront été sacrifiés à la construction. Son analyse paysagère a été respectée par les architectes du cabinet Vurpas et l'artiste Chantal Dugave.

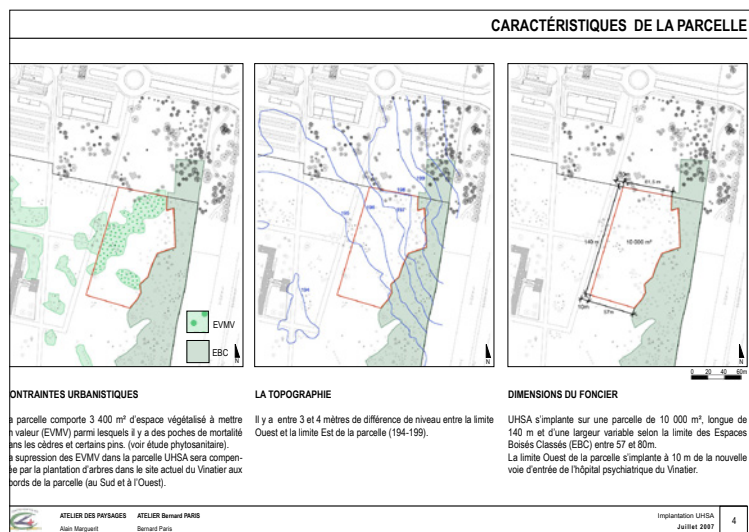


Illustration 45 : Planche extraite du Plan d'urbanisme et de paysage

© Atelier du paysage, Centre hospitalier Le Vinatier

Lorsque les prescriptions énoncent « ce front végétal, dont la limite peut être précisée selon l'état phytosanitaire des arbres concernés, sera le fond de scène du futur projet architectural », elles évoquent déjà une relation ontologique entre la réalisation architecturale et les arbres, ultérieurement traduite dans l'œuvre de l'artiste. Ou encore, lorsqu'elles informent que « ces ensembles de nouvelles plantations à l'Est et au Sud viendront compenser les surfaces végétales classées en EVMV que la construction des bâtiments et ouvrages annexes de l'UHSA supprimeront », elles invitent déjà à la dimension de remémoration prise au sérieux par Chantal Dugave dans son œuvre.

L'œuvre artistique : *Le ciel est par-dessus le toit*

Ce qui est observé ici est bien l'œuvre artistique intégré au projet architectural et non le projet architectural lui-même. Pour autant, l'installation de l'artiste dialogue avec une architecture qui a tenté de répondre à l'ensemble du programme. L'œuvre d'art porte la parole d'une liberté qui, en retour, transforme l'architecture.

L'œuvre de Chantal Dugave investit à la fois le mur et le patio. Elle incruste dans le mur, face extérieure, des arbres en inox poli. Sur la face intérieure, les mêmes arbres sont reproduits par un léger vernis. Enfin, elle installe sur le mur latéral des découpes en inox d'oies sauvages prenant leur envol. Elle investit par ailleurs le patio en installant une roseraie dont les plantes présentent la caractéristique de n'avoir pas d'épines.

L'intention de l'artiste

Chantal Dugave a mis en exergue de sa proposition le poème de Verlaine « le ciel est par-dessus le toit », installant tranquillement comme fondation de son œuvre une poétique de la relation entre l'espace de détention et l'espace extérieur, vibrant sur la corde sensible du prisonnier-poète.

Le ciel est par-dessus le toit

*Le ciel est par-dessus le toit,
Si bleu, si calme !
Un arbre par-dessus le toit berce sa palme.
La cloche dans le ciel qu'on voit, doucement tinte.
Un oiseau sur l'arbre qu'on voit
Chante sa plainte.
Mon Dieu, mon Dieu, la vie est là, simple et tranquille.
Cette paisible rumeur-là
Vient dans la ville.*

- *Qu'as-tu fait, ô toi que voilà
Pleurant sans cesse
Dis, qu'as-tu fait, toi que voilà,
De ta jeunesse ?*

Paul Verlaine

En nous donnant en partage ce sublime poème, elle nous livre quelques clés de son œuvre. On y trouve en effet les éléments fondamentaux de la grammaire de sa création : le ciel, l'arbre, l'oiseau.

Le ciel « par-dessus le toit, si bleu, si calme » ouvre le premier vers du poème et un horizon d'espoir d'une liberté à venir, une liberté désirable et sereine. L'arbre « qu'on voit » entre dans le champ de vision du poète incarcéré comme un témoin émouvant de la vie qui se poursuit au-dehors. Les bruits de l'extérieur, « paisible rumeur », pénètrent jusque dans la cellule du détenu comme une possibilité de réhabilitation. Mais la question déchirante de la dernière strophe se love dans la blessure d'une vie gâchée. Nous verrons combien ce poème de Verlaine, plus qu'un exergue, a fait fonction de cahier des charges pour l'artiste.

Le mur

*Se saisir des deux mondes que sépare la ligne de démarcation
primitive, c'est surmonter le mur et renverser tous les attendus.*²⁷³

Alain Charre

Le programme architectural de l'UHSA traduit dans l'espace et les formes la répartition des responsabilités entre le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, entre soin et sécurité. Le personnel pénitentiaire a la responsabilité de la limite extérieure du bâtiment : le glacis de 6 mètres au pied du mur, le mur lui-même, le hall d'accueil et de contrôle et l'espace des parloirs. Au-delà de ce seuil, c'est l'espace de l'hôpital. Un espace où les gardiens ne peuvent pénétrer que s'ils sont appelés par les soignants en cas de problème. Le programme de l'intérieur du bâtiment au-delà de cette limite est un programme hospitalier : chambres, couloirs, bureaux infirmiers, salles d'activités, patio.

273 Alain CHARRE, « Ce que je peux... de la transgression à l'intransgressable », in Alain CHARRE, Jacky VIEUX (dir.), *La frontière : unir-diviser*, La Maison du Rhône, février 1993, p. 40-43, p. 40.

Le mur est par conséquent un élément central du programme de l'UHSA, exigé par le commanditaire pénitentiaire. Il impose à l'architecte un élément opaque de 6 m de haut, entourant la totalité du bâtiment.

L'intervention la plus spectaculaire de l'œuvre de Chantal Dugave consistera à insérer dans ce mur en béton des découpes d'arbres en inox. Ce geste artistique est une opération transformatrice majeure, tant sur le plan phénoménologique que sur celui de la symbolique.

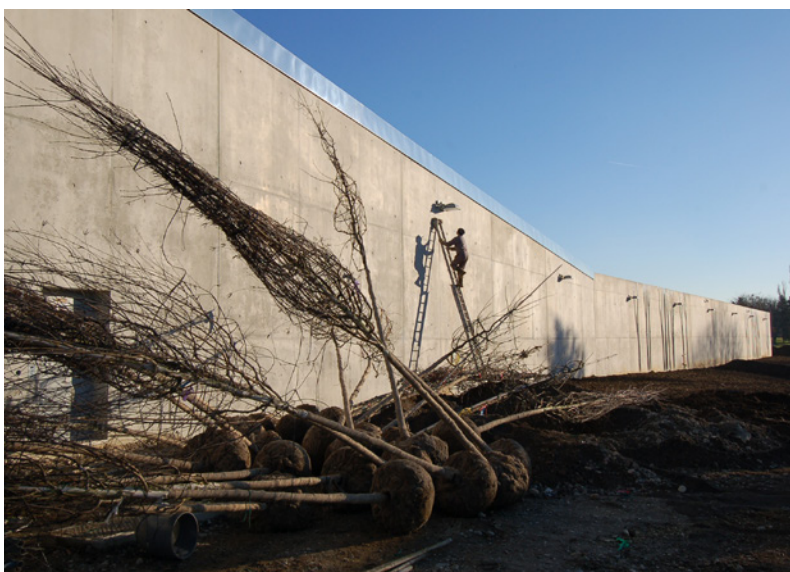


Illustration 46 : Chantier de l'UHSA

© Chantal Dugave

De la liquidation du monument

Le mur est une matière opaque, imposée ici dans le paysage et dans l'imaginaire. Le mur qui sépare, le mur qui enferme, le mur qui aveugle, le mur qui rejette, le mur qui cache, le mur qui empêche le contact. Sa présence massive et disproportionnée en fait un élément d'architecture monumental. En effet, « L'architecture monumentale, vue comme manifestation symbolique d'un pouvoir ou de la mémoire collective, se caractérise par

son échelle dominante et son style²⁷⁴. » Le mur de l'UHSA est une manifestation symbolique d'un pouvoir de police. Il est littéralement un monument du pouvoir sécuritaire de l'État. Comme tout monument, il en incarne sa présence verticale, il traduit un impératif de sens, dont on a vu en introduction combien il portait d'ambiguïté entre maladie mentale et criminalité.

Mais le geste artistique de Chantal Dugave transforme ce monument en faille existentielle. Elle dégage le mur de son impératif idéologique pour le faire pénétrer dans le champ d'une poétique, ou comme le dit Gaston Bachelard, dans le monde de la rêverie. Car les arbres en inox, sous l'effet de la lumière, apparaissent aussi comme des ruisseaux animés dématérialisant la continuité du mur. Des failles liquides ouvrant des passages vers l'au-delà du mur. Le mur perd continuité et intégrité, il est proprement désintégré par ces failles liquides qui s'imposent à notre perception.



Illustration 47 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

274 Victoria ANDRE et Sébastien ROCHE, « Émergence d'une monumentalité ? », *Mégalopole, art, architecture, urbanisme*, cahier 17, 1998, p. 75-77, p. 76.

En choisissant les arbres comme icônes, elle interpelle l'autre dimension du monument, celle de la mémoire. Celle-ci est plus présente encore dans la reproduction des arbres sur la face intérieure du mur par la pose de vernis, comme la douce trace des arbres disparus dont on aurait conservé les ombres. Mais ce « mémorial » ne concerne pas les hommes, il est dédié à la végétation. Il porte la mémoire des arbres déracinés pour l'édification de l'UHSA. Il opère un déplacement significatif du monument classique, se référant à un événement de l'histoire justifiant de commémorer héros ou victimes, à l'évocation de notre responsabilité à l'égard de la nature.

En conséquence, l'impératif d'État du sécuritaire par l'enfermement se retourne en questionnement sur la fragilité philosophique d'une telle injonction. Le trouble phénoménologique suscité par l'incrustation des arbres en inox, ces écoulements dans le monument-mur, ouvre l'imaginaire sur d'autres réalités, en l'occurrence sur celles du soin et de la vocation hospitalière que cachent le mur. L'œuvre de Chantal Dugave réintroduit la dialectique entre liberté et aliénation, une dimension essentielle de notre condition humaine. Alors que le mur seul constitue l'information univoque issue d'un pouvoir politique, le mur de Chantal Dugave installe le tremblement existentiel polyvoque de l'écoumène.

En incrustant les arbres en inox dans le béton de manière à évacuer toute suggestion d'un ajout, d'un au-dessus, en effaçant toute trace de fixation, l'artiste réunit mur et arbres dans une seule entité. L'art n'est pas venu s'ajouter à l'architecture, en compensation d'une impossibilité ou d'une indigence de cette dernière. L'art et l'architecture, par leur rencontre même, ont poussé leur liberté jusqu'au point de retournement du programme. Nous pouvons à l'égard de cette œuvre reprendre les termes d'Alain Charre sur le monument : « Déraciné, le monument flottant a encore aujourd'hui pour tâche de signifier son insignifiance, et, en se retirant tout en figurant de diverses manières son propre retrait, laisser aux hommes et aux femmes l'insigne souvenir d'être vivants²⁷⁵. »

275 Alain CHARRE, « Éditorial », *Mégalopole, art, architecture, urbanisme*, cahier 17, 1998, p. 5.

Quand la limite devient frontière

À la différence des concepts de limite, terme ou confins, le mot frontière, d'un point de vue symbolique, met en évidence l'existence d'un ailleurs. Le concept de limite exclut l'ailleurs parce qu'il comporte de l'impossible.²⁷⁶

Cette citation du psychanalyste milanais Giancarlo Ricci éclaire une autre métamorphose du mur, celle qui transforme la limite en frontière. Le mur seul, le mur opaque est une limite. Il impose une limite à la possibilité de se déplacer des personnes détenues et une limite à l'horizon du regard des passants. Or, mettre des limites c'est instaurer un rapport particulier à l'autre. Un rapport d'autorité légitime à poser des interdits. L'œuvre ne conteste pas la limite puisque le mur continue à assurer sa fonction de séparation des mondes. Mais en ouvrant dans sa perception la possibilité d'une traversée, elle opère un déplacement dans l'imaginaire vers l'idée de frontière. Se faisant, elle enrichit considérablement la sémantique qui s'attache au mur. Car « Penser une frontière signifie en même temps penser l'ailleurs, le situer par rapport à une altérité, à une différence, à une variation²⁷⁷. » Désormais, le mur se traverse et l'ouverture imaginaire prend le pas sur la fermeture fonctionnelle et sécuritaire.

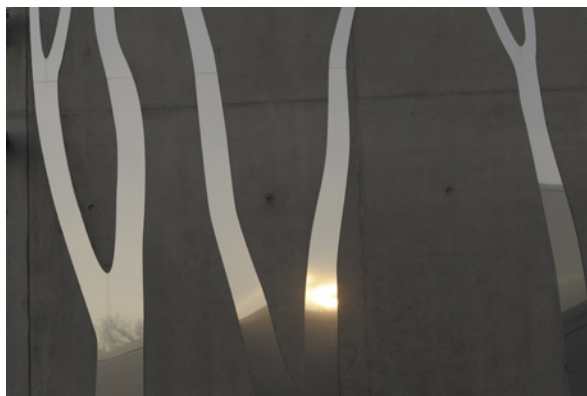


Illustration 48 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

276 Giancarlo RICCI., « L'inquiétante frontière », in Alain CHARRE, Jacky VIEUX (dir.), *La frontière : unir-diviser*, La Maison du Rhône, février 1993, p. 9-11, p. 9.

277 Giancarlo RICCI, *art.cit.*

La métamorphose est essentielle dans l'invitation adressée à autrui pour entrer en relation avec celui qui se trouve derrière le mur. Elle exprime qu'il existe donc un ailleurs et un autre au-delà de cette limite. Soudain, le mur n'a plus comme seule vocation de cacher – ce que l'on doit cacher n'est-il pas honteux ? Soudain, le mur n'a plus comme seule mission d'empêcher le passage – ce que l'on enferme n'est-il pas dangereux ? Les arbres en inox incrustés dans la peau même du mur le transforme en ouvreure d'imaginaire. Car, comme le dit l'architecte Tadao Ando, « les signes ouvrent toujours de nouvelles frontières de sens²⁷⁸ ». Ainsi, en créant une nouvelle frontière symbolique, le faire de Chantal Dugave est un faire poétique, un faire qui instaure un nouveau régime de la relation à l'autre vulnérable, un faire qui laisse une chance à chacun d'entre nous d'accéder à l'autre, derrière le mur, grâce à l'imaginaire. Alain Charre écrivait à propos de l'œuvre de Beuys « I like América », réalisée en 1978, que « l'autre est celui qu'une frontière sépare mais que la fable, le récit, la transformation de la matière permettent d'interpeller²⁷⁹ ». Si cette œuvre s'intéressait plutôt à la frontière entre le sauvage (le coyote) et l'urbain (New-York), la réflexion de Joseph Beuys sur l'altérité alimente notre propre pensée sur le mur de l'UHSA. En effet, nous l'avons vu, la transformation de la matière ouvre la possibilité de multiples récits là où il n'y avait que matière dense et opaque.



Illustration 49 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

278 Tadao ANDO, consulté le 13 septembre 2020 : https://www.youtube.com/watch?v=yEeknEQQ2_o

279 Alain CHARRE, Jacky VIEUX (dir.), *op. cit.*

De surcroît, la réflexivité du matériau inox fait naître des images mouvantes et émouvantes selon la lumière et les saisons, en reflétant le paysage alentour et le ciel. Elle se fait ainsi le support d'une narration, d'un récit du temps qui passe et de ses changements, de l'aube au crépuscule, du jour et de la nuit, de l'été et de l'hiver. Or, le temps qui passe constitue pour la personne détenue une ressource d'espérance vers la liberté. En prison, le temps n'est pas linéaire, il ne passe pas. Il est cyclique, il se boucle sur lui-même. Ce récit du temps changeant sur le mur de l'UHSA interpelle sur l'expérience existentielle de la liberté et de la finitude.

Tout en reconnaissant le mur comme séparation tangible de deux mondes, l'artiste transforme sa valeur dans une éthique de la relation à autrui, en déplaçant son statut de la limite à la frontière. Si, comme l'affirme Giancarlo Ricci, « l'idée de frontière pourrait se résumer en tant que transformation d'une fonction, d'une logique, d'une perspective, d'une scène », on peut alors défendre l'idée que cette œuvre opère sur le mur une véritable transmutation de la fonction qui sépare à celle que l'on traverse, de la perspective d'un enfermement immobile vers celle d'un horizon changeant, d'une scène d'autorité sécuritaire à celle d'une interpellation de l'autre dans un destin commun.



Illustration 50 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

Pour y parvenir, nous identifions deux opérations issues de la rhétorique, le symbole et l'hyperbole. Composés du verbe grec *ballein* (jeter, lancer), ces deux termes traduisent les modalités du *poièn* de cette dimension de l'œuvre. Par son préfixe, le symbole désigne

ce qui est tenu ensemble (syn). Pour Giancarlo Ricci, le symbole permet de penser la frontière car il « indique une présence autre²⁸⁰ ». En réalité, il lie le signifié et le signifiant sans les confondre, il « propose une division entre mot et chose », ce faisant « il admet l'altérité ». C'est ainsi que Chantal Dugave opère la transformation du mur-limite en mur-frontière, l'arbre-inox n'est pas l'arbre réel, il symbolise la traversée, la faille, l'horizon. Il tient ensemble le dedans et le dehors, le passant et le détenu, l'ici et l'ailleurs. Au regard de la dimension des arbres et de leur impact sur la perception visuelle du mur, on peut même admettre que l'œuvre fait aussi fonction d'hyperbole pour que l'effet soit plus efficace.

Transcendance et immanence : l'arbre, le ciel et le paysage

Nous rejoignons avec cette œuvre l'idée de Gaston Bachelard, selon laquelle « l'arbre a toujours un destin de grandeur²⁸¹ ». Il fait vibrer le pressentiment de l'existence d'espaces infinis dans notre intimité. Cette sensation de grandeur, nous la rencontrons avec les arbres en inox et en vernis de Chantal Dugave. Car non seulement ils ouvrent des passages évoquant la traversée mais ils relient la terre et le ciel en reflétant le paysage. Installés ainsi à la croisée d'une transcendance verticale et d'une immanence horizontale, ils invitent les hommes du dedans et du dehors à relier leur espace intérieur avec l'immensité du monde.

Car ces arbres sont en contact direct avec la terre et le ciel. Au sol, ils prennent naissance à la base du mur qui s'enfonce légèrement dans la terre. Au sommet, rien n'arrête le déploiement des branches vers le ciel.

280 Giancarlo RICCI, *op.cit.*

281 Gaston BACHELARD, *op. cit.*, p. 183.

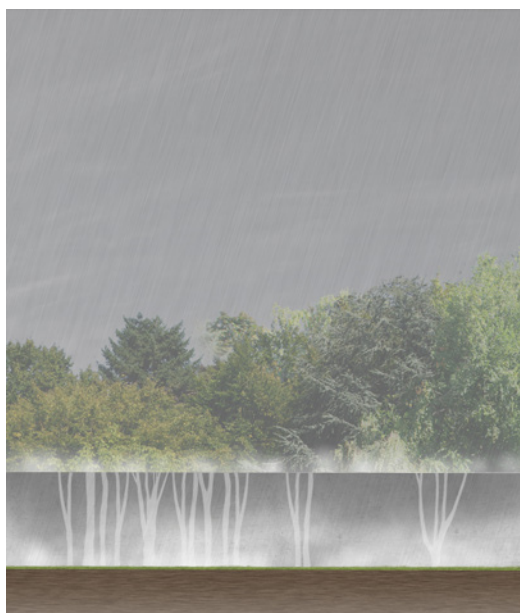


Illustration 51 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur de l'UHSA, montage numérique

© Chantal Dugave

Pour conserver cet effet de continuité avec le ciel et la canopée naturelle, l'artiste a dû convaincre le commanditaire pénitentiaire d'ôter les bossages anti-grappins prévus dans le programme initial. Peu avant l'inauguration du bâtiment, cette décision a été remise en cause par le ministère de la Justice. Chantal Dugave et Vurpas architecte ont défendu leur position par un courrier dont voici un extrait :

Cet effet est fondateur du projet et du sens qu'exprime le bâtiment pour le public, ne stigmatisant pas l'édifice mais lui imprimant sa richesse. Il existe, fonctionne notamment parce que les failles virtuelles vont jusqu'au haut du mur d'un seul trait, et rejoignent ainsi le ciel. Si les bourrelets anti-grappins avaient été conservés, l'effet n'aurait pas pu se faire, tout juste aurait-on perçu une décoration en inox plaquée sur un mur de prison dans un hôpital. C'est la raison qui a conduit les maîtres d'ouvrage à confirmer le concept et donc à supprimer le bossage extérieur. Si à présent que l'UHSA est terminé il fallait revenir sur cette décision, c'est l'aspect du bâtiment et la perception qu'en a le public qui seraient mis à mal. En effet, trouver une solution esthétique pour remettre des bossages est très loin d'être évident : ils apparaîtront toujours comme rapportés, une prothèse en quelque sorte,

mettant l'accent sur la finalité carcérale quand chacun s'accorde à reconnaître qu'il faut veiller à l'insertion calme dans le site de l'hôpital du Vinatier. D'autre part il faudrait couper les arbres en inox en dessous du bossage ce qui suppose certainement de les déposer (à quel coût et avec quelles conséquences sur la qualité du béton !) si l'on ne veut pas endommager toute l'œuvre artistique. L'effet donné par le rapport au ciel serait d'autre part supprimé, endommageant l'œuvre également sur ce qu'elle exprime et que la plupart des acteurs qui ont participé à ce projet difficile et enthousiasmant s'accordent à célébrer.

Parce qu'ils enfoncent leurs racines dans la terre, les arbres ramènent à la surface les forces telluriques et la mémoire du monde. Parce qu'ils déploient leur canopée vers le ciel, les arbres relient l'espace spirituel à notre quotidien.



Illustration 52 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur de l'UHSA

© Chantal Dugave

En choisissant les arbres comme signe principal de son œuvre, en les plantant dans la terre et en les élançant vers le ciel, Chantal Dugave retourne le signal carcéral de l'enfermement. Du moins elle offre, dans le champ de l'imaginaire et du symbolique, une respiration de liberté et de dépassement d'une réalité dramatique pour ceux qui la vivent

entre ces murs, doublement affectés par la privation de liberté et la maladie psychique. Pour rendre compte de la dimension spirituelle portée par l'arbre, nous emprunterons à Gaston Bachelard un poème de Jules Supervielle²⁸² :

*Azur vivace d'un espace
Où chaque arbre se hausse au
Dénouement des palmes
À la recherche de son âme.*

La « recherche de son âme », l'invitation à la spiritualité comme un au-delà de soi-même suggérée par le caractère transcendant des arbres, se double d'effets visuels ouvrant à l'infini la profondeur du paysage et le jeu de la lumière. Parlant de l'étang et du lac, Gaston Bachelard les évoque « avec tout le ciel qui s'y mire et s'y transfigure. » Dans les arbres d'inox, le ciel, le paysage et les objets s'y mirent et s'y transfigurent proprement car la surface qui les réfléchit leur imprime également des mouvements de décalage, de déformation, de déconstruction. Ainsi réfléchi, le réel apparaît comme une interprétation propre à susciter la rêverie et la contemplation. Et ce d'autant plus que la course du soleil change ces images à l'infini, venant contredire la mobilité compacte du mur. Ainsi, l'arbre est une clé d'accès à l'immensité verticale comme à l'immensité horizontale dès lors « que la beauté accrue d'un paysage reflété est la racine même du narcissisme cosmique²⁸³ ». En conséquence, l'œuvre instaure une relation au monde, à la nature dans un mouvement d'immanence où se noue l'immensité intime et l'immensité cosmique.

282 Gaston BACHELARD, *op. cit.* p.182.

283 Gaston BACHELARD, *op.cit.* p. 189 .



Illustration 53 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

Néanmoins et malheureusement, cette lecture poétique de la transcendance et de l'immanence est contrariée par l'installation d'un grillage devant le mur. Même si ce dernier laisse passer le regard, il réinstalle au premier plan un vocabulaire de la limite et de l'enfermement. Alors que l'œuvre a voulu dissoudre l'impact compact du mur carcéral, elle se trouve à son tour derrière une grille.



Illustration 54 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur intérieur de l'UHSA

© Chantal Dugave

De l'autre côté du mur, les traces

Les arbres apparaissent soit comme une faille possible soit comme une réminiscence. Chantal Dugave opère un retournement des images du mur en remémorant les images des arbres disparus. De l'autre côté du mur, elle a utilisé le vernis pour les représenter.



Illustration 55 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur intérieur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

Le vernis ne reflète pas et c'est là l'une des raisons principales de ce changement de matériau. Qu'aurait-il pu refléter ? Le visage des personnes détenues derrière leurs fenêtres en verre armé, le mur intérieur de l'UHSA. Or, il y a un interdit relatif au reflet du visage de l'homme incarcéré et souffrant. Comme si, en le condamnant à la prison on lui ôtait la possibilité de jouir de son image. Comme si l'on craignait que le spectacle des traces de sa douleur sur son visage lui soient insupportables. Ou comme s'il relevait d'un double régime du sacré, celui qui vit en-dehors de la communauté et celui qui est habité par la folie, ne pouvant plus être saisi par le reflet de lui-même. Plus trivialement, les miroirs sont interdits pour empêcher les détenus de communiquer entre eux. Quant à refléter le mur à l'infini, même dans le contour d'un arbre, ce serait donner une perspective de désespérance à l'incarcération. Alors qu'en vernis, les arbres sont des traces qui s'éveillent au contact de la lumière.



Illustration 56 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur intérieur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

Par l'usage du vernis, tout se trouve adouci. D'abord, le vernis se pose alors que l'inox s'incruste. Les traces des arbres évoquent alors, pour celui de l'intérieur, les mêmes tremblements de l'âme que l'installation sur la face externe du mur. Elles rappellent à leur imaginaire l'immensité du monde à laquelle répond l'immensité de son être intime. Les arbres élancent leurs branches sans fin vers le ciel, et la liberté, de la même façon.



Illustration 57 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur intérieur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

L'envol

Sur le mur latéral intérieur, visible uniquement des personnes détenues en soins à l'UHSA, un groupe d'oies sauvages en inox prend son envol et reflète le ciel. Quel plus beau symbole de liberté peut-on imaginer dans un lieu d'enfermement ? Ce choix a suscité une vive controverse entre les différents acteurs. Les personnels hospitaliers ont exprimé leur crainte de voir cette proposition interprétée par les patients détenus comme une sorte de provocation. La privation de liberté devrait-elle imposer une forme de silence et de tabou sur toutes ses formes d'évocation. Devrait-on peindre des barreaux sur les murs de la prison ?



Illustration 58 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur intérieur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

Les experts de la DRAC ont jugé l'image des oies « mièvre », sans s'interroger peut-être sur la richesse des significations symboliques de cet animal. Ce n'est pas l'objet ici de les déplier dans les différentes cultures mais nous retiendrons néanmoins ce qui relève des archétypes les plus partagés. L'oie sauvage suit la course du soleil vers le sud. Elle incarne donc une relation intime avec le soleil, avec le mouvement et son voyage est rythmé par les saisons. Elle est inscrite dans le *chronos* et réintègre la mobilité du temps qui passe dans l'univers clos et immobile de l'hôpital-prison. En outre, l'oie est connue pour sa pugnacité, taxée parfois d'entêtement. Elle peut parcourir la distance prévue jusqu'à épuisement. Ce trait de caractère redouble le message d'espoir porté par cette image : la liberté est au bout du chemin, il faut être constant dans l'espérance. Ainsi, l'envol des oies sauvages procède de la même puissance de restauration des forces imaginaires que

les arbres. Ils dématérialisent le mur qui enferme et met en perspective l'élan vers un ailleurs lumineux, vers le ciel. Et ce mouvement vers l'immensité du ciel trouverait écho dans sa propre intimité comme l'évoque le poème de Rainer Maria Rilke cité par Gaston Bachelard²⁸⁴ :

*... À travers nous s'envolent
Les oiseaux en silence. Ô moi, qui veut grandir,
Je regarde au dehors, et l'arbre en moi grandit.*



Illustration 59 : Œuvre de Chantal Dugave sur le mur intérieur de l'UHSA

© Bertrand Saugier

Nous ne savons pas si la vue de ces oies sauvages, quittant d'un coup d'aile l'enclos de l'hôpital-prison, suscite de la colère, de la tristesse, de l'espoir, ou juste de l'émotion chez les personnes hospitalisées. Cela est certainement variable selon les personnes. Mais nous pouvons imaginer, sans avoir partagé cette double expérience de la psychose et de l'incarcération, que l'imaginaire reste en cette circonstance l'un des derniers espaces de liberté, capable de nous relier au monde extérieur. C'est du moins la thèse que nous proposons d'évoquer pour la poïétique de cette œuvre. Elle est un ouvroir poétique vers un ailleurs, tout à la fois transcendant des immensités de la nature et immanent des vastes espaces

284 Gaston BACHELARD, *op. cit.*

de l'intimité. L'envol des oies sauvages, malgré leur signification littérale, ne participe-t-il pas du souhait exprimé par Tadao Ando « En regardant l'espace de l'architecture, les gens doivent trouver le courage de vivre²⁸⁵. »

Un espace de transition, un espace de relations

Le patio était une proposition de la candidature de l'équipe Léon Grosse/Vurpas architectes. Il a joué un rôle important dans leur sélection en tant que lauréat. L'Atelier des paysages dont l'avis a été requis sur les candidatures a souligné dans son rapport que « seul ce projet, par le traitement en patio, permet l'éclairage et la vue sur l'espace extérieur d'une grande partie des couloirs. » Pour l'architecte Tadao Ando²⁸⁶, le patio a une double fonction. Il permet d'intégrer la nature dans l'architecture et, plus important encore, il crée le *Ma*, l'espace où l'on rencontre les gens.

Chantal Dugave a pris en compte cette double dimension du patio qui ouvre le dialogue entre les hommes et la nature et entre les hommes eux-mêmes. Dans un univers architectural extrêmement cloisonné, contrôlé et sans accès libre au parc qui l'environne, cette fonction relationnelle au cœur du bâtiment est plus que jamais indispensable.

Elle a choisi de l'incarner en implantant une roseraie dont l'entretien serait dévolu aux patients détenus. À la demande des professionnels, elle a fait de longues recherches pour trouver des roses sans épines afin d'éviter tout « accident ». La rose concentre des représentations positives très nombreuses. Elle évoque la beauté, l'amour, l'équilibre mais aussi et encore le temps qui passe. Nous savons combien, dans nos codes culturels, offrir une rose est un message d'amitié, d'amour et d'affection. L'artiste offre ainsi aux personnes hospitalisées dans ce cadre toute une roseraie. En les invitant à en prendre soin, en les invitant à en faire un sujet de discussion, elle les met sur le chemin d'un prendre soin d'eux-mêmes.

285 Tadao ANDO, consulté le 13 septembre 2020 : https://www.youtube.com/watch?v=yEeknEQQ2_o

286 Tadao ANDO, *op. cit.*



Illustration 60 : Patios avec les roseraies à l'intérieur de l'UHSA

© Chantal Dugave

10 ans après

Les 13 et 14 juin 2019, Chantal Dugave et moi-même sommes retournées à l'UHSA. Cette visite nous a interrogées voire interloquées à plusieurs égards. Elle pose de nouvelles questions dès lors que l'on accepte d'inscrire la vie des œuvres dans le temps de l'usage et de l'usure.

À l'approche du bâtiment, nous avons constaté des coulures noires en haut du mur d'enceinte en béton, marqueurs du temps et de l'usure. L'artiste a aimé ces indices temporels. Mais pour un œil plus néophyte, ils pourraient aussi manifester une forme de négligence dans l'entretien. En outre les arbres ayant également beaucoup grandi masquent l'intervention artistique par endroits.

Nous avons été accueillies par la cadre supérieure de santé, déjà présente au moment de la programmation de l'UHSA. Elle nous a déclaré, en guise de mot de bienvenue, se souvenir fort bien de nous car elle avait été, à l'époque, contre toutes les propositions artistiques. La visite a été émaillée de propos désabusés et négatifs de sa part. La proposition de roseraies, notamment, a fait l'objet des plus vives critiques, du point de vue de l'usage comme de la perception. Rappelons que les rosiers avaient été proposés en raison de leur dimension symbolique et esthétique, mais aussi afin de limiter l'entretien (2 tailles par an) et dans une perspective écologique de consommation de l'eau (paillage).

La cadre de santé a clairement rappelé qu'elle voulait initialement de la pelouse. Après avoir trouvé les rosiers et leur paillage en copeaux « moches », elle a souligné la difficulté de les faire tailler deux fois par an en raison de l'absence de marché pour cette prestation. Elle a insisté également sur le fait que cette option était inadaptée pour un haut lieu de consommation de tabac en raison de la difficulté à ramasser les mégots dans les copeaux. Le comble du mésusage de ces espaces ayant été atteint quand cette dernière a fait mention de l'arrosage du paillage par du round up pour empêcher les mauvaises herbes de pousser. Dans certains, espaces, les rosiers ont été remplacés par de la pelouse synthétique. De surcroît, les patios ont été conçus sans traitement de la gestion de la température, ce qui en fait des espaces extrêmement chauds l'été. En conséquence, les rosiers sont brûlés au lieu d'être fleuris. La conclusion de cette suite de constats amers de la part de cette personne a été que « l'utilisateur est toujours en bout de chaîne. » Il est étonnant de constater à quel point le sentiment de n'avoir pas été entendu a nourri 10 années de récrimination, contribuant progressivement à l'anéantissement de la proposition d'aménagement intérieur. En revanche, la proposition murale n'a pas bougé et semble toujours disposer de sa puissance poétique.

L'esthésie comme poétique de l'hospitalité

Cette œuvre mobilise clairement la contemplation comme mode de relation. C'est pourquoi, elle relève principalement de ce que nous avons appelé dans notre hypothèse le motif esthétique. Cependant, l'esthétique est appréhendé ici dans son sens étymologique d'*aisthesis*, qui signifie sensibilité en grec « avec la double signification de connaissance sensible (perception) et d'aspect sensible de notre affectivité²⁸⁷ ». Dans notre perspective d'instauration artistique comme effectivité de l'éthique d'une hospitalité, il nous importe avant tout de comprendre les opérations sensibles qui éveillent notre être-au-monde, comme dépassement et sublimation de l'ici et maintenant et de ses contingences. Dans un environnement où règnent la déprivation de liberté, l'angoisse et le poids de l'Administration sur le cours de son existence, nous avons à accueillir ce que l'œuvre pourrait déceler comme puissance « d'éveil existentiel²⁸⁸ ». C'est pourquoi, le motif esthétique dans notre

287 Denis HUISMAN, *L'esthétique*, Paris, Presses universitaires de France, Que sais-je, 1992, p. 3.

288 Chris YOUNES, « La beauté des lieux comme éveil existentiel », *Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 28, 2012.

approche se démarque de sa définition académique de « philosophie et de science de l'art²⁸⁹ », qui nous conduirait à analyser de manière positiviste les œuvres comme des objets « définissables²⁹⁰ ».

L'œuvre de Chantal Dugave s'impose par sa sensibilité et sa puissance esthétique. Elle ne répond à aucune autre nécessité que son existence même. Et son étude poïétique a bien révélé que « dans la production de l'œuvre, l'action vient au contact de l'indéfinissable²⁹¹. » C'est bien en se frottant à l'indéfinissable et à l'indicible que les artistes sont alors réellement confrontés à leur propre possibilité d'expression plastique. La maladie, la souffrance, l'emprisonnement, la désaffiliation, la solitude sont autant d'expériences humaines largement refoulées dans notre société de la jouissance et de la performance. Aussi, relèvent-ils de l'indicible et du déni. Et toute la force de l'œuvre qui nous occupe ici réside dans ce retournement de l'indicible du désespoir vers la possibilité d'un récit dans les imaginaires. Elle sublime la souffrance de l'isolement en faisant advenir une cosmogonie du ciel, des arbres et de la terre où l'on n'est plus seul. Par son seul pouvoir d'existence, par sa fonction performative d'être, par une opération symbolique, elle est liberté.

La beauté de l'œuvre est rencontre entre le dedans et le dehors, entre l'immensité et l'intime, entre la transcendance et l'immanence. C'est par sa qualité d'*aesthesis* qu'elle participe d'une philosophie de l'hospitalité, non pas en aménageant les lieux mais en offrant ses ailes aux hôtes, ici les patients détenus, pour sortir, même de manière éphémère, de leur condition matérielle par l'imaginaire. S'il ne s'agit pas ici d'aménager les lieux pour accueillir, l'hospitalité se traduit alors, selon l'expression de la philosophe Chris Younès, dans un acte artistique de ménagement des lieux : « En ménagement des lieux d'habiter des hommes, c'est cet avènement éthique et esthétique qui permet de résister à l'immonde en ouvrant des possibles²⁹². »

Cette œuvre, n'est pas pour autant, exempte d'une posture critique, qui tire un fil depuis le motif réflexif. Pour comprendre cette posture de l'artiste, nous pouvons nous référer à la typologie proposée par Thomas Finkerpearl pour qualifier la relation entre l'artiste et l'aménagement urbain, une « sorte de continuum de l'inclusion artistique au

289 Etienne SOURIAU, *Vocabulaire d'esthétique*, Presses universitaires de France, Paris, 2010, p. 727.

290 Paul VALÉRY, *op. cit.*, p. 39.

291 Paul VALÉRY, *op. cit.*, p. 57.

292 Chris YOUNES, *op. cit.*

sein de l'aménagement urbain²⁹³ ». Nous pensons que cette analyse peut s'appliquer à la relation entre architecture et art. L'auteur identifie sur la ligne de son continuum trois repères : « l'inclusion non critique, l'inclusion critique et l'indépendance critique ».

L'inclusion non critique « fait référence aux projets dans lesquels les artistes n'interrogent pas ni la commande, ni le plan d'aménagement urbain » (pour nous le programme d'architecture). L'indépendance critique concerne en général « des projets artistiques qui se font en-dehors de la commande institutionnelle et interroge fortement notre société ». Nous nous intéresserons ici à l'inclusion critique de Thomas Finkerpearl qui désigne les projets « où l'artiste travaille avec ou à l'intérieur du système tout en essayant d'en modifier le sens ou l'utilisation²⁹⁴ ». Il intègre également dans cette catégorie les « projets qui redéfinissent le site ».

L'œuvre concernée appartient de notre point de vue à cette dernière catégorie. Chantal Dugave a intégré l'équipe de maîtrise d'œuvre pour travailler en collaboration avec tous les intervenants. Elle a de ce fait accepté le programme et la commande. Sa proposition donne à voir en premier lieu un jeu de lumière et de reflets dont la beauté est saisissante. Pourtant, la dislocation des limites dans un contexte carcéral est une idée politique qui rejoint la thèse de Théodore W. Adorno, selon laquelle « l'art moderne authentique disloque les totalités closes des systèmes idéologiques ». Au-delà du signe symbolique, rappelons que l'artiste a négocié le retrait des boudins anti-grappins vers l'extérieur du mur, modifiant ainsi la réalité du programme et de la construction architecturale, atténuant les signes concrets du pénitencier. La valeur critique de l'œuvre se définit exactement là où elle a soulevé le plus de critiques des professionnels et des commanditaires : l'évocation de la liberté. Ce qu'il y a de subversif dans ce choix, à l'opposé de toute naïveté supposée, repose sur l'existence tautologique de l'art, « la réalité de l'art témoigne qu'un autre possible existe²⁹⁵ ». Dans un contexte où le plus haut représentant de l'État confond les Unités hospitalières spécialement aménagées avec les Centres de rétention fermés visant à garder incarcérés à vie les délinquants sexuels, ce message porte sa charge de

293 Thomas FINKERPEARL, « Le rôle de l'artiste dans l'aménagement et le développement urbain » in Alain Charre, Jacky Vieux (dir.), *Art et mégapôle RN86*, Givors, 1996, p. 33.

294 Thomas FINKERPEARL, *op. cit.*, p. 34.

295 Denis HUISMAN, *op. cit.*

subversion. Instaurer avec un tel éclat un autre possible, c'est ici redonner toute sa valeur à la réhabilitation et à la réinsertion des malades détenus, c'est leur redonner toute leur chance et... répondre à la commande de l'équipe soignante.

3. Ménager pour habiter

Cahier poïétique 3 : À la croisée #1, #2, #3

Pitié

Des plis et des voiles

Abriter ma douleur

De l'ombre et des courbes

Protéger ma terreur

À moins, à moins

Au puit de tes mains

Possible est l'espace.

Nous souhaitons saisir dans cette étude en quoi les œuvres gagnent en signification, en qualité d'œuvre ouverte et en densité d'hospitalité grâce aux méthodes participatives. Nous explorons également les liens entre usage et sémiologie des propositions mobilières et signalétiques qui, sans renier leur valeur de fonctionnalité au service du bien-être des usagers, revendiquent les qualités de sensibilité et de signification au cœur du processus.

Une forte singularité de ce projet réside en effet dans sa dimension participative. Les outils de partage et d'expression que le Cabanon Vertical a conçus ont installé les usagers comme des parties prenantes. Ils leur ont permis d'endosser une posture d'observateurs mais aussi de forces de proposition, opérant ainsi un déplacement du « faire pour » au « faire avec ». Ce faisant, il devient possible d'habiter l'hôpital conformément à la manière dont Tim Ingold l'aborde : « L'habitation ne signifie pas pour moi le fait d'occuper un lieu dans un monde prédéfini pour que les populations qui arrivent puissent y résider. L'habitant est plutôt quelqu'un qui de l'intérieur, participe au monde en train de se faire et qui, en traçant un chemin de vie, contribue à son tissage et à son maillage.²⁹⁶ »

296 Tim INGOLD, *op. cit.*

En concevant des supports qui rendent les usagers et les professionnels actifs dans la conception de leur environnement, on ouvre la voie à ce qu'ils puissent être des « habitants » de ces lieux singuliers.

La démarche présentée dans cet exemple invite donc l'utilisateur à habiter l'hôpital plutôt qu'à l'occuper. Dans « aménagement », il y a ménagement. Le ménagement est au cœur de l'habiter dès lors qu'il préserve les hôtes de l'inquiétude et des menaces. Si l'aménagement relève du registre de la fonctionnalité, du confort et de l'efficacité alors le ménagement relève du soin que l'on apporte aux choses que l'on crée, en l'occurrence un système de signalisation et un mobilier, pour accueillir l'expérience existentielle des hôtes de l'hôpital.

Signaler, signifier

Nous étudions trois installations complémentaires réalisées par le même collectif pluridisciplinaire, Le Cabanon Vertical, à l'hôpital Nord de Marseille. Les trois réalisations se complètent comme les pièces d'un puzzle dessinant à terme un motif de l'hospitalité par l'*aesthesis*. La question est justement de savoir comment articuler au sein de cette dernière la valeur performative du symbole dans l'espace mental avec l'expérience phénoménologique d'un espace d'accueil, de transition, de circulation ?

Comme le souligne la sociologue Anne Gotman²⁹⁷, l'hospitalité est une relation spatialisée à autrui. Ce postulat permet de comprendre l'importance de penser les processus de conception et de production des espaces à l'hôpital. Pour cela rappelons le principe énoncé par Jacques Derrida selon lequel l'hospitalité se pratique à l'égard d'un étranger. En l'occurrence, les usagers de l'hôpital sont étrangers à l'espace dans lequel ils sont amenés à passer un séjour qu'ils n'ont pas souhaité. Si l'on admet par ailleurs que l'espace, les visuels et les objets sont des signes fonctionnant comme un langage, alors l'utilisateur de l'hôpital est avant tout étranger à la langue hospitalière. Et il doit demander l'hospitalité dans une langue qui n'est pas la sienne.

Il est bien entendu qu'une bonne signalisation participe de ce processus d'appropriation dès lors qu'elle permet de se repérer, de s'orienter et d'identifier l'accessibilité et la fonction des espaces. Mais pendant longtemps de nombreuses signalétiques à l'hôpital ne

297 Anne GOTMAN. *Le sens de l'hospitalité, essais sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*. Presses Universitaires de France, 2001.

répondaient pas à ces objectifs fondamentaux. Citons deux exemples marquants et non dénués d'humour par le message paradoxal qu'ils adressaient aux visiteurs. Il s'agit d'un panneau de sortie, dans le parc d'un grand hôpital psychiatrique, situé à l'entrée d'une impasse et du grand sens interdit posé devant l'accès réservée aux voitures des urgences. Nonobstant ces exemples un peu extrêmes, nous pouvons nous interroger sur l'héritage historique et culturel qui a pu conduire les hôpitaux français à négliger aussi longtemps l'importance de la signalétique et la qualité de son langage visuel. Dans quelle mesure n'est-il pas le reflet d'un modèle culturel dans lequel les professionnels conservaient une maîtrise des espaces tandis que les personnes malades étaient invitées à la passivité et à la gratitude ? Cette hypothèse est consolidée par l'observation des méthodes de rédaction des programmes architecturaux centrées sur les besoins des professionnels et ignorant les retours d'expérience des usagers. Pourtant, et bien heureusement, la sensibilité morale autour des relations soignant-soigné a évolué et cela se ressent dans les formes que l'hôpital arrive à produire aujourd'hui. Nous supposons que le design occupe dans cette évolution une place essentielle.

Cette étude de cas permet de poser l'hypothèse selon laquelle le système visuel dans les bâtiments hospitaliers déploie tout son potentiel d'hospitalité dès lors que son régime de sens déborde les fonctions d'information et d'usage en ouvrant les relations aux principes de collaborer, imaginer et habiter.

Marseille-Provence 2013, une opportunité pour le projet culturel de l'AP-HM

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille - 15 000 salariés, 3514 lits et places, quatre sites d'hospitalisation, des instituts de formation, des centres de recherche et d'enseignement paramédical et médical, un budget de plus d'un milliard d'euros, premier employeur de la région, entame, en 2009, une période de restructuration stratégique de l'offre médicale. Cette dernière implique le transfert de nombreuses équipes médicales afin de créer des pôles d'activité clinique plus cohérents dans les quatre sites hospitaliers de l'AP-HM. Les agents sont en situation d'avoir à s'adapter à de nouveaux espaces et modes de travail. Elle concerne également des opérations architecturales d'importance. Les usagers ont pour leur part à connaître ces transformations et à changer certaines de leurs habitudes. Le projet d'établissement de l'AP-HM prévoit l'aboutissement des opérations principales en 2013.

Or, convaincue que la culture est un levain de partage et de coopération entre les hommes, qu'elle est un facteur d'intégrité et de dignité pour les personnes fragilisées par la maladie, la direction de l'établissement attache une importance toute particulière à ce que cette phase, essentielle pour l'avenir, intègre une politique culturelle structurée.

Par ailleurs, l'équipe en charge de la candidature de Marseille – Provence au label de Capitale européenne de la culture a conduit un travail de repérages des ressources et des fragilités du territoire et défini des axes et des thématiques propres aux enjeux géopolitiques et aux caractéristiques culturelles du territoire. Le professionnalisme de la démarche et la qualité du projet élaboré ont conduit la Ville et les territoires circonvoisins au succès. Restait à la Ville et à ses partenaires à réussir la mise en œuvre de ce dispositif complexe, qui relevait non pas d'une logique de projet culturel mais d'une politique de développement territorial, ouverte sur la Méditerranée. Cette dynamique passe par les canaux de la culture mais concerne tout autant les composantes économique, géopolitique, écologique et sociale du territoire. La santé étant à l'interface de toutes ces dimensions, il est apparu incontournable qu'elle soit présente sur cette immense scène publique offerte par Marseille - Provence 2013.

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille s'est dès lors trouvée dans une configuration favorable pour initier un projet culturel novateur, en s'appuyant sur une action culturelle déjà existante mais plus confidentielle. Vectorisé par Marseille-Provence 2013, il sera à l'interface de l'hôpital et de la cité, des professionnels de santé et des usagers, des modèles sanitaires et culturels européens et méditerranéens. Il aura à offrir aux Marseillais un espace de compréhension, d'expression, de réflexion sur les évolutions de la santé dans son rapport complexe avec les autres champs social, culturel, environnemental et religieux.

Tel est le contexte qui a présidé à la création d'une direction des affaires culturelles aux hôpitaux de Marseille et à notre recrutement pour en assurer le pilotage.

Préfigurer une hospitalité spatialisée

Lorsque les hôpitaux de Marseille ont créé la direction des affaires culturelles, en 2009, les hôpitaux de Marseille donnaient à voir un niveau très médiocre de ses aménagements et de la maintenance des locaux, doublé le plus souvent d'une signalétique déficiente. Ainsi, le projet culturel de l'AP-HM a fait de la qualité des espaces hospitaliers une priorité pour les rendre accueillants, rassurants, doux aux sens, perceptibles positivement sur le plan symbolique. Et ce d'autant plus que le projet d'établissement prévoyait des créations et des restructurations architecturales lourdes.

En raison de l'état particulièrement dégradé de ses espaces, l'hôpital Nord a été désigné comme site prioritaire pour accueillir la première de ces démarches artistiques portant l'attention sur les environnements. La référence à la cité radieuse de Le Corbusier prenait dès lors tout son sens au regard des caractéristiques du bâtiment construit au début des années 1960 et déclinant un vocabulaire radicalement moderne.

L'idée était de ré-enchanter les dimensions de la vie quotidienne à l'hôpital qui touchent aux sens : la lumière (la vue), l'environnement sonore (l'ouïe), les vêtements et les linges (le toucher), la restauration (le goût). À partir des rêves, des perceptions et de l'imaginaire des patients et des personnels, ces dimensions concrètes de la vie quotidienne pouvaient peut-être s'améliorer dans certains espaces. À l'époque, l'AP-HM n'était pas en capacité financière d'engager des travaux importants, et pourtant nécessaires, de remise à niveau de la qualité hôtelière et de la sécurité de ce bâtiment de grande hauteur. Notre intervention avait donc comme fonction d'ouvrir des pistes de réflexion et de préfiguration de propositions adaptées et attentionnées pour les temps futurs où l'institution pourrait réellement passer à l'échelle supérieure.



Illustration 61 : L'hôpital Nord à Marseille

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Les services de pédiatrie et de médecine interne de l'hôpital Nord, ainsi que les étudiants de l'Institut de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale (IFMEM), se sont portés volontaires pour accueillir ce travail d'analyse de leur environnement et de préfiguration de projets d'amélioration.

À la croisée...

Des artistes du collectif pluridisciplinaire Cabanon Vertical ont animé pendant plusieurs semaines des ateliers de sensibilisation et d'expression auprès des patients et des personnels sur l'environnement des services. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur des carnets pédagogiques intitulés *En observation*, conçus comme des supports d'analyse et d'expression des désirs, à destination des publics des ateliers. Ces « observations » ont été rassemblées dans un *Cahier de tendances* présentant des réponses créatives et concrètes d'aménagements dans les services. Ces propositions ont été remises aux pôles médicaux concernés et ont fait l'objet d'une sélection. Chaque pôle a fait le choix d'un projet qu'il souhaitait voir se concrétiser et la direction des affaires culturelles s'est

chargé de trouver les financements nécessaires à leur réalisation. En outre, pendant trois années, un travail similaire a été mené avec les étudiants de l'IFMEM pour améliorer les espaces d'accueil des services d'imagerie médicale.

Le Cabanon Vertical²⁹⁸ est un collectif d'artistes pluridisciplinaire dont les pratiques interrogent notamment les notions d'urbanisme et d'espace public. Le territoire de l'hôpital, dans son rapport à la ville, l'intéresse particulièrement.

Ce sont les membres de ce collectif qui ont proposé les ateliers de pratiques artistiques dans les services de soins :

- ♦ Olivier BEDU, Architecte DPLG
- ♦ Christian GESCHVINDERMANN, Décorateur scénographe
- ♦ Sébastien NORMAND, Photographe
- ♦ Rémy RIVOIRE, Artiste plasticien
- ♦ Véronique DUMONTIER, Costumière
- ♦ Sébastien WIERINCK, Designer

Les projets réalisés sont :



Illustration 62 : Mobilier de convivialité

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

298 <http://lecabanonvertical.com/>

À la croisée #1 est un aménagement convivial, multifonctionnel et unique dans un service de soins dépourvu de tout espace commun en-dehors des chambres. Il se situe à l'intersection de deux unités de médecine interne et de médecine gériatrique.



Illustration 63 : Peinture ardoise sur les portes du service de pédiatrie

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

À la croisée #2 est une proposition de signalisation facilitant le parcours et le repérage des enfants et de leur famille dans les services de pédiatrie, dans lesquels ils se perdaient en raison d'une caractéristique architecturale répétant quatre patios similaires.



Illustration 64 : Peintures murales accueil du service d'imagerie médicale

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

À la croisée #3 est un aménagement des parcours et des espaces d'attente dans deux services d'imagerie médicale dépourvus de lumière et de la moindre attention portée aux espaces.

À la croisée, le nom même du projet indique d'emblée l'enjeu de cette initiative qui porte sur ce qu'elle peut ouvrir comme relations nouvelles. La signalisation ayant dès lors comme objet de déjouer les silos et les séparations normatives du fonctionnement spatial de l'hôpital en invitant les uns et les autres à se croiser.

En outre, la croisée est un lieu dans lequel il fait bon se poser, observer, échanger. Il nous paraît intéressant de partager la manière dont cette rencontre a été formulée par Olivier Bedu, architecte et pilote du projet pour le collectif :

En septembre 2010 nous étions en train de terminer le chantier d'un jardin partagé dans un ensemble de logements sociaux le long du périphérique à Paris lorsque nous avons reçu un appel de la direction des affaires culturelles nous invitant à les rencontrer. Travailler dans des hôpitaux ? La direction des affaires culturelles de l'APHM ? Tout cela semblait bien étrange. Autant d'éléments pour exciter notre curiosité. Cela fait maintenant plus de deux ans que nous travaillons ensemble. De nos débuts où nous expérimentions des ateliers participatifs au sein des services nous avons recueilli et mis en forme des propositions qui ont suscité des envies. S'en est suivie une succession de réunions pour dompter cette machine obnubilée par les normes. Avec le soutien du personnel et avec des compromis, pas à pas, les choses ont pu avancer. C'est en juillet que s'est concrétisée l'installation d'un premier projet et un second devrait voir le jour en février 2013. Aujourd'hui l'hôpital nous apparaît comme un grand terrain d'expérimentations, où les réponses qui peuvent être apportées pour le confort du personnel et des patients sont un enjeu majeur dans ces lieux en continuelle mutation²⁹⁹.

299 Ce témoignage est extrait du « Carnet de santé e(s)t culture(s) » 2012 conçu et publié par la direction des affaires culturelles.

En observation...

Le Cabanon Vertical a conçu des carnets pédagogiques comme supports d'observation, d'analyse puis d'expression des désirs, à destination des usagers en gériatrie et en pédiatrie. À partir de dessins, de photographies, de mots, les participants ont décrit leur environnement avec ses qualités et ses défauts, identifié des dysfonctionnements, et proposé des améliorations.



Illustration 65 : Couvertures des carnets de médiation du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Le même carnet « En observation, un carnet à partager... » a été proposé aux personnes âgées et aux enfants. En incluant ainsi les deux extrémités de la vie, la démarche se situe également à la croisée de la vie et de la mort, de l'enfance et de la vieillesse. Le sous-titre « Support d'observations, de désirs, d'imaginaire et d'échanges » positionne les participants dans un registre de créativité plutôt que de critique, dans lequel ils sont conviés à projeter leurs aspirations sans tenir compte des contraintes techniques ou autres contingences.

Comme son nom l'indique, le carnet fonctionne comme un support d'observation et de médiation. Il propose des outils pour analyser l'environnement à l'hôpital en croisant les regards expérientiels et d'experts. La communauté hospitalière est souvent rétive à l'observation et un temps de mise en confiance a été indispensable. Comme le dit, avec

humour, l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle dans le titre de l'un de ses articles, un regard extérieur est souvent vécu par les hospitaliers comme s'il s'agissait de « voir si on a un os dans le nez³⁰⁰ ».

Sur la forme, la page de couverture présente l'espace d'accueil du service de médecine interne et de gériatrie, monochrome, géométrique, vide qui suscite l'envie d'intervenir. Ainsi, dès la couverture s'expriment l'imaginaire et le désir, notamment des enfants, de rester en lien, au moins dans leur espace mental, avec le ciel et la terre. Or, cette position de l'homme entre ciel et terre est au centre de toutes les philosophies, mystiques ou non, comme fondement de notre être existentiel.

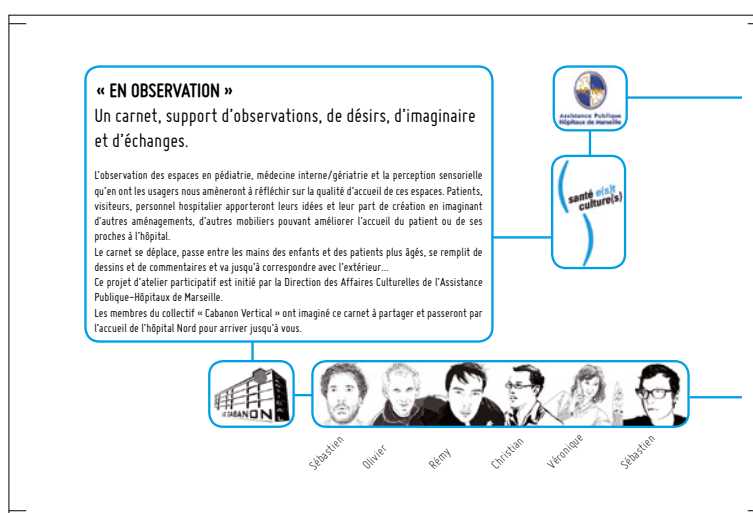


Illustration 66 : Sommaire des carnets de médiation du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Le sommaire du carnet montre que les artistes-architectes ont identifié les divers composantes spatiales et sensorielles qui constituent l'expérience du patient et des accompagnants.

300 Marie-Christine POUCHELLE, « Situations ethnographiques à l'hôpital. « Elle vient voir si on a un os dans le nez... » », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 4, N° 103, 2010, p. 4-19.

Ils organisent le parcours d'observation dans un continuum entre l'espace le plus intime de l'hôpital, la chambre, et le plan global qui permet de se situer. Ils font un focus également sur les espaces de transition essentiels tels que les portes et les couloirs.

Ainsi, la composition du carnet *En observation* ouvre des registres déjà problématisés et peu abordés comme tel à l'hôpital.

- ♦ La chambre : exploration de l'espace de l'intimité
- ♦ Le couloir : espace de transition et de sociabilité
- ♦ La porte : le seuil, du dehors et du dedans
- ♦ Le mobilier sur roulette : fluidité dans un univers d'empêchements
- ♦ Plan de l'hôpital : se situer, s'orienter
- ♦ Les sens : l'expérience sensorielle dans le vécu de l'hospitalisation
- ♦ Photoreportage : reporter c'est celui qui va témoigner d'une réalité et la partager
- ♦ Transformer le lieu : une position active
- ♦ Notes d'expression : être entendu
- ♦ Une carte postale : ouverture vers l'extérieur de l'hôpital

Nous attirons l'attention sur la rubrique « carte postale » car elle éveille l'imaginaire vers un ailleurs, permettant de déplacer symboliquement un séjour contraint et douloureux en séjour dans lequel il serait possible de vivre une expérience à partager.

Les quelques exemples qui suivent sont tirées du carnet rempli majoritairement par les enfants. Nous constaterons ensemble que ces propositions de sens et d'usage ne peuvent pas être rabattus sur une pseudo-fantaisie enfantine.

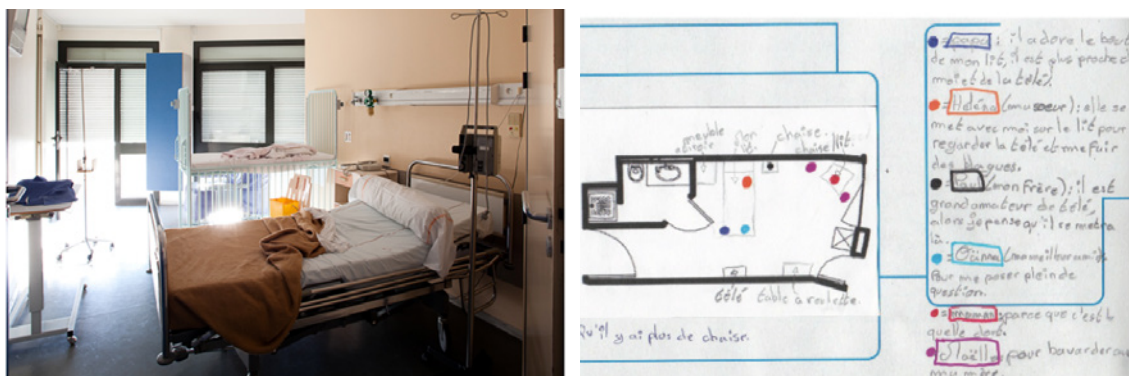


Illustration 67 : Pages intérieures des carnets de médiation du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Alors que la chambre est l'espace de l'intimité, de la sécurité affective et du repos de notre humanité fatiguée, la chambre réelle de l'hôpital apparaît comme un espace médicalisé et vidé de tout signifiant allant dans le sens d'une familiarité avec la maison quittée par l'enfant.

Mais ce que révèle le dessin des enfants c'est qu'elle n'est pas aménagée pour accueillir des visiteurs. L'enfant, lui, répartit dans l'espace les membres de sa famille en fonction de leurs centres d'intérêt et de leur proximité affective avec lui. Car il a quitté un environnement familial et familier rassurant pour un cadre fonctionnel dans lequel il ne retrouve pas ses repères. En aménageant la chambre pour accueillir les proches, on permettrait à l'enfant de faire lui-même acte d'hospitalité, en souhaitant la bienvenue dans l'espace qui lui est dévolu et qu'il investit comme étant provisoirement le sien, en étant actif dans le processus d'appropriation de ce lieu inconnu par ses proches. Et cela est vrai pour toute personne hospitalisée. On comprend que l'enfant ne peut pas habiter sa chambre, même provisoirement, sans transporter avec lui une part de son univers familial.



Illustration 68 : Pages intérieures des carnets de médiation du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Le couloir est présenté dans le carnet comme un espace de circulation et de rencontres où l'inattendu devrait être possible. Dans le réel, nous découvrons un espace froid, impersonnel, dont les surfaces lisses ne proposent aucune aspérité où pourrait s'accrocher un fil de poésie.

Pour l'enfant, il devient un support d'expression créative et de jeux dès lors qu'on le laisse imaginer. Un couloir transformé en terrain de foot, arpenté par de drôles d'oiseaux et débordant de couleurs, un couloir où l'on peut s'arrêter et s'asseoir, un lieu vivant.

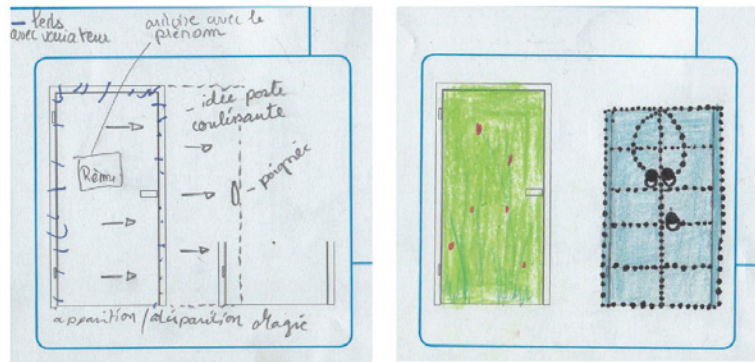


Illustration 69 : Pages intérieures des carnets de médiation du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

La porte dans ce couloir de médecine interne est la même pour tous, interchangeable, dans une suite lassante. Pour Gaston Bachelard, la porte schématise deux possibilités fortes : celle qui est fermée, cadénassée, verrouillée et celle qui est ouverte, ou mieux encore, entr’ouverte, et suscite le désir, la tentation, l’hésitation, la curiosité, toute nuance d’émotion appartenant au registre de la poétique. Nous sommes ici clairement dans l’alternative de la porte fermée. Aucun signe n’évoque un univers, au-delà de la porte, pouvant susciter l’intérêt, le respect, le désir. La porte est une limite qui bloque l’imagination au lieu d’être un seuil invitant à la traverser.

Aux premiers dessins, couleurs, formes orientales, ouvertures latérales et prénom, trace de soi, la porte bascule dans sa deuxième possibilité de porte ouverte, entr’ouverte à la rencontre.

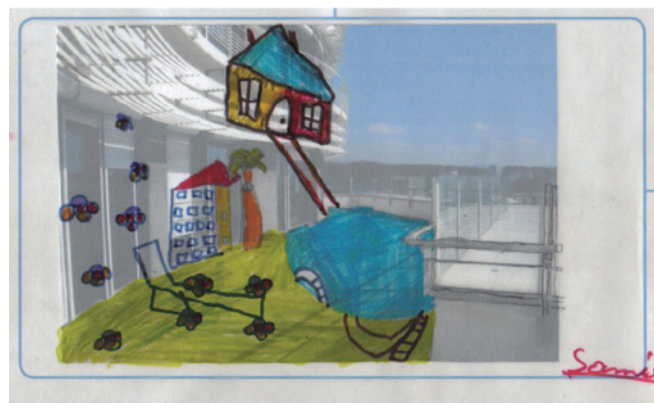


Illustration 70 : Pages intérieures des carnets de médiation du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

La terrasse en pédiatrie ne présente aucun aménagement qui inviterait à s’y poser, reposer ou y exercer des activités. Elle est même décrite dans le carnet comme un cendrier géant qui accueille les mégots des fumeurs des étages supérieurs. Pourtant, elle offre une vue imprenable sur Marseille. Une terrasse, c’est un point de vue sur le monde qui permet de sortir des limites de l’hôpital. Elle offre un horizon paysagé mais aussi d’espoir.

Pour l’enfant, la terrasse est potentiellement un terrain de jeu avec piscine, fleurs et gazon. Généreux, il aménage une maison avec toboggan à l’étage supérieur pour que les enfants du service d’au-dessus puissent en profiter. La terre, l’eau et le ciel, la cosmogonie enfantine est toute entière contenue dans cette proposition.



Illustration 71 : Pages intérieures des carnets de médiation du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Terminons ces quelques exemples de participation au carnet par une page remplie par une personne hospitalisée dans le service de médecine interne et de gériatrie. Elle identifie tout en les qualifiant les micro-lieux de son environnement à travers une grille de densité d’hospitalité : depuis l’espace interdit à celui où elle aime se tenir.

Un cahier du même type a été réalisé pour les services d’imagerie médicale mais au profit des étudiants de l’IFMEM. L’idée était d’inviter ces futurs professionnels à chausser les lunettes des usagers de l’hôpital à l’occasion de leurs examens en imagerie médicale. Les étudiants ont donc eu la possibilité de poser un nouveau regard sur l’hôpital, de questionner leurs certitudes, d’inventer de nouvelles formes de relations avec les patients et leur environnement professionnel. Cette mise en forme de l’empathie, au sens de « se mettre à la place de... » est essentielle dans un contexte où les professionnels sont souvent tentés de refouler leurs émotions.

Le carnet a été mis en activité dans le contexte d'ateliers animés par les artistes-architectes pendant six semaines dans les deux services de pédiatrie et de gériatrie. L'objectif consistait à déplacer la construction du point de vue formalisé des professionnels de la production d'espace à celui des usagers de l'espace hospitalier. Il ne s'agissait pas seulement de les concerter et de recueillir leurs opinions et leurs pensées mais de les outiller pour qu'ils soient en capacité de projeter et de partager leur expérience et leur imaginaire avec ceux qui étaient en charge des aménagements. Ces derniers étant à leur tour pénétrés et transformés par cette relation.



Illustration 72 : Affichettes du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Des affichettes ont été apposées dans les services pour informer les professionnels et les usagers des ateliers.

Le choix des portes dans les deux affiches nous invite à les ouvrir vers d'autres univers de sens. C'est une image princeps.



Illustration 73 : Scènes d'atelier du Cabanon Vertical en gériatrie

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Dans le service de gériatrie et médecine interne, il est très vite apparu qu'il n'était pas possible de faire l'atelier dans un espace commun. D'une part, un tel espace n'existait pas. D'autre part, les patients étaient généralement en assez mauvaise santé et ne souhaitaient pas se déplacer.

Les ateliers se sont donc déroulés au chevet du malade en détournant le chariot de soins en chariot de créativité. Les entretiens ont souvent pris le relais du dessin.



Illustration 74 : Scènes d'atelier du Cabanon Vertical en pédiatrie

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Chez les enfants, les ateliers se sont faits en groupe, avec leur animatrice habituelle, dans la salle d'activité ou dans les espaces circonvoisins sur le mode reportage. Pour les enfants ne pouvant pas quitter leur chambre, les ateliers se sont aussi faits à leur chevet.

En construction...

Les « observations » du carnet ont été rassemblées et transformées en pistes de projets dans un Cahier de tendances présentant des réponses créatives et concrètes d'aménagements dans les services.



Illustration 75 : Couverture du carnet de tendances du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

En construction, Carnet de tendances ouvre les portes coupe-feu de l'hôpital vers des propositions créatives qui éveillent la curiosité. Voici les éléments de diagnostic et les idées qui ont été les prémices des projets réalisés.

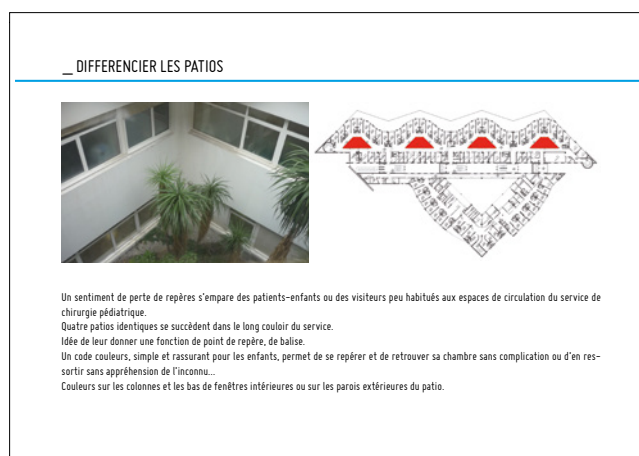


Illustration 76 : Page intérieure du carnet de tendances du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Comme évoqué, l'architecture du bâtiment de la pédiatrie fait se suivre quatre patios identiques. Cet obstacle au repérage a été le point de départ de la proposition d'un code couleur qui est devenue ultérieurement un système d'orientation global dans le service de pédiatrie.



Illustration 77 : Extrait d'une page intérieure du carnet de tendances du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Ce dernier s'organise autour d'une pièce maîtresse de la signalisation : le totem. On y trouve comme signe iconique de repérage l'étoile. Forme reconnaissable dans toutes les cultures et toutes les langues. Forme hautement poétique car elle nous relie à la fois à la transcendance de l'univers et à l'immanence de notre être, composé de poussières d'étoiles. Le code couleur organise la densité d'hospitalité des espaces : les espaces professionnels, les espaces de soins et les espaces collectifs. Nous entendons par densité d'hospitalité la capacité d'ouverture et d'accueil des hôtes extérieurs des différents lieux de l'hôpital.



Illustration 78 : Page intérieure du carnet de tendances du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Une première proposition de support d'appropriation de la porte de sa chambre par l'enfant est l'usage de l'ardoise comme surface d'écriture et de dessins. Le caractère temporaire du marquage souligne que la vie se poursuit après cet intermède hospitalier, mais il permet en même temps à l'enfant d'investir affectivement son espace.

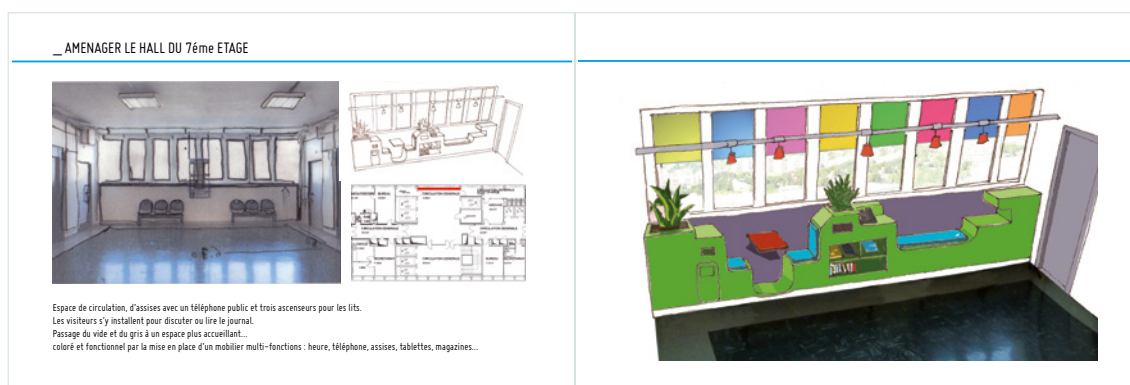


Illustration 79 : Pages intérieures du carnet de tendances du Cabanon Vertical

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Les patients, les familles et les professionnels du service de médecine interne et de gériatrie ont déploré l'absence de lieux où se retrouver en-dehors de la chambre ou des bureaux médicaux. Le Cabanon Vertical propose alors une assise gaie et colorée dans un interstice du hall de distribution entre deux unités de soins.



Illustration 80 : Couverture du carnet de rendus de l'IFMEM

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Le même principe a été retenu pour l'atelier avec les étudiants de l'IFMEM. Un carnet de rendus a présenté les pistes de projets autour des thématiques de la mer et de la montagne. Ces propositions sont un peu plus littérales sur le plan de l'imaginaire, mais elles décalent l'expérience des usagers en les invitant à une rêverie dans des contextes désirables.



Illustration 81 : Page intérieure du carnet de rendus de l'IFMEM

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Par exemple, l'installation d'un hublot dans un couloir triste et aveugle appelle immédiatement au voyage et permet d'échapper à un moment objectivement anxiogène.

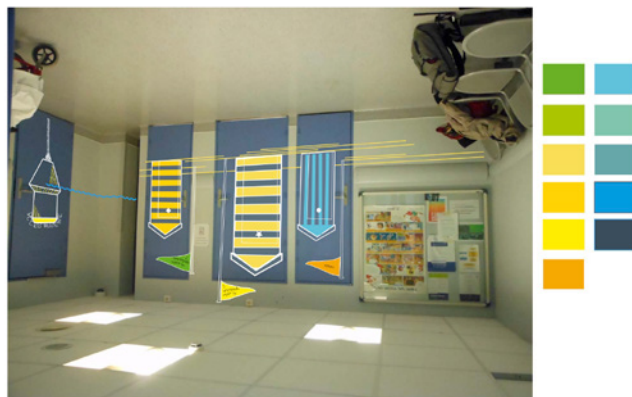


Illustration 82 : Page intérieure du carnet de rendus de l'IFMEM

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Il en va de même pour la transformation des cabines de déshabillage pour l'examen en cabines de déshabillage pour la plage. Celle-ci déplace ce faisant la qualité même de l'attente.

À la croisée #1, meuble de convivialité

À la croisée #1 est un aménagement convivial, multifonctionnel et unique dans un service de soins dépourvu de tout espace commun en-dehors des chambres. Il a été sélectionné à l'unanimité par les professionnels du pôle. Ce mobilier à l'esthétique joyeuse a trouvé sa place au chausse-pied dans un hall essentiellement dévolu aux circulations et dans un service privé de salle pour les familles et de salle de repos pour les professionnels, faute de place.



Illustration 83 : Plan du service de médecine générale-médecine gériatrique

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

À un étage où les circulations se résument à de longs couloirs éclairés artificiellement et sans fenêtre, le hall d'accueil joue un rôle de respiration. Il est lumineux et offre des vues généreuses sur le paysage extérieur par un grand bandeau vitré. Mais l'occupation que peuvent en faire aujourd'hui les usagers de l'hôpital s'apparente plus à une attente dans un hall de gare. Marc Augé le qualifierait de non-lieu. Mais en lisant le plan, on comprend qu'il est le seul à porter la potentialité d'un lieu de rencontre et de croisement, d'un carrefour qui ne soit pas que fonctionnel.

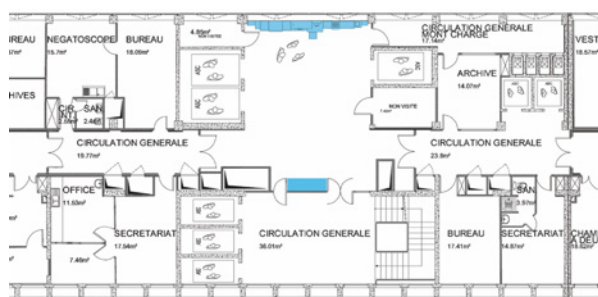


Illustration 84 : Plan du hall de médecine générale-médecine gériatrique

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

La configuration du hall permet de localiser les zones pouvant être investies sans gêner le fonctionnement de cet espace. Il s'agit d'un rectangle de 6m sur 1m. Comment occuper cet interstice pour donner une valeur conviviale à ce lieu tout en respectant les fonctionnalités de circulation ? Cette question invite les professionnels de la conception spatiale à s'intéresser de près aux retraits, aux coins, au-dessous de fenêtres, aux angles perdus comme potentialités d'espaces à haute valeur poétique, pour des usagers aspirant à sortir d'un environnement normalisé par les nécessités médicales et fonctionnelles.



Illustration 85 : Plan de fonctionnalité du mobilier de convivialité

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Cet aménagement crée une possibilité de rencontre entre les usagers tout en répondant à certains de leurs besoins qui se sont exprimés à l'occasion des ateliers : s'asseoir, lire, connaître l'heure, discuter, écrire, téléphoner, jouer. Il est pensé de manière à être inclusif en mettant en œuvre des aménagements adaptés au patient comme la surélévation des hauteurs d'assise ou l'accès au téléphone pour les personnes en fauteuil roulant.

Ce projet donne à voir ce mobilier comme un ensemble de cubes colorés. À cet égard, il évoque l'univers du designer Bruno Munari qui avait une prédilection pour la forme carrée, forme stable et toujours égale à elle-même, dont aucun des côtés n'est privilégié. Elle incarne ainsi une stabilité rassurante dans un contexte où la maladie déstabilise profondément les patients et leur famille.



Illustration 86 : Projet d'implantation du mobilier de convivialité

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Cette proposition se trouve en totale rupture avec les codes – ou les habitus – formels de l'environnement hospitalier dans lequel elle s'insère. Mais il ne s'agit pas que d'esthétique. Cet objet réorganise l'espace dans lequel il s'inscrit et ses usages. Il crée un lieu car il ménage une place à chacun, si modeste soit-elle, et revivifie la vie sociale. La

qualité de lieu est appréhendée selon la définition donnée par l'anthropologue Marc Augé pour qui « le couple lieu/non-lieu est un instrument de mesure du degré de socialité et de symbolisation d'un espace donné³⁰¹. » Ce mobilier crée une place pour la rencontre entre le grand-père et l'enfant, entre les membres d'une famille souhaitant se retrouver ensemble, entre les patients voulant échanger mais aussi entre les professionnels dont le moment de pause est crucial. C'est le cas notamment pour l'enfant-visiteur, non autorisé dans les services de soins, et qui peut désormais rencontrer un parent hospitalisé dans un espace, qui lui est non seulement autorisé, mais aussi destiné grâce à un aménagement confortable, coloré, et ludique. Les choix formels renvoient en effet à l'univers de l'enfance par ses couleurs vives et l'évocation de jeux de construction de type lego. Ils contribuent ainsi à dédramatiser la confrontation de l'enfant avec le milieu hospitalier.



Illustration 87 : Projet d'implantation du mobilier de convivialité

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

301 Marc AUGÉ, « Retour sur les « non-lieux », Les transformations du paysage urbain », *Revue Communications*, vol.2, n°87, 2010, p.171-178

On peut également observer que le Cabanon vertical a pris soin de souligner les surfaces verticales d'un liseré bleu qui se lit comme un fil d'Ariane, un itinéraire possible, une rambarde symbolique, un appui dans un lieu qui jusqu'alors était flottant et desséché par sa seule fonctionnalité.



Illustration 88 : Vue du mobilier de convivialité

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Nous laissons le dernier mot à Nicole Tabet, cadre supérieure de santé du pôle médecine chirurgie vasculaire : « Les artistes nous ont permis de repenser cet hôpital à partir du regard des patients et de réinventer ces lieux pour qu'ils deviennent un peu plus hospitaliers. »

À la croisée #2

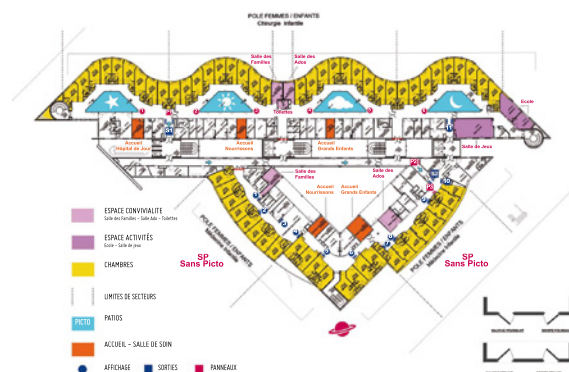


Illustration 89 : Plan d'implantation de la signalétique en pédiatrie

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

La proposition À la croisée #2 consiste à singulariser chaque patio et à rythmer ainsi les déplacements dans le service. Chaque patio a été singularisé par une icône issue du champ sémantique du ciel (étoile, nuage, soleil, lune) à la fois pour sa simplicité de lisibilité et pour son régime de sens poétique. Il introduit aussi une temporalité (jour, nuit) dans une expérience où l'ennui est très présent et le temps indéterminé. Le Cabanon Vertical a souhaité donner les moyens à chacun de se constituer facilement une cartographie intuitive des services de pédiatrie et ainsi de rendre plus agréable l'appréhension des lieux.



Illustration 90 : Projet d'implantation d'un totem en pédiatrie

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Des totems indiquant les différentes directions à suivre sont placés stratégiquement aux angles des patios, à la jonction des couloirs, afin de les voir facilement. Leur physiologie ludique crée un univers plus proche des représentations des enfants. En outre, bien que le totem soit devenu une appellation technique dans le champ de la signalétique, sa définition ethnologique désigne un « être mythique (animal, végétal ou objet naturel) considéré comme l'ancêtre éponyme d'un clan ainsi que son esprit protecteur et vénéré comme tel³⁰². » Les totems indicateurs du Cabanon Vertical sont inscrits dans un signifiant culturel qui leur confère une valeur symbolique de protection et de sociabilité. En cela, ils relèvent du même régime sémantique que l'hospitalité.



Illustration 91 : Projet d'implantation de la signalétique sur les portes

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Les portes des chambres sont désormais équipées d'un tableau sur lequel chaque occupant peut dessiner à sa guise et ainsi s'approprier son espace-chambre. Le système de stylo-craie effaçable est inspiré du matériel utilisé pour les ardoises de restaurant. Il est compatible avec les exigences sanitaires propres au service hospitalier interdisant la craie. Ce dispositif réintroduit dans l'espace hospitalier l'expression de l'identité de l'enfant, donc de la relation à lui-même, grâce à un objet qui incarne la relation à l'autre par sa possibilité d'ouverture.



Illustration 92 : Enfant devant une porte réalisée

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Ici l'enfant a exprimé sur cette surface l'amour qu'il ressent pour les médecins et les infirmières, déplaçant la relation codifiée de la prise en charge dans son propre domaine d'affectivité et d'émotivité. On permet ainsi à l'enfant de faire lui-même acte d'hospitalité, en souhaitant la bienvenue dans l'espace qui lui est dévolu et qu'il investit comme étant provisoirement le sien grâce à ce geste d'apprivoisement. Il est comme un petit dieu du seuil.

À la croisée #3

Cette proposition consiste à installer un système visuel global dans les espaces d'accueil de l'imagerie médicale, ayant une fonction d'orientation, mais surtout, de création d'une atmosphère. Les étudiants ont choisi les thèmes de la montagne pour le service d'imagerie médicale de la Timone et de la mer pour celui de l'hôpital Nord.

Solange Sarrailh et Christine Arduino, cadres de santé des services d'imagerie médicale, ont qualifié de la manière suivante les trois années d'atelier avec le Cabanon Vertical :

Regarder les lieux, s'interroger sur ces espaces, refaire le parcours du patient, se mettre à sa place, cela devrait être le premier pas à faire quel que soit le chemin professionnel emprunté. C'est celui qui va être déterminant pour la relation future au patient, celui qui n'a pas choisi d'être là, qui n'a pas choisi ce décor, cette architecture. Outre les améliorations visibles de la démarche (signalétique, illustrations, volume...), les patients bénéficieront peut-être de plus d'empathie de la part de ces futurs professionnels qui ont eu l'opportunité de s'arrêter un moment pour regarder concrètement leur parcours.³⁰³

303 Ce témoignage est extrait du « Carnet de santé e(s)t culture(s) » 2012 conçu et publié par la direction des affaires culturelles.



Illustration 93 : Réalisations du service d'imagerie médicale

© Cabanon vertical, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

À titre d'exemple, on voit comment le couloir aveugle de l'accueil de l'imagerie se transforme en ligne d'horizon maritime sur laquelle vogue un bateau tout droit sorti de l'imaginaire de l'enfance. Cette intervention modeste apporte une légèreté, comme un sentiment de flottaison, dans un espace sans caractère. Les rayures comme signal des vacances maritimes deviennent, par leur décalage même avec la réalité, des signifiants générateurs de trouble et déclencheurs d'imaginaire.

Les motifs esthétique et relationnel : mise en perspective

Pour tirer les enseignements de ce cas d'étude, je reviendrai sur les trois notions citées dans l'introduction – collaborer, signifier, habiter – qui sont constitutives de l'hospitalité au-delà du confort d'usage d'un système de signalisation.

Collaborer : du « faire pour » au « faire avec » dans un contexte de vulnérabilité

Les professionnels n'ont pas envisagé au départ la possibilité d'impliquer les usagers comme des partenaires actifs des transformations concrètes de l'hôpital. Or la participation active des usagers a permis d'apporter des réponses adaptées à leurs besoins spécifiques. La durée et la démarche qui ont caractérisé ces initiatives en ont fait de surcroît des vecteurs de rencontres et d'échanges entre les personnes. Les retours positifs des usagers sur ces aménagements laissent à penser que plus l'hôpital les intégrera en amont dans ses projets, plus les réalisations seront justes.

L'approche participative interroge les démarches de conception des espaces dans les bâtiments hospitaliers. En effet, la rencontre entre les formes de programmation et de production relevant de la commande traditionnelle et celles de dispositifs de diagnostic et

de coproduction avec les usagers relevant du design contemporain n'a pas encore pénétré les habitus de nos institutions hospitalières. Nous en voulons pour preuve que finalement aucune de ces propositions n'a été dupliquée dans d'autres étages dont la morphologie est pourtant semblable.

Pourtant cette capacité à « Faire avec » plutôt que « Faire pour » est une forme de *demopraxis* ouverte à la biodiversité des utilisateurs, des créateurs et des chercheurs. La participation active est pensée non seulement comme un droit démocratique mais aussi comme une expérience partagée qui nous sort de la solitude de la douleur pour nous réinscrire dans la communauté. Elle relève sur le plan méthodologique « d'un art de propositions plus que d'affirmations³⁰⁴ », dans lequel modestie, questionnement et investigation prennent toute leur valeur.

Imaginer : du topos au logos

Dans la langue française, le terme signalisation désigne un ensemble de signaux visant à communiquer une information, en particulier pour assurer la sécurité et la facilité de la circulation. Pour ce qui concerne le verbe « signifier », c'est au signifiant, en tant que forme visuelle et spatiale construite par la signalétique, que nous nous intéressons. À cet égard, nous nous référons à Jacques Lacan pour lequel nul élément signifiant ne peut être considéré comme ayant une portée univoque³⁰⁵. Pour lui, l'existence du signifiant introduit dans le monde de l'homme un sens nouveau. Nous pouvons donc distinguer « signaler » en tant que canal d'information univoque et « signifier » comme élément ouvreuse d'imaginaire et s'offrant à des interprétations multiples.

Nous avons vu comment la porte, élément topographique à l'interface de l'univers de l'intime et de l'univers du social peut être muette et constituer une limite opaque à l'imaginaire. Ou au contraire comment elle peut être investie de sa fonction démiurge de petit dieu du seuil dès lors que l'enfant la transforme en logos, en signifiant sa charge émotionnelle. Nous avons vu comment le totem, de simple objet fonctionnel, devient une chose qui prend soin et dont on a pris soin, qui relie les hommes à une fonction symbolique primitive de protection et de communauté.

304 Paul ARDENNE, *Un art conceptuel : création artistique en milieu urbain, en situation d'intervention, de participation*, Flammarion, 2002, p.

305 Jacques LACAN, *Le séminaire Livre IV. La relation d'objet*, Seuil, 1994.

Les hommes sont des êtres de langage et de sens, plus encore lorsqu'ils traversent des expériences existentielles telles que la perte, la finitude et la douleur. S'en tenir à une pure fonctionnalité du topos c'est les priver de ce qui fonde l'hospitalité : la relation spatialisée et signifiante à l'autre. Parce que l'hôpital accueille les moments de métamorphoses les plus intimes et les plus dangereux, la naissance et la mort, une attention anthropologique toute particulière est à porter à ces espaces substitutifs du lieu de la maison et du familial.

Habiter : de l'aménagement au ménage

Comment l'hôpital est-il « aménagé » pour accueillir la vulnérabilité et l'altérité des personnes malades et leurs proches ? Au cœur même de cette question, se love celle de la transformation, celle de la projection d'une meilleure habitabilité des lieux de soins, pour accueillir la vulnérabilité de chacun. Car, comme en témoigne le vers du poète Christian Bobin relatant ses visites à son père atteint de la maladie d'Alzheimer : « J'entre dans l'ascenseur, j'appuie sur le bouton du deuxième étage et je m'apprête à une nouvelle rencontre avec l'envers du monde³⁰⁶. »

Martin Heidegger se penche sur l'étymologie des mots. Ainsi, le mot du vieil-haut-allemand qui correspond à bâtir est *bauen* qui signifie habiter, séjourner, demeurer. Mais *bauen* dit aussi l'être de l'habitation car il est aussi le mot qui veut dire être, je suis. Ce vieux mot *bauen* signifie aussi enclore et soigner dans le sens d'édifier, de cultiver.

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.³⁰⁷

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 ménage 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 sureté. » Ainsi, « le trait fondamental de

306 Christian BOBIN, *La Présence pure et autres textes*, Poésie, Gallimard, Paris, 2008.

307 Martin HEIDEGGER, *Habiter, bâtir, penser, Essais et conférences*, Gallimard, Paris, 1951

l'habitation est ce ménageement ». C'est pourquoi dans une éthique de l'hospitalité qui passe par le bâtir, aménager n'est pas dissociable du ménageement. L'aménagement ne peut donc pas se concevoir sans prendre en compte les besoins de sécurité psychologiques de ses usagers.

Cette relation entre bâtir, habiter d'une part et soigner, ménager d'autre part constitue une piste pour comprendre en quoi ces projets sont hospitaliers. La démarche présentée dans cet exemple invite l'utilisateur à habiter l'hôpital plutôt qu'à l'occuper. Car ces aménagements sont le fruit d'un prendre soin qui relève de l'attention portée à la place et à l'accueil de chacun.

Aussi, nous n'entendons pas l'hospitalité seulement comme la proposition d'un ensemble d'artefacts et de procédures visant à améliorer le bien-être des utilisateurs de l'hôpital. Mais nous l'entendons aussi comme l'édification participative d'un système de signes qui, dans un même mouvement ménage la vulnérabilité de l'hôte et relie son imaginaire à un ailleurs qui le libère partiellement de sa situation contingente.

Cette étude de cas a permis de poser l'hypothèse selon laquelle le système visuel dans les bâtiments hospitaliers déploie tout son potentiel de repérage, d'orientation et d'hospitalité dès lors que son régime de sens déborde les fonctions d'information et d'usage, en ouvrant les relations aux principes de collaborer, imaginer et habiter.

4. L'Einführung comme trames du motif relationnel

Cahier poétique 4 : « Un air de famille »

*Alors que s'évide mon être
Une voix pure et rauque
Rattrape ma peau d'âme
Par le bout des doigts
Déjà froid, déjà mort
Une algue molle
Mais le chant s'élève
Et tout verdit.*

Ce projet artistique autour de la chanson, conduit dans une unité de dialyse, a créé un écart entre le territoire réel et les territoires culturels des usagers. Dans cet écart, le patient a pu tracer le trajet d'une nouvelle hospitalité, se délestant ainsi de l'hospitalité subie à laquelle sa maladie l'a assigné. Pour le comprendre, cette étude de cas met au jour un processus en trois opérations : l'empathie, l'expérience et la catharsis.

L'empathie, traduction du terme allemand *Einfühlung*, procède d'une relation à trois termes, les deux sujets d'une relation intersubjective et un objet de projection dans lequel s'engage leur expérience sensible. Théodore Lipps, philosophe et psychologue allemand, distingue quatre formes de l'*Einfühlung*. Les trois premières relèvent des interactions phénoménologiques entre sujets et objets. Nous retiendrons pour notre propos la quatrième forme qui concerne aussi la relation avec d'autres êtres humains. Mais ce qui nous intéresse plus encore dans la théorie de Lipps c'est l'idée de délocalisation que le sujet subit dans la relation empathique. Pour lui, « au moment de la contemplation esthétique, le sujet devient progressivement moins conscient de ses tensions musculaires ou des sensations qui concernent le sens de soi et il s'abandonne à l'objet qu'il regarde³⁰⁸. » Pour Victor Basch, « la musique apparaît comme la forme la plus parfaite de l'*Einfühlung* esthétique où la communion avec l'objet est totale³⁰⁹. » Ce qui advient comme charge émotionnelle dans ce partage de chansons se trouve contenu par l'enveloppe sonore psychique, tout en étant reconnu. C'est pourquoi, en tant qu'enveloppe du Soi, le son dans sa dimension sensible a une légitimité fondamentale à s'inviter à l'hôpital. Il a un double potentiel. Celui de contenir les émotions des patients qui peuvent alors les exprimer sans crainte du désordre. Et celui de les rendre audibles par les soignants qui peuvent alors les reconnaître sans crainte de débordement.

Dans cette expérience, les patients font donc entendre leur voix dans sa dimension la plus jubilatoire, le chant. En anglais, « expérience » désigne à la fois un événement accompli et un processus. En l'occurrence, la différence entre les deux temps de l'empathie et de l'expérience réside dans la transformation du matériau brut, ici les chants livrés par les patients, en forme aboutie, les chants composés et interprétés par des musiciens confirmés, les étudiants du CFMI. Nous constatons dans cette étude de cas que la musique, plus encore que d'autres formes d'expression, est un art qui, selon John Dewey,

308 Stefania CALIANDRO, « Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques », *Revue française de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Vol. 68, 2004, p. 791-800.

309 Jacques HOCHMANN, *Une histoire de l'empathie*, Odile Jacob, 2012.

« en vertu de son évidente dimension temporelle illustre mieux qu'aucun art en quel sens la forme est intégration mouvante d'une expérience. La « forme » musicale devient forme dans le développement de l'écoute³¹⁰. » La catharsis s'active du côté des publics élargis, quand la chorale de l'hôpital donne à entendre le répertoire des chansons des usagers.

En conséquence, ce projet artistique bouscule, déplace, ré-agence les tracés habituels des frontières des territoires, des relations et de l'organisation du temps grâce aux opérations d'empathie, d'expérience et de catharsis. Il réinscrit le territoire propre de l'hôpital dans un maillage culturel qui rend les limites avec la ville poreuses et lui donnent sens. Le chant, comme le souligne Tim Ingold, a la capacité de tisser plutôt que de connecter car il est relié à des univers culturels et porte des récits.

« Un air de famille » : une expérience esthétique comme écart entre les territoires

*Dans nos ténèbres, il n'y a pas une place pour la
beauté. Toute la place est pour la beauté.*

René Char³¹¹

Le propos qui suit dessine une configuration singulière du soin, de l'hospitalité et du territoire, à travers un dispositif musical nommé « Un air de famille », qui s'est déroulée de 2010 à 2016 dans le service de dialyse de l'hôpital de La Conception à Marseille. Le postulat est que toute intervention créatrice à l'hôpital, dès lors qu'elle génère une expérience esthétique partagée, fait acte d'hospitalité. Mais aussi que cette hospitalité retourne la notion de territoire. En effet, dans ce contexte, le projet artistique et musical crée un écart entre le territoire réel qui accueille et les territoires imaginaires et culturels par lesquels le patient se déleste de cette hospitalité même. Autrement dit, si l'hospitalité se définit généralement par l'ouverture à autrui d'un territoire dont on passe le seuil, elle se construit ici comme une possibilité offerte à autrui, vulnérable et captif dans le territoire de l'hôpital, d'y échapper et de recomposer la vibration entre son propre corps souffrant et un corps social transcendé par la musique. Comment l'instauration artistique par

310 John DEWEY, *L'art comme expérience*, Folio essais, Paris, 2016, p. 307.

311 René CHAR, *Fureur et mystère*, Flammarion, Paris, 1967.

le chant déterritorialise-t-elle les affects en-dehors du territoire institutionnel du soin ? Par les opérations susnommées : l'empathie intersubjective, l'expérience esthétique et la catharsis comme transmutation des affects.

« Un air de famille » fait référence au patrimoine musical familial, cet air que nous avons entendu fredonner depuis toujours par nos parents, que nous avons chanté en voiture pendant des heures ou qui a égayé nos repas de famille. Un air que nous pouvons reconnaître entre mille et qui nous relie à une communauté. Un air qui nous serre le cœur parce qu'il nous rappelle un événement émouvant. Mais un air qui désigne également une ressemblance intuitive, difficilement objectivable entre les membres d'une même famille. En choisissant ce titre pour le projet, ce sont ces deux connotations qui sont mobilisées. En effet, l'enjeu est de réactiver les liens avec les communautés intriquées de chacune des personnes hospitalisées grâce à cet objet domestique et culturel qu'est la chanson. Mais ce faisant, on esquisse les ressemblances qui rassemblent, au-delà de la maladie, de la souffrance, du geste médical, de l'espace thérapeutique qui individualise et isole.

Ce projet est né d'un partenariat entre les hôpitaux de Marseille et le centre de formation des musiciens intervenants d'Aix-Marseille Université, l'un des seuls, avec le CFMI de Lyon, à avoir intégré dans son programme pédagogique un module spécifique, non optionnel, intitulé « Intervenir en milieu hospitalier », réparti sur les deux années d'étude. Le projet de collecte de chansons à l'hôpital, élaboré avec la direction des affaires culturelles de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, s'inscrit dans le volet dit « Hôpital créatif » du partenariat avec Marseille Provence 2013, Capitale européenne de la culture.

Dirigé par le Professeur Yvon Berland, alors Président d'Aix-Marseille Université, le service de dialyse de l'hôpital de la Conception comprend quatre unités de dialyse de seize lits chacune, soit 250 patients dialysés par semaine, une unité de soins intensifs, une unité d'hospitalisation (malades âgés et « grabataires »), une unité d'hospitalisation pour les greffes et des consultations externes notamment pour le suivi des greffés.

Les personnes dialysées sont présentes trois fois par semaine à raison de quatre à six heures. Il y a quatre Kolff³¹² par étage, du nom de l'inventeur de la première machine à dialyse, et huit patients par Kolff. Les patients sont majoritairement à deux dans les chambres. Il y a seize personnels soignants par étage, huit par unité, le matin et l'après-midi. Chaque jour 100 personnes travaillent dans les unités de dialyse et 60 patients sont accueillis dans le service. Leur moyenne d'âge est élevée : environ 60 ans. Souvent les personnes ont de faibles revenus. Toutes les origines culturelles et toutes les communautés de Marseille sont représentées.

La dialyse est une méthode d'épuration du sang à travers une membrane. L'étymologie du nom met en évidence le phénomène physique de la dialyse, avec le grec ancien διάλυσις, diálysis (« dissolution »). Le sens original de dia- est « en divisant », ou « en traversant », du grec ancien διά, dia (« à travers »)³¹³. Cette étymologie n'est pas sans rapport avec notre sujet car nous verrons combien cette expérience de la chanson rend possible une traversée des frontières, participe du maillage de ce qui est divisé, séparé dans notre culture comme la parole et le chant, le normal et le pathologique, le dedans et le dehors, le pur et l'impur. Tandis que le sang est « trié » et « épuré » en passant dans la machine, les personnes mobilisent mémoire, culture et voix pour ne pas être elles-mêmes fragmentées, divisées, isolées.

Protocole de détournement des cadres de l'hôpital

Chaque année, une dizaine d'étudiants musiciens intervenants, accompagnés de cinq à six étudiants infirmiers, participent à un workshop d'une semaine dans le service de dialyse. Ils sont encadrés par François Le Gall, musicien et enseignant, Patrick Luppi, musicien, chef de chœur et enseignant, et Philippe Boivin, compositeur, enseignant et directeur du CFMI.

312 La première machine de dialyse fonctionnelle est construite en 1943 par Willem Kolff, un médecin néerlandais ; les Pays-Bas sont alors occupés par les Nazis. En raison de la rareté des ressources, Kolff improvise avec entre autres du boyau pour saucisses, des canettes et une machine à laver. Dans les deux années qui suivent, Kolff utilise cet appareil d'épuration du sang, véritable « rein artificiel », pour traiter seize patients souffrant d'insuffisance rénale aiguë, mais sans succès. En 1945, le traitement permet à une femme de 67 ans de sortir du coma après onze heures de traitement ; elle survit sept ans avant de mourir d'une cause sans rapport ; c'est la première patiente traitée avec succès.
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Dialyse>, consulté le 12 mars 2021

313 <https://fr.wiktionary.org/wiki/dialyse>, consulté le 12 mars 2021

Le protocole consiste pour les étudiants à préparer des chansons de leur propre univers familial pour les chanter aux personnes dialysées dans le service d'uro-néphrologie. Ils collectent ensuite en trinôme les chansons que les patients sont disposés à leur confier, ainsi que les souvenirs qui y sont rattachés. Le lendemain, ils complètent les paroles, reconstituent la partition, créent des arrangements et répètent pour s'approprier la chanson. Le surlendemain, ils retournent auprès des patients et des personnels qui leur ont confié leur chanson et ils les interprètent avec un arrangement vocal et instrumental.

Après le workshop, dans le cadre de leur formation au CFMI, ils réécrivent ces chants pour chorale. Ils les transmettent ensuite à la chorale de l'AP-HM et de l'Université composée de professionnels des deux établissements. Ces chants, offerts par les patients de dialyse, deviennent ainsi le répertoire principal de ces deux chorales. Celles-ci jouent dans divers lieux de l'hôpital mais aussi à l'occasion de manifestations culturelles dans la ville. Parallèlement, les étudiants investissent les lieux publics de l'hôpital pour proposer des concerts, pendant une journée organisée par Marseille Provence 2013.

Chaque année, ce sont plus de 45 chansons qui ont été collectées, auprès d'une quarantaine de personnes environ, par une dizaine d'étudiants du CFMI encadrés par leurs formateurs et leurs complices des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Les chansons recueillies sont le plus souvent des berceuses, des chansons populaires ou traditionnelles, dans plus d'une douzaine de langues, qui montrent la diversité des populations présentes dans les établissements hospitaliers, reflet des diversités culturelles de la ville de Marseille.

Collecter des chansons auprès de patients et de membres du personnel : une proposition en apparence très simple, mais qui engage à une véritable réflexion sur les échanges intergénérationnels et interculturels, et implique un travail de médiation, de transmission, et de création complexe. Bien entendu, il s'agit aussi de recueillir des témoignages en invitant les personnes à s'exprimer sur le contexte et l'histoire de ces « airs de famille » qu'elles acceptent de partager. Cette dimension narrative de la collecte est assurée principalement par les étudiants en soins infirmiers, le projet ayant été intégré à leur programme de sensibilisation à la sociologie et à l'anthropologie de la santé.

La loge



Illustration 94 : La salle d'attente transformée en loge pour les musiciens

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

À leur arrivée, les étudiants et les formateurs prennent littéralement possession d'une salle d'attente qu'ils transforment en loge, à l'écart du service de dialyse dans lequel le workshop se déroule. Cet espace dédié habituellement à l'attente, le plus souvent silencieuse et anxieuse, des patients et des accompagnants se trouve soudainement le réceptacle de chants, de bavardages, de papiers collés sur les murs, d'accordages d'instruments... et bruisse de la joyeuse activité d'une quinzaine d'étudiants cherchant à capter l'univers de cet étrange lieu qu'est l'hôpital. C'est dans cette pièce, peu adaptée à ces activités de répétitions, que les étudiants font leur travail de choix, de transcription et d'arrangements des chansons collectées.

Cette pièce sans âme se trouve offrir le cadre de discussions, de chansons, de répétitions, de blagues et de rire, toute activité non protocolaire dans l'organisation hospitalière, et débordant d'ailleurs les limites de la salle pour investir le couloir. Le témoignage sonore ci-dessous en illustre l'ambiance.

Nous retrouvons l'un des constats développés par le sociologue Gilles Herreros selon lequel les interventions artistiques et culturelles à l'hôpital sont à l'origine de constants déplacements d'usages des lieux mais aussi dans l'organisation du temps. Pour lui, « employer ces lieux autrement peut paraître insignifiant ; pourtant cela participe d'une recomposition des espaces et de la manière dont ils sont fréquentés, investis. De nouvelles images y sont attachées et, ici et là, ces déplacements deviennent des « détournements »³¹⁵. »



Illustration 95 : La salle d'attente transformée en loge pour les musiciens, adaptation du matériel

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Parmi les nombreuses inflexions que les musiciens font subir aux règles et usages établis de l'hôpital, le détournement des objets hospitaliers est régulier. Les chariots de soins se transforment en chariots de médiation artistique, les plateaux repas en supports d'instruments, les panneaux de portes en cimaises, etc. Et ce n'est pas sans fierté que les encadrants du workshop arrivent dans la salle de travail avec leur trophée : la chaise

314 À écouter ici : <https://drive.google.com/file/d/1RdzA-swVKBixe81DNy9J3V-Pk1Qk4oCD/view>

315 Gilles HERREROS, *op. cit.*

roulante. D'ailleurs, ces détournements concrets d'usage se font invariablement avec la complicité d'un personnel soignant amusé par l'usage inédit d'un objet qui fait partie de son quotidien.

Le service

Mais c'est à l'arrivée des musiciens dans le service que le changement d'ambiance se fait le plus flagrant.



Illustration 96 : Déambulation des musiciens jusqu'au service de dialyse

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Les musiciens commencent à jouer dans la salle d'attente, poursuivent dans les couloirs et pénètrent dans le service de dialyse en musique, où ils s'installent. Ils sont bruyants, joyeux et déterminés. Il faut savoir qu'en temps ordinaire l'environnement sonore de ce service est plutôt calme, uniquement rythmé par le bruit des machines de dialyse et les conversations à l'accent mélodique des infirmières. On n'entend pas les patients qui subissent dans le silence une véritable épreuve physique et psychologique. L'ambiance habituelle est calme, certes, mais mortifère.

Malgré l’envahissement de l’espace sonore par les instruments et les chants, nulle plainte n’a jamais été exprimée, ni par les patients, ni par les professionnels. Nous supposons que tous étaient heureux de l’expression de cette vitalité soudaine. L’une des dames a commenté ainsi la visite des musiciens, « il faut aimer la musique, si tu l’aimes tu es bien dans ta tête ». Pour autant, il y a bien quelque chose d’incongru dans la présence de ces musiciens, habillés de blouses stériles, au cœur des Kolffs.

Mais la musique, événement inouï au sens propre comme au sens figuré, invite à l’écoute. Les patients tendent alors l’oreille vers l’extérieur d’eux-mêmes, ils se détournent pour un moment de la contingence mortifère de l’acte médical qui leur est infligé et qui les maintient pourtant en vie. Ils écoutent le monde. Et, bien que le contexte soit fort différent, nous faisons nôtre sur le plan anthropologique l’idée exprimée par les chercheurs du CREM³¹⁶ selon laquelle le développement d’une approche de « l’écologie du son opère une révolution copernicienne : écouter ne signifie plus sonder les profondeurs de l’âme, mais tendre vers le monde. » Il en va de même dans cette configuration singulière où la musique extrait les patients de la conscience de leur soin.

Ainsi, comme l’avait constaté Gilles Herreros dans le cadre d’autres projets, « une telle inscription rappelle que ce ne sont pas seulement les lieux et leurs symboliques qui sont (re)tournés par les projets mais aussi les temps, les rythmes. » Les professionnels sont également touchés par cette transformation d’ambiance. Dans un courrier, une infirmière en a témoigné en ces termes : « Cette intervention n’a en rien perturbé les soins. Au contraire, l’ambiance, la routine... tout a changé le temps d’écouter la musique et de chanter avec les intervenants ou même de taper dans les mains auprès des patients. »

316 Le CREM (Centre de recherche en ethnomusicologie-CNRS) se consacre à l’étude des pratiques et des savoirs musicaux, conçus autant comme processus de différenciation socio-culturelle que comme formes d’expression communes à l’Homme. Cette approche, fondée sur un recueil raisonné des données musicales et sur un travail simultané d’enquête ethnographique, s’inscrit dans une anthropologie du fait musical envisagé dans ses dimensions socio-culturelles, esthétiques, formelles, acoustiques, kinésiques et finalement cognitives.



Illustration 97 : Infirmières dansant

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

L'hôpital

En outre, les musiciens ont donné des concerts, plus ou moins impromptus, dans les halls, les escaliers, les cafétérias. Ces lieux dédiés à l'accueil de personnes malades sont devenus temporairement des lieux de spectacles dans lesquels on n'attend plus mais on entend. Pour reprendre les termes du musicien Nicolas Frize, « le silence de l'hôpital est rompu, il s'exprime jusque dans la ville, le silence de la ville est rompu, elle respire jusque dans l'hôpital³¹⁷. »



Illustration 98 : Intervention des musiciens dans le hall de l'hôpital de la Conception

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

317 Nicolas FRIZE, *Patience*, Éditions de l'Œil, Paris, Montreuil, 2016, p. 37.

Et c'est toute la relation à l'hôpital qui est retournée par la musique. Dans un espace aussi normalisé, la musique peut être perçue comme un élément de désordre. Mais ce décalage léger et heureux des habitus ouvre au contraire une nouvelle configuration de l'espace-temps. La sociologue Anne Gotman rappelle que « l'hospitalité suppose aussi et peut-être surtout un dispositif, un cadre, un protocole qui garantit l'arrivée, la rencontre, le séjour et le départ de l'hôte³¹⁸ ». Force est de constater que l'ensemble de ces déplacements brouille les aires géographiques, fonctionnels et hiérarchiques, perturbant l'hospitalité mise en pratique par l'ordre réglementaire de l'institution. Mais ce trouble pose les bases d'un nouveau régime d'hospitalité fondé sur la proposition d'une expérience plutôt que sur la règle. Car, pour citer un fois encore Nicolas Frize, « la question est d'en faire, de façon emblématique, un lieu de transition, un lieu de passerelles (c'est le principe des soins), un lieu actif et un lieu de création parmi les autres lieux de création de la ville³¹⁹. »

De l'empathie à l'expérience, l'hospitalité comme être-au-monde

Le chant invite dans ces kolffs des voix et des personnalités, des temps et des mémoires, des langues et des pays. Les étudiants, après en avoir demandé l'autorisation, commencent par offrir une chanson aux patients, à l'extérieur ou à l'intérieur de l'espace du Kolff selon les cas.



Illustration 99 : Sérénade des musiciens pour une patiente devant un Kloff

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

318 Anne GOTMAN, *Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, Presses universitaires de France, collection Le lien social, 2001.

319 Nicolas FRIZE, *op. cit.*, p. 37.

Ils leur demandent ensuite de bien vouloir leur chanter une chanson de leur histoire en retour. Certains refusent, d'autres acceptent mais ne se souviennent plus des paroles, d'autres enfin se prêtent à cet échange avec beaucoup de cœur.

Qu'est-ce qui se joue dans cette rencontre qui entre en résonance avec l'hospitalité ?



Illustration 100 : Collecte du témoignage d'un patient

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Un premier élément de réponse serait la mise en mouvement de l'empathie. Écoutons une première collecte... celle de ce marin qui se souvient de la chanson très populaire chantée sur les grands paquebots d'après-guerre.

[La coquette](#)  ³²⁰

En réalité, cette chanson s'appelle La coquette. Les étudiants ont noté en commentaire de cette rencontre : « Cette chanson fait partie du patrimoine de chants marins d'après-guerre. C'était l'époque des gros paquebots présents sur le port de Marseille. Navigateur pendant quarante ans en faisant le tour du monde (Buenos Aires, New York, Australie...) avec l'ensemble de l'équipage, ils chantaient, toute la nuit, accompagnés de quelques accords de guitares des marins Corses. »

320 À écouter ici : https://drive.google.com/file/d/1dsKbTrcN9z8G0_u6QE6PeOCZCddUgN1d/view

Ou bien cette dame âgée qui, sans crier gare, s'est levée et s'est mise à chanter un air d'opéra. Elle était cantatrice dans sa jeunesse :

[Oror !\[\]\(c8d96c8885d3000a912c2582004aed63_img.jpg\) ³²¹](#)

Ou bien encore, cette dame malgache qui interprète une berceuse de son enfance et offre l'éclat de son rire :

[Chanson malgache !\[\]\(666e09182d4cd268646ea700ea60dcdf_img.jpg\) ³²²](#)

Nous voyons à travers cet exemple combien la projection de la voix dans le chant est une réponse aux attentes des étudiants. Nous entendons comment la dame malgache partage sans effort la berceuse de son enfance et la joie que cela lui procure. Et le chant s'élève dans cet « entre », cet « écart » qui s'ouvre entre deux sujets, les patients et les étudiants. On entend comment la voix singularise et donne à entendre ses états d'âme ; on entend comment se mêlent la jubilation originelle propre au chant et la fêlure dans la voix qui révèle la faille, la faiblesse, la tristesse. La relation qui s'établit par le don et le contre-don d'une chanson relève pleinement de l'empathie. Car l'empathie n'est pas seulement la capacité à se mettre à la place de l'autre tel qu'on la définit habituellement. Selon son inventeur Robert Vischer, elle est « la relation esthétique qu'un sujet peut entretenir avec un objet, une œuvre d'art, le monde environnant.³²³ »

L'empathie procède, selon lui, par « une sublimation mentale immédiate de l'excitation sensible ». Ainsi, l'empathie intersubjective mobilisée par la collecte de chansons conduit les patients à donner de la voix. Ce point est essentiel dans un univers dans lequel ils sont les seuls à ne pas produire de sons. Nicolas Frize, lors de sa résidence à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis en 1995, le confirme. Après avoir longuement enregistré l'hôpital, il constate que c'est un lieu bruyant où les professionnels parlent beaucoup. « Les seuls que l'on n'entend pas ce sont les patients et les familles. Pendant la journée un nombre incalculable de patients ne parlent jamais ! Et autour d'eux, l'hôpital s'agite, parle, est bruyant, sonore, expressif, [...] le patient n'est pas instrumentiste, il est privé de partition³²⁴. » Dans cette expérience, les patients font entendre leur voix dans sa dimension

321 À écouter ici : <https://drive.google.com/file/d/1B8JJu426Ebc12IzKMGjzsRwUj-STYy2b/view>

322 À écouter ici : <https://drive.google.com/file/d/1M3aGj6k41dNfKuHQ8miVVw-Khm3rz18l/view>

323 Jacques HOCHMANN, *op. cit.*

324 Nicolas FRIZE, *op. cit.*, p. 66.

la plus jubilatoire, le chant. N'est-ce pas déjà faire acte d'hospitalité que de laisser être la voix et la langue de l'hôte, que de faire résonner, faire entendre sa raison, sa culture, sa singularité par sa voix ?

L'hôpital concentre une telle densité d'émotions et de drames que l'ensemble de sa structure normative s'emploie à les contenir. Malheureusement, par peur du débordement, l'institution comme les soignants se protègent de la charge souffrante de l'hôpital, le plus souvent par le déni. On peut le comprendre. Cependant, lorsque cette crainte se traduit par un clivage avec ses émotions, les personnels sont coupés de leur capacité d'empathie. Alors les affects mais aussi la singularité d'être des patients et des accompagnants sont priés de faire silence, selon la célèbre formule « Hôpital, silence ! ».

Or la voix, et plus encore le chant dans son ouverture à la musique, fonctionne, selon la formule de Didier Anzieu, comme une « enveloppe sonore du Soi³²⁵ ». Pour lui, il y a préséance du sonore dans la constitution des différentes enveloppes psychiques du sujet. C'est pourquoi ce qui advient comme charge émotionnelle dans ce partage de chansons se trouve contenu tout en étant reconnu et sublimé. L'émotion devient alors audible par l'hôpital. Ce travail transformateur de la charge émotionnelle des patients élargit le champ et le chant de l'*Einführung*.

Car l'avènement de l'empathie par le chant c'est, selon Marie-France Castarède, « convoquer à des retrouvailles avec les tout premiers temps de la vie, celle du bonheur affectif partagé, en deçà des mots³²⁶ ». Pour Gilles Deleuze, « la musique est l'aventure d'une ritournelle. Un enfant dans le noir se rassure en chantonnant. Sa chanson est comme l'esquisse d'un centre stable et calme, au sein du chaos³²⁷. » Il n'est pas besoin de faire preuve d'une immense empathie pour comprendre en quoi ce moment de collecte de chansons familiales participe d'un processus de réassurance et d'affirmation d'un Soi. L'infirmière qui en a témoigné dans un courrier écrit aussi « ... au moment où la musique s'est faite entendre dans les chambres, j'ai pu observer un sourire sur chacun des visages ».

325 Didier ANZIEU, *Le Moi-Peau*, Dunod (nouvelle édition), Paris, 1995.

326 Marie-France CASTAREDE, « L'enveloppe vocale », *Psychologie clinique et projective*, ERES, vol.1, n°7, 2001, p. 17-35.

327 Gilles DELEUZE, Félix GUATTARI, *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1980.

Une autre dimension essentielle du processus d'empathie dans la collecte est la fonction mnésique du chant. La dame malgache partage sans effort la berceuse de son enfance et la joie que cela lui procure. Nous avons tous fait l'expérience de la puissance mémorielle de la musique et du chant. Marcel Proust la décrit déjà dans son œuvre : « et avant que Swann eût le temps de comprendre, et de se dire : c'est la petite phrase de la sonate de Vinteuil, n'écoutez pas ! tous ses souvenirs du temps où Odette était éprise de lui, et qu'il avait réussi jusqu'à ce jour à maintenir invisibles dans les profondeurs de son être, trompés par ce brusque rayon du temps d'amour qu'ils crurent revenu, s'étaient réveillés et, à tire-d'aile, étaient remontés lui chanter éperdument, sans pitié pour son infortune présente, les refrains oubliés du bonheur³²⁸. »

Pour Marie-France Castarède toujours, « trouver une phrase musicale, c'est toujours la retrouver³²⁹ », c'est-à-dire la goûter dans cet incessant va-et-vient du désir et de la nostalgie, de la présence et de l'absence, de la perte et des retrouvailles, toutes ces oscillations qui se rapportent aux tout premiers temps de la vie de l'enfant. » Les étudiants ont d'ailleurs noté à propos du marin qui chante *La coquette* : « À travers son dialogue, une légère nostalgie est apparente du fait qu'il ne retrouve pas les traces de son passé par ses dires : « c'est fini il n'y a plus rien, on a détruit le port de Marseille ». Cependant il est content d'avoir vécu cette vie de marin et notre présence lui remémore sa jeunesse. » Cette puissance mémorielle appartient pleinement au processus d'empathie en ce qu'il permet lui aussi une déterritorialisation des affects. Car ces évocations d'autres temps et d'autres lieux contribuent à la projection dans l'objet partagé de son être de l'ici et maintenant.

328 Marie-France CASTAREDE, *ibid.* (M. Proust, 1913-1927, p 345).

329 Marie-France CASTAREDE, *ibid.*

Le miroir, nouvelles approches de l'empathie

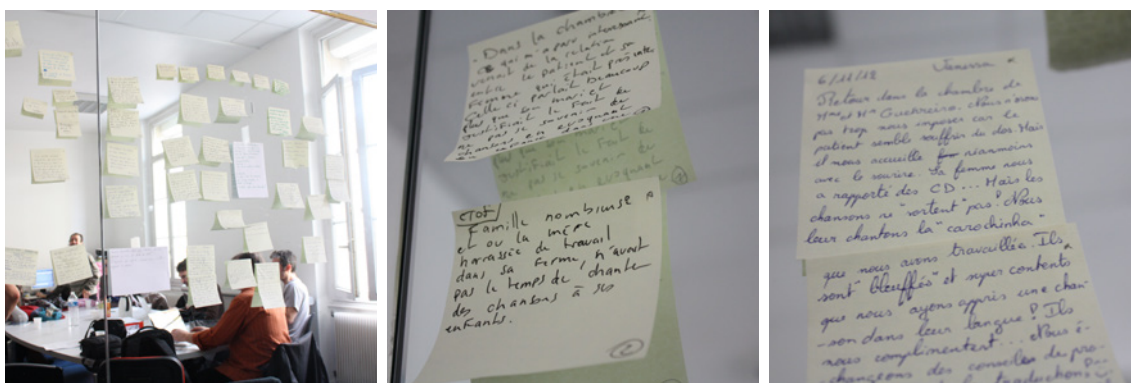


Illustration 101 : Post-its des musiciens dans la salle de débriefing

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Dans la phase d'appropriation et d'arrangements des éléments de la collecte, apparaissent sur le miroir de la « loge » des post-it griffonnés, fragments de vie et de ressentis personnels issus de la rencontre avec les patients. De petits morceaux de subjectivités recouvrant progressivement l'espace lisse et sans fissures de la réflexivité du miroir.

Dans ces exemples, les étudiants produisent de petits récits complexes dans lesquels ils perçoivent à la fois la profonde fatigue des personnes et leurs émotions. Mais le plus touchant probablement n'est pas d'observer combien la fatigue et le découragement déconnectent les gens de leur ressource expressive, mais de constater que pour certains, cette transmission intergénérationnelle de la chanson, souvent gorgée de lait et de tendresse, ne s'est pas faite.

Nous prendrons ce miroir, accueillant les traces d'une ethnographie de la rencontre, comme la matérialisation de la dimension spéculaire, c'est-à-dire réfléchissante, de la relation intersubjective de l'empathie, tant en psychologie qu'en neuroscience.

Didier Anzieu développe le concept de miroir sonore et souligne son importance pour la structuration du psychisme de l'enfant, dès avant sa naissance. Au demeurant, les récentes découvertes en imagerie médicale montrent qu'il y a préséance du sonore sur le visuel dans la constitution des structures des organes sensoriels intra-utérins. Puisque le fœtus perçoit la voix de sa mère par conduction osseuse. Mais c'est pendant sa croissance que le miroir sonore va jouer son rôle de structuration chez l'enfant. Marie-France Castarède explique que « les vocalisations réciproques (notamment à travers les chants et les babillages) créent un espace transitionnel où se développent la santé psychique de

l'enfant. » Winnicot désigne également dans son ouvrage *Les objets transitionnels* l'espace transitionnel comme une aire culturelle, dans laquelle peut s'éprouver sans danger le lien relatif entre fusion et séparation, entre le dedans et le dehors, entre le Moi et autrui.

En conséquence, nous pensons que se rejoue dans cette rencontre empathique et intersubjective le miroir sonore dans lequel s'expérimente une compréhension mutuelle qui permet à la personne malade de restaurer une enveloppe de soi rendue défaillante par la faiblesse des espaces transitionnels dans un univers surmédicalisé.

En outre, en identifiant la fonction miroir du son dans le développement psychique de l'humain, la psychologie a anticipé les récentes découvertes des neurosciences relatives aux neurones miroirs. En effet, la découverte des neurones miroirs en 1999 par Rizzolatti et al. a bouleversé notre conception de la cognition des actions d'autrui. Nous avons désormais la preuve que cette perception se fait directement dans le corps, par imitation, activant des groupes de neurones censés correspondre à sa propre action. Les neurones miroirs ont dès lors été convoqués par les chercheurs comme une nouvelle manière de comprendre les processus d'empathie, fondamentaux pour partager la vie affective des autres. Pour le chercheur Jean-Louis Run, « l'art de la thérapie, guidé par l'empathie, est d'offrir un miroir en mouvement comme la musique ou la danse permettant de réactiver la dynamique du processus intersubjectif pour favoriser une affirmation subjective. En somme, il s'agit de mettre en musique le miroir réfléchissant, pour entrer dans la danse³³⁰ ! »

La situation particulière de la personne dialysée dont le sang, flux vital, est externalisé de son corps et de son schéma corporel, pour être filtré et nettoyé avant réintégration, éclaire les enjeux des enveloppes psychiques qui caractérisent les structures frontalières du Moi. Autrement dit, l'enveloppe a une fonction contenante et unifiante du Moi qui devient défectueuse dans la situation singulière de la dialyse. On peut entendre cette défaillance dans la fragilité des voix des patients, qui pourtant s'affirment progressivement. Dans ce cas, le bain sonore dans lequel les patients sont immergés grâce au dispositif « Un air de famille » constitue-t-il une aire culturelle dans laquelle peuvent se renouer les fragments constitutifs du Moi ? Le chant fait-il fonction, même de façon éphémère, d'enveloppe unifiante ? C'est ce que nous pensons.

330 Jean-Louis LE RUN, « Intersubjectivité et empathie : les miroirs, la musique et la danse », *Revue Enfances & Psy*, vol.1, n°62, 2014, p. 16-28.

Dans le contexte de la collecte, les étudiants ont compris intuitivement, mais éprouvé émotionnellement, le rôle fondamental de la dimension spéculaire, c'est-à-dire réfléchissante, de la relation d'empathie qu'ils entretenaient avec les patients.

La restitution, l'expérience esthétique

Après la collecte, les étudiants passent du temps à retrouver les paroles et les partitions des chansons des patients. Ils font alors œuvre de recollement entre la musique et la parole, entre le son et le sens. En effet, le chant réconcilie la musique et la parole qui avaient été séparées dans les travaux de Ferdinand de Saussure sur le langage. Pour lui, le son ne serait qu'un phénomène physique allié à une image acoustique tandis que la parole exprimerait des concepts. Le chant porte des récits qui réconcilient le son et le sens. Il est un mode de lutte contre la disparition et l'oubli.

Ils en font des arrangements, les interprètent et répètent.



Illustration 102 : Répétition

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Le surlendemain, lorsque les personnes reviennent pour leur séance de dialyse, les étudiants vont leur chanter leur chanson, à leur manière. Ces moments se sont traduits presque à chaque fois par l'expression d'une forte émotion de la part des patients, certains se laissant aller aux larmes alors que d'autres retrouvaient leur vitalité pour accompagner les étudiants. L'empathie a alors été subsumée par une expérience esthétique, d'autant plus intense qu'elle engageait fortement leur personne et leur histoire.

Pour l'illustrer, voici une écoute d'une restitution :



Illustration 103 : Musiciennes restituant une chanson réarrangée à une patiente

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

A vava nouva  ³³¹

John Dewey dit dans son ouvrage que « dans la mesure où il consiste en une expérience pleine et intense, quelque chemin qu’il suive, l’art garde en vie le pouvoir d’une expérience du monde commun dans sa plénitude. À cela, il parvient en réduisant les matériaux bruts de cette expérience à une matière organisée par la forme³³². »



Illustration 104 : Musiciens restituant une chanson réarrangée à un patient

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

331 À écouter ici : <https://drive.google.com/file/d/1yznbbUzffU7j3v9RhgQ8VOZjOkdkcuPv/view>

332 John DEWEY, *op. cit.*, p. 229.

Ici l'écoute est appréhendée en contrepoint du visuel, et donc de l'image. Car l'image relève du champ sémiologique de la preuve, en particulier dans le champ médical. On parle beaucoup d'imagerie médicale et peu de sonorisation médicale. L'écoute appartient au monde de l'attention poétique. Au regard de la question territoriale, l'approche positiviste fixe des limites, elle établit des frontières, elle catégorise. L'approche poétique, au contraire, trouble les fonctions et les limites territoriales de l'hôpital.

Enfin, le chant est plus particulièrement un art holistique, un art de l'intégration des parties dans un tout, un art de la mémoire et du lien. Cette qualité de l'expérience pourrait être une réponse possible à la question de Nicolas Frize : « Comment faire pour que la musique ne soit pas un lieu d'expression sentimental mais un lieu de sens au sens de mise en chantier du sensible [...] le sensible nous forme et nous apprend à construire l'avenir, il n'est pas là pour compenser et assister la tendance déshumanisante de l'hôpital³³³. »

Au regard de notre hypothèse selon laquelle ce dispositif artistique emmène le patient vers des chemins par lesquels il habite le monde et le libère de l'hospitalité contingente du Kloff, l'expérience artistique à cette phase du projet constitue une étape essentielle. Comme le dit l'anthropologue François Laplantine, « c'est toujours en effet à travers l'exploration d'une expérience singulière que surgit l'universalité³³⁴ ». En conséquence, l'expérience du chant remémoré, chanté, accueilli, recomposé, réarrangé et interprété dans une forme aboutie constitue vraisemblablement une expérience singulière qui relie l'individu, livré à la solitude de son corps, à l'universalité culturelle de l'expression par le chant et la musique.

333 Nicolas FRIZE, *op. cit.*, p. 140.

334 François LAPLANTINE, *Je, nous et les autres*, Le Pommier, Paris, 2010, p. 19.



Illustration 105 : Musicienne restituant une chanson réarrangée à un patient

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Solenzaras  ³³⁵

Du don à la transmission, l'hospitalité comme maillage

Voici donc le troisième temps de la valse, le temps de la chorale, celui qui relie l'individu au collectif ; celui qui réintroduit la douleur impartageable à l'expérience universelle ; celui qui témoigne du chant singulier auprès de la communauté rendant possible la catharsis de la maladie et de la mort, réintégrant le malade dans l'espace social alors que le territoire hospitalier l'en avait extrait.

La troisième étape du projet consiste en effet pour les étudiants à écrire une version pour trois voix à destination des chorales de l'AP-HM et de l'Université Aix-Marseille avec le même chef de chœur, Patrick Luppi. Ils participent ensuite à la transmission de ce qui est devenu définitivement un répertoire aux membres de la chorale.

335 À écouter ici : <https://drive.google.com/file/d/1VFTHajbgop7j65u80beedmqRPJJGOITR/view>



Illustration 106 : Répétition de la chorale de l'AP-HM avec Patrick Luppi

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Ainsi le répertoire composé des chansons aimés des patients suivis en uro-néphrologie est interprété toute l'année dans différents lieux de l'hôpital, de l'université et de la ville par les personnels qui composent la chorale.



Illustration 107 : Concert de la chorale de l'AP-HM avec Patrick Luppi

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

C'est donc portés par le chœur, c'est-à-dire le collectif, la représentation d'une société que les chants, issus de l'histoire singulière des patients, sont à leur tour partagés avec un public élargi, l'agora. Comme l'affirme Elisabeth Le Corre, « Le chœur représente bien une instance plurielle : il s'exprime à la première personne du pluriel, englobant dans

son « nous » les habitants de la cité, la communauté des spectateurs ou plus largement le genre humain³³⁶. » Si l'on se réfère à la place du chœur dans la tragédie grecque, la parole ainsi chantée se plante au cœur de la condition humaine, de la dualité entre Éros et Thanatos. Ainsi, les soignants deviennent les porte-paroles, ou les porte-chants de la lutte de leurs patients, au corps à corps, contre Thanatos. Cette lutte est devenue par leur entremise un cœur à cœur. Le chant choral permet l'expression d'émotions vives, tant de la joie que de la douleur, et rend possible une sublimation collective, impliquant tous les auditeurs, dans laquelle Eros c'est-à-dire l'amour d'autrui et l'espoir triomphent de Thanatos. Le chœur, en tant que représentation d'une société idéale - Marie-France Castarède parle à ce titre d'illusion groupale - opère, grâce à l'objet symbolique et culturel du chant, une idéalisation et une sublimation du groupe, reconnues et valorisées dans le format du concert. Pour Marie-France Castarède, « dans le chœur d'aujourd'hui, comme dans le chœur grec de l'Antiquité, nous chantons le désarroi, l'angoisse, l'épouvante, aussi bien que la joie et l'allégresse, mais la musique permet, au gré de l'inspiration du compositeur, la transmutation heureuse des affects négatifs³³⁷. »



Illustration 108 : Concert de la chorale de l'AP-HM avec Patrick Luppi

© Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

336 Élisabeth LE CORRE, « Et nous voilà comme le chœur antique » : les avatars du chœur dans le théâtre de Jean Anouilh », *Études littéraires*, vol.1, n°41, 2010, p. 115-127.

337 Marie-France CASTAREDE, *op. cit.*

Citons une fois encore Nicolas Frize pour dire l'importance de ce troisième temps de la transmutation des affects : « Le corps de chacun de nous à mieux à vivre et tout à apprendre à faire réellement partie du corps social, à cesser de se prendre pour un corps individuel, mortel et précieux, unique et singulier : la singularité ne prend son sens créateur qu'au sein de l'ensemble auquel elle appartient³³⁹. »

De l'hospitalité comme trajet culturel et sensible

Pour conclure, cette expérience peut se lire comme un itinéraire dont la chanson serait le guide. Un cheminement sensible et symbolique vers des temps et des espaces culturels tissés de significations communes. Ce mouvement est rendu possible grâce au recours aux procédés psychiques et poétiques suivants :

- l'empathie intersubjective ;
- l'expérience esthétique ;
- la catharsis en tant que transfiguration des affects.

Le projet artistique bouscule, déplace, ré-agence les tracés habituels des territoires et l'organisation du temps à l'hôpital. Il inscrit l'expérience de la dialyse dans un maillage culturel qui rend les limites avec la ville poreuses et donnent sens à une histoire familiale en amont et en aval de ce temps médical. Car le chant, comme le souligne Tim Ingold, porte des récits et relie chaque personne à des univers culturels.

C'est donc de l'anthropologie comparée de Tim Ingold que nous nous inspirons pour dessiner les mouvements entre les différents territoires, en considérant les chansons et leur circulation entre les différents chanteurs comme des fils dont les boucles maillent individus et territoires ensemble et font hospitalité.

Pour donner à saisir ce chemin, nous pouvons nous livrer à une dernière écoute en trois temps de la chanson russe déjà enregistrée dans les deux phases précédentes : la collecte, la restitution et la chorale.

338 À écouter ici : https://drive.google.com/file/d/1fRh8_-VvCVIjNKHHSsFEvWy9JdyircP/view

339 Nicolas FRIZE, *op. cit.*, p. 33.

Pomniech  ³⁴⁰

Pomniech restitution  ³⁴¹

Pomniech chorale  ³⁴²

Ce cheminement ne s'arrête d'ailleurs pas à la chorale puisque les étudiants, futurs professionnels, sont formés à l'intervention en milieu hospitalier. Gageons qu'ils sauront impulser et porter d'autres projets d'hospitalité par la musique, le son et le chant dans les hôpitaux de France.

5. Énonciation et arts de faire : trame du motif relationnel et de novation

Cahier poïétique 5 : « Le patient, l'hôpital et son quartier : construire la résilience des personnes en souffrance psychique »

*Mon hôte, étranger par ta douleur
Je t'accueille et par là-même
Je n'ai de cesse de te voir repartir*

Ce cahier poïétique s'intéresse à la résidence d'une équipe mixte de designers et de professionnels de la culture dans le XX^{ème} arrondissement de Paris, à la demande et en partenariat avec le *lab-ah* et financée par la CNSA³⁴³. Cette expérience fait fonction de trait d'union dans notre parcours entre les projets culturels et les projets de design dans les lieux de soins. Le design est appréhendé en tant que méthode de novation, lorsqu'il est confronté à un contexte institutionnel fortement structuré.

340 À écouter ici : <https://drive.google.com/file/d/12spGfVOUzadZ4YmFFvw97V9rhMCJhflg/view>

341 À écouter ici : https://drive.google.com/file/d/1H4z6SkevQ5Py14EJs_12_kSt00SPxqEe/view

342 À écouter ici : <https://drive.google.com/file/d/1eNJqMzbvvyDnUb7ggAo4JGfrLi6j07yHU/view>

343 Caisse Nationale Solidarité et Autonomie

Cette étude de cas repose sur l'hypothèse que le design tend à mettre au travail un programme institutionnel rigide en faisant naître une dynamique de « l'énonciation ». Il met au jour et il donne forme à ce que Michel de Certeau appelle les « arts de faire »³⁴⁴. Les pratiques de l'espace relèvent de ces arts de faire car pour lui, « elles trament les conditions déterminantes de la vie sociale ». Ainsi, cette expérience vise à démontrer comment l'intervention de l'équipe mixte de designers et de professionnels de la culture a travaillé à dépasser le modèle panoptique et cloisonné de l'hôpital grâce à la restauration des pratiques de l'espace dans le site d'hospitalisation et dans la cité.

De cette mise en perspective, nous concluons que le design participe de l'instauration artistique à l'hôpital, dans un processus de poïétique continuée, en influant sur un régime de valeur et d'action passant de la structure à l'énonciation. Et parce que le design est une conduite énonciative ouverte à toutes les possibilités, ce passage de l'un à l'autre favorise une effectivité de l'éthique de l'hospitalité. Car « chaque fois que nous fermons du possible, c'est-à-dire à chaque fois que nous produisons sinon du nécessaire, du moins de l'obligatoire, du contraignant, nous nous affaiblissons dans notre puissance existentielle, nous nous enfermons³⁴⁵ ».

L'instauration artistique comme régime de l'énonciation

Les deux versants de la commande de l'hôpital d'Avron³⁴⁶ – de l'aménagement du patio à l'accompagnement du patient dans la cité – invitent à mettre en œuvre une « geste cheminatoire³⁴⁷ », comprise comme « un art de passer ». Le projet « Le patient, l'hôpital et son quartier » a démarré en 2017 et n'a pas encore pris fin à la date de la rédaction de ce cahier poïétique. En conséquence, nous mobiliserons en priorité les éléments rendant compte de la méthode participative du design et les travaux relatifs au traitement des lieux et des espaces.

344 Michel DE CERTEAU, *L'invention du quotidien : arts de faire*, Paris, Éditions Gallimard, Paris, 1990. L'auteur déplace les actes d'énonciation du champ de la linguistique à celui des actes de la vie quotidienne, en particulier lire et marcher.

345 Pierre-Damien HUYGHE, *op. cit.*, p. 38.

346 L'hôpital d'Avron est un site d'hospitalisation appartenant au GHU Paris, anciennement à Maison Blanche, situé rue d'Avron dans le 20ème arrondissement.

347 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*

Enfin, nous chercherons à apporter des éléments à la construction conceptuelle de ce que serait un *faire design* à la croisée des enjeux de transformation des organisations publiques et d'une nouvelle figure de l'utilisateur en psychiatrie issue de la philosophie du Rétablissement. Autrement dit, l'intérêt principal de ce cahier poétique est de considérer le design comme producteur d'un style de l'hospitalité, d'observer la manière singulière qu'il a de donner forme à la norme en se fondant sur les procès d'énonciation comme modalités d'appropriation et de réinvention des cadres produits par l'hôpital. Comment le design peut-il opérer ces déplacements ? Subodorons qu'il mobilise pour ce faire les phénomènes de l'attention. Pour Maurice Merleau-Ponty, « faire attention, ce n'est pas seulement éclairer davantage des données préexistantes, c'est réaliser en elles une réalité nouvelle en les prenant comme figure³⁴⁸ ».

Rapport sur une situation dysfonctionnelle historique

Maison Blanche, un hôpital psychiatrique transformé

Le site d'hospitalisation d'Avron accueille les habitants du XXème arrondissement de Paris souffrant de troubles psychiques et nécessitant une hospitalisation à plein temps. Il est divisé en trois secteurs – G27, G28, G29 – placés sous la responsabilité de trois chefs de service. Chacun d'entre eux a la responsabilité d'une population d'environ 60 000 personnes. La capacité d'accueil globale est de 121 lits. Chaque secteur dispose également d'un dispositif ambulatoire composé d'un centre médico-psychologique, et en intersectoriel d'un centre de jour et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, d'ateliers et d'appartements thérapeutiques. Le XXème arrondissement de Paris compte une population de 200 000 habitants, plutôt jeune, cosmopolite et populaire. Il bénéficie d'une belle dynamique associative et culturelle. Mais le bâtiment hospitalier se situe dans un quartier marqué par le trafic de stupéfiants. Ce dernier point implique une vigilance particulière aux questions de sécurité et tend à fermer davantage le site.

Le site d'Avron est l'un des sites d'hospitalisation de l'ex-hôpital psychiatrique Maison Blanche dont la fusion avec l'hôpital Sainte-Anne et l'hôpital Perray-Vaucluse a donné naissance au GHU Paris psychiatrie & neurosciences. Ce dernier a été officiellement fondé

348 Maurice MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, Paris, 1945, p. 54.

le 1er janvier 2019 et couvre les besoins en santé mentale de 770 600 Parisiens. Il est organisé en 25 secteurs géographiques et administratifs de psychiatrie générale et en 12 intersecteurs de pédopsychiatrie.

Maison Blanche est historiquement l'un des cinq asiles d'aliénés de la Seine. Il ouvre ses portes en 1900 à Neuilly-sur-Marne pour accueillir, à l'origine, une population féminine. Faisant suite au mouvement de sectorisation, l'hôpital a progressivement transféré ses activités à Paris intra-muros, rapprochant l'offre de soins des lieux de vie des patients. Ainsi, entre 1998 et 2011, les constructions à Paris se sont enchaînées et ont entraîné des restructurations profondes des services. Soutenus par les médecins et la direction, ces déménagements ont lourdement modifié les habitudes de vie des personnels vivant en Seine-Saint-Denis et ont donné lieu à des conflits sociaux très importants. L'implantation des services d'hospitalisation du XXème arrondissement dans le bâtiment d'Avron, en 2004, s'est déroulée dans un climat de tensions qui a porté préjudice au bon ordonnancement du programme architectural.

Les dysfonctionnements initiaux du projet architectural

Les témoignages sur l'historique de la construction des bâtiments d'Avron font état de dysfonctionnements qui pèsent encore aujourd'hui sur la qualité d'usage des locaux. Ces derniers ont été choisis en raison de leur proximité avec l'hôpital général de la Croix Saint-Simon. Initialement, celui-ci devait apporter un certain nombre de services supports – notamment la cafétéria des patients et des familles – et des circulations avaient été pensées à cette fin. Cependant, faute d'accord sur les modalités de coopération, la porte interne de communication entre les deux établissements a été murée et l'hôpital d'Avron s'est trouvé privé des services et des espaces devant être mutualisés. En outre, les bâtiments avaient été conçus au départ pour être des immeubles HLM. L'hôpital se trouve dès lors imbriqué dans des bâtiments d'habitation situés en vis-à-vis des services d'hospitalisation. Enfin, le secteur 28 a rejoint le site d'Avron très tardivement, après avoir dû renoncer au projet d'intégrer le site de Bichat. Une aile a donc été rajoutée au programme architectural sur un espace foncier déjà très contraint. Cela explique en grande partie le manque d'espaces dédiés aux activités des patients et au repos du personnel.

Le plan du rez-de-chaussée donne une idée de l'organisation du bâtiment. Les deux étages supérieurs sont également organisés autour du patio et disposent d'escaliers pour s'y rendre. Ce qui frappe en premier lieu, c'est la morphologie générale du plan de masse en forme d'escargot. Les espaces se déploient en plusieurs strates à partir d'un centre. Cette forme évoque une figure dont la disposition, tout comme la coquille d'escargot, est toute entière vouée à l'autoprotection. L'organisation spatiale est tournée vers l'intérieur.

La seule ouverture vers l'extérieur est ridiculement sous-dimensionnée au regard de la longueur des côtés du bâtiment. Cette structure offre donc peu d'ouvertures vers l'extérieur. L'organisation spatiale influe certainement sur des pratiques de fermeture jugées excessives. La suite de l'étude montrera combien les liens entre l'intérieur du site et l'extérieur sont à la fois insuffisants et stratégiques.

Le patio est le deuxième élément structurant du plan de masse. Il occupe l'essentiel de la surface et constitue la centralité de l'organisation spatiale du bâtiment. En principe, l'ensemble des espaces circonvoisins devraient être tournés vers lui. Or, les ouvertures des services vers le patio sont quasi-inexistantes. Et quand elles existent, comme les escaliers qui relient les services en étage au patio, elles sont condamnées par les équipes pour des raisons de sécurité. Le patio ne joue donc pas le rôle que la morphologie du bâtiment lui confère. Il ne s'inscrit pas non plus dans un héritage culturel de ses usages. En effet,

Tant la Grèce que la Rome antique adoptent ce modèle avec deux sortes d'espaces découverts, le péristyle et l'atrium des villas. La maison arabe traditionnelle, le riad, s'organise également autour du patio. Dans tous les cas, le patio est un espace extérieur d'agrément, réservé aux repas ou à la détente, il a une place centrale de convivialité dans la vie domestique³⁴⁹.

Nous nous trouvons confrontés dans le cas d'Avron à un oxymore : un patio asocial. En outre, à l'encontre du caractère fondamental d'intimité de la figure du patio traditionnel, il se trouve sous le regard d'autrui. Les habitants des appartements qui longent le patio d'un côté et la rue de l'autre ont en effet vue sur les patients. Ce voisinage « n'est pas très serein ». Il est arrivé que les habitants aient des attitudes « très choquantes » à l'encontre des patients. Inversement, les habitants sont parfois témoins de comportements de la part des patients peu respectueux des règles de vie.

Enfin le couloir est un élément de toponymie très présent dans ce plan. Il relie la rue à un hall très sous-dimensionné par rapport à la surface globale. Le couloir est un élément architectural qui relie des éléments entre eux. Mais il évoque également, lorsqu'il est prédominant, des images de prison, et plus généralement des architectures panoptiques dont les formes ont été modélisées dans les bâtiments des institutions publiques du XIX^{ème} siècle. La présence de cet immense couloir, contrôlé de part et d'autre par une porte

349 <https://fr.wikipedia.org/wiki/Patio>

grillagée et fermée, seul lien entre l'hôpital et la ville, « carcéralise » les lieux. Il participe, parmi bien d'autres signaux, au caractère d'hostilité de cet hôpital alors que sa vocation se situe du côté de l'hospitalité.

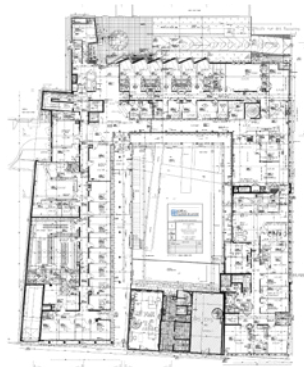


Illustration 109 : Plan de l'hôpital d'Avron

© GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le déclencheur : la visite de la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté

En 2017, l'Établissement Public de Santé de Maison Blanche prend la décision d'engager un programme de travaux conséquent pour améliorer le cadre de vie du site d'Avron. Cette décision fait suite à la visite de la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), Adeline Hazan, fin octobre 2016. Le rapport de cette visite entérine des constats bien connus des professionnels de l'hôpital qui affectent négativement l'expérience des patients. Pour résumer son impression générale, Adeline Hazan, souligne « la qualité des pratiques médicales dans un environnement peu adapté, voire dégradé ». Elle décrit, dans son rapport, l'état des bâtiments de la manière suivante :

L'ensemble de l'édifice est vétuste et les dégradations multiples ne sont pas réparées. Les peintures d'origine sont défraîchies, cloquent et s'effritent, les plinthes sont cassées à de nombreux endroits, les murs des couloirs couverts de graffitis. Les équipements sont réduits au strict minimum et parfois sont en très mauvais état. Le patio extérieur, principal lieu de déambulation des patients est peu entretenu, le sol est décollé par les racines de l'unique arbre présent en son centre. Les buissons ont été arrachés pour éviter les trafics qui

se déroulaient à l'abri des regards. On y trouve seulement quelques chaises en plastique. Les espaces de socialisation et de convivialité sont quasiment inexistantes (absence de cafétéria par exemple)³⁵⁰.

Ainsi, le rapport décline les contraintes générées par l'environnement et par l'architecture du bâti. Le bâtiment est ramassé et offre peu d'espaces de déambulation ou de convivialité. Son organisation génère de véritables clivages entre les services. En outre, les personnels hospitaliers rencontrent une difficulté chronique à obtenir un niveau de maintenance satisfaisant, comme un redoublement de la stigmatisation d'un quartier pauvre. Enfin, les trois secteurs de soin qui cohabitent ont des politiques médicales différentes. Ils n'ont jamais construit de projet commun ni mutualisé la gestion des espaces partagés.

Le patio constitue le symptôme le plus grave. Il s'agissait au départ, selon les dires des professionnels, de laisser aux patients « la possibilité de s'approprier un espace alternatif aux espaces de soins ». En réalité, l'insuffisance de présence soignante dans le patio l'a transformé en zone de non droit, dont la problématique principale réside dans le commerce et la consommation de stupéfiants. Le patio est considéré comme « une vraie passoire » en ce qui concerne la circulation de drogues. Ces pratiques sont installées et ne sont pas inquiétées « car les soignants n'ont pas de fonctions disciplinaires ». Le fait est que cet espace, absolument essentiel à la vie sociale du site, est devenu le pré carré des dealers et des consommateurs de produits illicites, générant un « sentiment d'insécurité ». En conséquence, les soignants n'aiment pas y aller, ils « ne sont pas les bienvenus » auprès des patients qui se sont appropriés cet espace. Ils le déconseillent à leurs patients, surtout « aux jeunes femmes qui y sont harcelées ».

Le rapport de la CGLPL³⁵¹ confirme que l'état de dégradation durable des bâtiments et la déficience de sa politique de maintenance ont largement contribué à l'épuisement des équipes. En cela, il a ouvert la possibilité d'un changement car « le raté ou l'échec de la raison est précisément le point aveugle qui la fait accéder à une autre dimension, celle d'une pensée qui s'articule sur du différent comme son insaisissable nécessité³⁵² ».

350 Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de constat : Maison Blanche, site d'Avron, 20ème arrondissement de Paris (75). Du 3 au 7 octobre 2016, p. 13.

351 Contrôleur général des lieux de privation de liberté – rapport, *ibid.*, p 13.

352 Contrôleur général des lieux de privation de liberté – rapport, *ibid.*, p. 296.

Commande à double détente : de l'hospitalité à l'habitabilité

Acte 1 : du chantier de colmatage au chantier d'hospitalité

Dans ce contexte, le laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité a été sollicité par la direction pour accompagner les mesures à prendre en vue d'améliorer l'hospitalité du site d'Avron. Il est mandaté par l'institution pour développer de nouvelles façons de concevoir l'hospitalité dans les espaces, les équipements et les usages. Positionné en interne comme espace d'expérimentations et assistance à maîtrise d'ouvrage auprès des différentes directions fonctionnelles, il a proposé d'initier une démarche de conception créative et collaborative avec des usagers et des professionnels du site d'Avron.

La définition du périmètre de l'intervention du *lab-ah* et les contours de la commande se sont élaborés progressivement et dans une certaine tension. Dans un premier temps en effet, le rôle de cette équipe n'apparaissait pas clairement dans ce que chacun a été prompt à nommer un « chantier de colmatage ». Sans doute, cet objectif affiché faisait-il écho à la première recommandation du rapport du CGLPL : « Le site nécessite urgemment des travaux de rénovation et de réparation ainsi que la mise en place d'une politique plus soutenue d'entretien des locaux ». Le compte-rendu de réunion de la première séance du comité de pilotage, associant les directions fonctionnelles concernées et la gouvernance du site d'Avron, ne rend compte d'aucune attente à l'égard du *lab-ah*. Au mieux était-il renvoyé à un vague rôle de conseiller artistique sur le choix de la couleur des peintures et le design des meubles. Cela en dit long sur les représentations du design et sur la pédagogie à déployer pour faire reconnaître le design de service et le design social comme un champ de compétence. En outre, la défiance des équipes soignantes à l'égard de ce soudain intérêt pour la qualité de leur cadre de vie, suite à de nombreuses promesses jamais concrétisées dans le passé, était palpable. Le martèlement de la date du 31 décembre 2017 comme échéance indépassable de la mise en œuvre de tous les travaux contrastait avec les expériences concrètes des projets préalables, discréditant d'emblée l'engagement de la direction. Le *lab-ah*, pour sa part, avait été pressenti en rapport avec la deuxième recommandation du rapport préconisant que « des espaces de convivialité et de sociabilité, dans lesquels seraient présents des soignants doivent pouvoir être proposés³⁵³. » L'intervention du *lab-ah* s'est alors centrée sur la nécessité de restaurer des espaces communs aux trois secteurs, accueillants pour les patients et les familles, et des

353 Contrôleur général des lieux de privation de liberté – rapport, *ibid.*, p. 14.

lieux de convivialité dans les services. S'est ajoutée à cette thématique celle de stimuler des partenariats avec les équipements et les associations culturels du quartier, en raison de notre expérience en ce domaine.

C'est donc en parallèle des problématiques de travaux que le *lab-ah* a construit sa place, à partir d'une méthodologie propre au design. Un temps d'immersion approfondi et des ateliers collaboratifs ont permis d'élaborer un diagnostic partagé des difficultés du site et le périmètre prioritaire dans lequel il pouvait légitimement intervenir. S'en est suivie la conception d'un cahier d'idées à partir des nombreuses propositions des professionnels et des patients.

L'étude menée dans cette première phase a nourri une nouvelle hypothèse sur le concept d'hospitalité dans les services d'hospitalisation temps plein. Cette dernière considère l'espace-temps hospitalier comme une séquence, la plus courte possible, d'un parcours de soins dans laquelle les patients pourraient puiser des ressources et des appuis pour leur rétablissement et leur réhabilitation psychosociale. Comme les deux responsables du *lab-ah* le défendent dans un projet d'article non publié, « pour le *lab-ah* qui s'attache à faire vivre l'hospitalité, l'appropriation des espaces par les usagers, singulièrement en cas de séjour prolongé à l'hôpital, est en réalité une condition de réassurance pour la rémission et le rétablissement³⁵⁴ ».

De très fortes contraintes techniques et organisationnelles ont entravé le déroulement des travaux prévus, à l'exception des travaux urgents de mise en sécurité et d'hygiène, et ont conduit les décideurs à commander, en juin 2018, une étude d'opportunités approfondie sur l'architecture du site. Il s'agissait, 18 mois après la promesse de faire des travaux avant la fin 2017, d'évaluer sa réelle capacité à évoluer en fonction des besoins et des préconisations formulées. Ces difficultés à faire aboutir les projets d'aménagement des locaux révèlent combien les contours et les appropriations des espaces se construisent et se déconstruisent au fil de négociations complexes dont les utilisateurs sont généralement exclus. L'intervention en design se fait au cœur de cet écosystème en s'intéressant particulièrement aux espaces, souvent au cœur des enjeux de pouvoir qui animent cette négociation jamais définitivement aboutie. Force est de constater que notre première démarche de design et de développement culturel, pour intéressante et riche qu'elle ait

354 Carine DELANOË-VIEUX, Marie COIRIE, « Le *lab-ah*, du design de l'hospitalité à la perspective d'un design du rétablissement. Retour d'expérience de 2 années en chantiers d'attention » - article proposé à la revue Sciences du design, non publié, 2019.

été, n'a pas permis d'ouvrir un chemin pour penser l'hospitalité. C'est seulement un an plus tard, dans le cadre d'une négociation d'ensemble, que l'intervention du *lab-ah* est à nouveau rendue possible.

Acte 2 : du chantier d'hospitalité au design d'appui au Rétablissement

En effet, la CNSA lance un appel à projet en 2018, parfaitement innovant, pour « encourager les collaborations entre acteurs du champ du handicap et de la perte d'autonomie et designers³⁵⁵ ». Rédigé avec l'aide de la 27ème Région, acteur incontournable de l'innovation des politiques publiques, l'appel à projet vise à « acculturer le secteur aux approches du design ; intéresser les designers aux enjeux du handicap et de la perte d'autonomie ; faire émerger des réponses innovantes à partir des constats de terrain ; donner à voir le potentiel du design comme mode de construction de solutions, de services et de politiques publiques dans le champ de l'autonomie³⁵⁶. » Le *lab-ah* se reconnaissant dans les enjeux et les méthodes requises par cet appel à projet, trouve là une opportunité de relancer sa démarche, tout en déplaçant, conformément à son intuition, la problématique et le champ d'intervention des designers sur les liens entre hôpital et quartier. En s'appuyant sur la communauté du site d'Avron, qui a souhaité poursuivre la réflexion et la mise en œuvre de dispositifs et de projets d'amélioration de l'existant en partenariat avec le *lab-ah*, celui-ci décide de répondre à cet appel à projet.

Les intentions du commanditaire : élargir la focale au quartier

Après avoir travaillé pendant neuf mois sur la conception des espaces et des activités en intra-muros pour améliorer l'expérience de l'hospitalisation, le *lab-ah* reformule sa commande en intégrant l'ensemble du parcours de soins des personnes : « le projet propose de repenser les formes, espaces et outils au service de la réinsertion des patients dans la ville, y compris pendant le temps d'hospitalisation³⁵⁷ ». Les intitulés des deux projets successifs rendent compte de ce déplacement : le « Chantier d'hospitalité : améliorer l'accueil et le séjour des patients hospitalisés à Avron » en 2017 devient « Le patient, l'hôpital et son quartier : construire la résilience des personnes en souffrance psychique » en 2018. À l'évidence, la focale s'est élargie du lieu de l'hospitalisation à son environnement urbain, intégrant les différentes structures de soins ambulatoires et les

355 Résumé AAP CNSA 2018 « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design ».

356 *Loc. cit.*

357 *Loc. cit.*

services du quartier. L'usage du terme résilience³⁵⁸ dans le titre du projet n'est pas anodin. Il pose la question de la place du design dans un tel processus auprès de populations fragiles, blessées et vulnérables. En cela, cette nouvelle formulation de la problématique relative aux secteurs de soins du XXème arrondissement est en phase avec la philosophie du Rétablissement. Ce concept, devenu central en psychiatrie, s'inspire du mouvement de l'*empowerment* anglo-saxon que les designers qui s'intéressent aux politiques publiques connaissent mieux. Le docteur Brigitte Ouhayoun, cheffe de service à l'hôpital Maison Blanche, le commente à l'occasion d'une communication lors d'un congrès de psychiatrie française :

Ce vocable a été défini en 1993 par Davidson. Il désigne le cheminement individuel visant à l'émancipation des personnes atteintes d'une maladie mentale, lesquelles doivent faire face à trois niveaux possibles d'aliénation : un premier niveau en lien avec les symptômes de la maladie, un deuxième en rapport avec la représentation de soi comme personne malade, à savoir le « stigmatisme internalisé », et un troisième niveau d'aliénation généré par l'organisation de la société et sa capacité (ou incapacité) à inclure les personnes atteintes d'un trouble psychique. Ce cheminement personnel interroge donc les modalités du soin. Mais, bien au-delà, elle interpelle l'organisation sociétale et son rapport avec la maladie mentale. Il s'agit donc d'un concept réjouissant à plus d'un titre. Réjouissant, en tout premier lieu, parce qu'il se réclame d'une politique d'émancipation. Réjouissant encore, car dans le domaine du soin, il alimente le courant en faveur d'une médecine personnalisée. Réjouissant, surtout, parce que le rétablissement émane des principaux intéressés qui, récusant une vision trop pessimiste de leur devenir et revendiquant une identité multiple et non limitée à leurs troubles, deviennent force de propositions³⁵⁹.

358 Résilience : le sens propre du latin (*resilire* « sauter en arrière, rebondir, rejaillir, se retirer ») survit dans les termes de physique Résilient, entre spécialisé en technique (acier résilient), emprunts aux mots anglais résilient (1674) « rejaillissement, rebondissement » spécialisé pour le nombre caractérisant la résistance aux chocs d'un matériau. Sur le plan psychologique, résilience et résilient, les mots anglais ont été repris et diffusés dans les années 1990 par Boris Cyrulnik, à propos de la capacité à surmonter l'adversité, les chocs traumatiques, « ressort intime face aux coups de l'existence ». Alain REY, *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, Paris, 2019, p. 3200.

359 Brigitte OUHAYOUN. Congrès de psychiatrie française, 2014.

Le docteur Ouhayoun attire un peu plus loin l'attention sur les différences entre les contextes français et anglo-saxon soulignant le fait que si ce mouvement est issu des revendications des usagers de la psychiatrie en Angleterre et Outre Atlantique, ce n'est pas vraiment le cas, ou bien plus faiblement, chez les usagers en France. Elle énonce l'hypothèse que l'importance prise par la psychothérapie institutionnelle dans notre histoire aurait en quelque sorte amortie le sentiment d'abandon et d'incompréhension à l'origine de la prise en mains par les usagers de leur destin dans les autres pays. Elle conclut toutefois : « et quand bien même, cela ne nous affranchirait pas d'une remise en question permanente de nos pratiques tant la suggestion et la tentation de désirer à la place du patient est un écueil dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie mentale. Écueil dont chacun doit se prémunir sans relâche. »

La question de savoir qui porte le désir est donc au cœur de la relation de soin. Elle s'adresse également aux designers lorsqu'ils mettent en œuvre des méthodes participatives et collaboratives pour concevoir des nouveaux services ou artefacts avec les personnes devant en être les bénéficiaires. Quand ces « bénéficiaires » souffrent de pathologies ou subissent des traitements qui affectent, par effondrement ou par confusion, leur désir et leurs capacités de l'affirmer, comment se prémunir contre la tentation de substituer son propre désir à celui d'autrui ? Comment les designers peuvent-ils se faire le soutien du désir des soignants, et surtout des patients, sans projeter sur eux leur propre conception du monde ? Quels outils d'interaction peuvent-ils inventer pour entendre, aider à s'exprimer et respecter ce fragile édifice d'émergence du désir de personnes souffrant de troubles psychiques ? À fortiori quand ces interactions se déroulent dans le contexte de leur prise en charge institutionnelle ajoutant les enjeux de prise en charge à ceux de l'interaction créative avec les artistes/designers.

Pour cet acte 2 de l'intervention créatrice auprès de l'équipe d'Avron, le *lab-ah* a invité un collectif pluridisciplinaire à poursuivre le travail de conception et d'accompagnement qu'il avait initié, en réponse à l'appel à projet de la CNSA. Il était nécessaire d'animer une dynamique collective autour de plusieurs expérimentations capables de mobiliser patients et professionnels dans un nouveau schéma relationnel³⁶⁰. Les enjeux de la commande ne se limitent pas à des livrables matériels. Ils répondent également aux aspirations de transformation culturelles de l'hôpital se traduisant par exemple, dans le cahier des charges, par des recommandations à double détente : « Enfin, l'équipe devra

360 Document de candidature du projet CNSA

mettre à profit ses savoir-faire en termes de conception et de réalisation concrète de projet, à travers les maquettes et prototypes développés dans le cadre des expérimentations. Sur ce point, les attentes de l'institution sont grandes car le prototypage en design est une démarche encore inconnue au GHU Paris psychiatrie & neurosciences. » Le rappel de cet aspect dans le cahier des charges, alors que la modalisation et la matérialisation des idées est constitutive des savoir-faire du design, met l'accent sur un décalage culturel majeur entre l'univers institutionnel public et celui du champ de la création. Il insiste sur la volonté du *lab-ah*, traducteur des deux mondes, de donner ses lettres de noblesse au « permis de Faire » dans les procès administratifs et logistiques de l'hôpital.

Attirons enfin l'attention sur un troisième aspect des intentions du *lab-ah* relatif à la place des usagers dans le processus de conception. Là encore, la participation des parties-prenantes à l'analyse du contexte et à l'élaboration d'un cahier d'idées fait partie du métier de designer. Mais elle se pratique peu à l'hôpital où même la participation des équipes de soin à la conception et à la production de leur propre environnement de travail pose de nombreuses difficultés. Le *lab-ah* défend l'idée, depuis la première heure, que la collaboration active des usagers à la production de leur environnement serait un facteur positif d'évolution de l'hôpital et l'exprime dans la commande : « Pourtant, nous pensons qu'elle [la démarche de prototypage] peut largement s'inscrire dans la vie des services, mettant à profit la participation des patients et des professionnels, qui trouvent ou retrouvent par là un espace de liberté pour intervenir sur les environnements et services de leur quotidien. »

Les intentions de l'équipe projet : aménager-ménager des transitions

« L'ensemble des productions auront pour ambition de créer et d'aménager des espaces de transition entre la prise en charge médico-soignante des patients et leur réhabilitation psychosociale³⁶¹. » L'équipe projet poursuit en effet l'objectif de recomposer cette esthétique de la continuité, à partir d'une réalité de terrain on ne peut plus cloisonnée et fragmentée. Cette manière de poser la transition comme intention centrale de l'intervention créatrice est en cohérence avec le déplacement de la focale de l'hospitalité des lieux de soins à l'habitabilité du quartier. Car, lorsque l'on souffre d'une maladie chronique, la possibilité de vivre le plus normalement possible dans son milieu ordinaire devient une priorité absolue. La qualité d'hospitalité des lieux d'hospitalisation, qui accueillent

361 *Loc. cit.*

les séquences de crise, se trouve non seulement requise pour améliorer l'expérience du séjour, mais aussi pour se ressourcer afin d'affronter le retour à domicile. Cela exige des lieux dignes et rassurants pour l'hospitalisation. Mais ils sont insuffisants. L'enjeu de la transition conduit à s'intéresser au mouvement de l'hôpital à la ville, et réciproquement, plutôt qu'au séjour proprement dit. En conséquence, la transition, appelée de ses vœux par l'équipe intervenante, repose sur un design de la continuité entre l'hospitalité (des lieux de soins) et l'habitabilité (du milieu de vie).

Si la notion « d'ouverture » est utilisée à l'envie par les acteurs de l'hôpital comme une vertu en soi, que devient cette ambition quand le milieu de vie du patient et l'environnement urbain de l'hôpital sont toxiques, en raison notamment des trafics de drogues qui les gangrènent ?



Illustration 110 : Bar vu depuis une fenêtre de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

En raison de cet environnement délétère, l'hôpital a eu tendance à devenir un lieu « refuge » qui s'est « bunkerisé » pour protéger les usagers, au moins le temps de leur hospitalisation, des sollicitations de consommation de drogues. Cet état de fait constitue un véritable obstacle pour équiper, doter, armer les usagers dans leur parcours de soins et de vie. En outre, l'érection de frontières protectrices vis-à-vis de l'extérieur se duplique à l'intérieur. Chaque secteur s'est replié sur lui-même et a renoncé à gérer les espaces

communs, eux aussi investis par les dealers. En conséquence, « ce recentrage sur chaque service se fait au détriment de la qualité des espaces communs livrés aux pratiques les plus contestables et à la qualité de la vie sociale du site³⁶². »

Aussi, l'enjeu central du projet est-il de réintégrer des transitions, des passerelles, du mouvement entre les espaces et les hommes. Les politiques médicale, administrative, locale et logistique ont leur rôle à jouer. La culture et le design entendent en être les leviers. Mais la question qui nous intéresse est de savoir s'ils sont instaurateurs et en quoi.

Les compétences : le design comme in-discipline

Qu'il s'agisse de la première équipe composée des deux responsables du *lab-ah* ou de la seconde équipe pluridisciplinaire, les compétences du design, et en particulier du design de service, et celles de l'action culturelle sont métissées dans une démarche globale. S'ajoute dans la composition de l'équipe mobilisée dans le projet financé par la CNSA une compétence en paysage, en lien avec les besoins spécifiques exprimés pour le patio. Mais c'est autour du pôle de designers que s'organisent toutes les compétences.

LE PATIENT, L'HÔPITAL ET SON QUARTIER

Le patient, l'hôpital et son quartier est une démarche portée par le lab-ah et une équipe pluridisciplinaire de designers, paysagistes et ingénieurs culturelles. Financé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), ce projet a pour objectif de repenser des formes, espaces, outils au service de la réinsertion des patients dans la ville. Inscrit dans le territoire des secteurs du XXème arrondissement de Paris, le projet a débuté en avril 2019 et s'étalera sur un an.

de Avril à Juin Octobre de Octobre à Janvier

Enquête par la maquette Ateliers Expérimentations

Si vous souhaitez en savoir plus ou être informé.e sur la suite de la démarche, n'hésitez pas à nous envoyer un mail !

#avonhopitalquartier lab-ah@ghu-paris.fr

PÔLE DESIGN
Norent Saray-delabar (pilote) Brice Dury Adélie Lacombe

PÔLE PROGRAMMATION CULTURELLE
Solène Champroy Christine Milleron

PÔLE PAYSAGE
Glenn Pouliquen Alexandre Malfait

Illustration 111 : Présentation de l'équipe partenaire pour le projet

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

362 Marie COIRIÉ, Carine DELANOË-VIEUX, *op. cit.*

Walter Gropius, fondateur en 1919 l'école du Bauhaus à Weimar, écrit dans son programme :

Nous sommes conscients que seules les techniques artistiques, et non l'art, sont enseignables. L'art a joui par le passé d'une importance formelle qui le coupait de notre existence quotidienne, mais il est toujours présent chez les peuples qui vivent sincèrement et sainement. Notre devoir est donc d'inventer un nouveau système pédagogique qui permette, au moyen de nouveaux enseignements scientifiques et techniques spécialisés, de comprendre les besoins humains de manière exhaustive et universelle. Notre vocation est donc de former un nouveau type d'artiste, un créateur capable de comprendre tous les besoins : non qu'il soit un génie, mais parce qu'il sait considérer les besoins humains selon une méthode précise. Nous souhaitons lui faire prendre conscience de son pouvoir créatif, sans redouter la nouveauté, indépendamment de toute formule³⁶³.

Rien ne doit être changé dans cette formulation fondatrice du design par Walter Gropius. Ce qui s'est déplacé c'est le centre de gravité des préoccupations sociétales et des champs d'intervention. Ainsi, le design de service est le fruit du déplacement d'un métier de conception d'artefacts centré sur la consommation, dans un contexte dominé par l'activité industrielle, à celui de conception de dispositifs centrés sur les usages, dans un contexte où la production de services est dominante.

Pour Matthieu Savary, directeur général de l'agence User Studio,

« Le Design de Services c'est rendre plus humaine, plus intelligente et plus belle une expérience de service qui n'a pas ou peu de sens pour ses destinataires. C'est une démarche tant intellectuelle que tangible, tant déductive que sensible qui permet de créer un lien fort entre toutes les composantes de cette expérience tout au long de l'interaction avec le service³⁶⁴ ».

363 Bruno MUNARI, *L'art du design*, Éditions Pyramyd, Paris, 2012, p. 19.

364 Matthieu SAVARY, <https://user.io/service-design/>, consulté le 13 juin 2021.

Cette définition a le mérite de distinguer le design de service organisé autour de l'expérience et le *design thinking* comme méthode de gestion de projet. Pour autant, elle ne spécifie pas les contextes singuliers dans lesquels il peut se déployer. Ni en quoi ces contextes interrogent le métier de designer. Pour comprendre la place du design de service à l'hôpital, il nous faut le considérer déjà acculturé aux apports d'une branche émergente : le design social. Pour Alain Findeli, chercheur en design,

Dans le monde anglo-saxon et notamment étatsunien, le « social » du design social renvoie à des projets prenant en charge les besoins et les aspirations de catégories de population très vulnérables et les injustices dont elles sont victimes : épidémies, réfugiés, ségrégations diverses, accès à l'eau, à l'éducation, aux transports, au travail, aux soins, etc. À l'université de Nîmes, ou existe depuis 2010 le master 'Design-Innovation-Société', le terme « innovation sociale par le design » rend compte plus précisément de ce que nous appelons, par commodité mais aussi parce que l'appellation commence à se stabiliser, le design social. Sans pour autant négliger la précédente, nous nous adressons à une vulnérabilité plus quotidienne, celle des citoyennes et citoyens que nous sommes face aux services publics, à tous les niveaux administratifs et territoriaux. Dans cette perspective, les « designers sociaux » sont appelés à concevoir des services (plutôt que des objets) et des politiques, prioritairement dans le domaine public, dans des secteurs d'activité divers : santé, emploi, culture, famille, éducation, transports, etc³⁶⁵.

Certes, ces approches situent clairement la posture des designers impliqués dans ce projet. Elles ont par ailleurs donné naissance à une autre branche du design, spécifique aux organisations publiques, « le design d'innovation des politiques publiques » dont se réclament aussi les designers du *lab-ah* et de l'équipe partenaire. Cependant, ces nouveaux acteurs du design ont encore aujourd'hui le sentiment d'avoir à faire la preuve de leur valeur ajoutée, tant aux yeux de leurs congénères du design industriel, mieux ancrés dans le paysage économique, qu'à ceux de leurs propres commanditaires, aguerris à d'autres méthodes de gestion et d'accompagnement du changement.

365 Alain FINDELI, Le design social, texte libre, http://www.sfe-asso.fr/sites/default/files/document/le_design_social_par_alain_findeli.pdf

Pour l'équipe projet CNSA, « si le pôle design proposera de travailler à partir des grands invariants d'une méthode de design centré usager, cette équipe associe des compétences spécifiques pour tenter de pérenniser certaines propositions³⁶⁶. » Or, si l'on en croit Matthieu Savary, les invariants de la méthode design ne font pas l'unanimité, « non, le design ce n'est pas une méthode ni même un ensemble de méthodes. En fait nous serions même plutôt partisans d'affirmer qu'il n'y a pas de méthode de design : designers, nous ne faisons qu'emprunter des méthodes que nous trouvons intéressantes ailleurs (ethnographie, ingénierie, marketing, branding, architecture, animation d'ateliers)³⁶⁷. » Et d'ailleurs, l'invocation des « grands invariants de la méthode du design » laisse assez rapidement place à un questionnement de la part de ceux même qui les invoquent. Si le pôle paysage et le pôle culture se trouvent concentrés sur des missions plus en phase avec leurs compétences classiques, le pôle design se fixe un objectif d'innovation méthodologique intéressant pour notre propos : « Nous proposons donc de concentrer notre travail sur un renouvellement des pratiques du design de politiques publiques et ce, en intégrant de nouvelles disciplines et en développant davantage la phase de prototypage ». Et de préciser : « cette ambition se structure autour de 3 objectifs : constituer une équipe solidaire liée par des relations de partenariat et non de prestataire ; réinventer les méthodes « classiques » du design de service en intégrant d'autres nouvelles compétences ; capitaliser sur les résultats pour diffuser des approches « design » au GHU³⁶⁸. » Pour autant, cela ne signifie pas travailler sans méthode, comme l'équipe CNSA l'a visualisé dans le document suivant.

366 Document de candidature du projet CNSA, *op. cit.*

367 Matthieu SAVARY, *op. cit.*

368 Document de candidature du projet CNSA, *op. cit.*

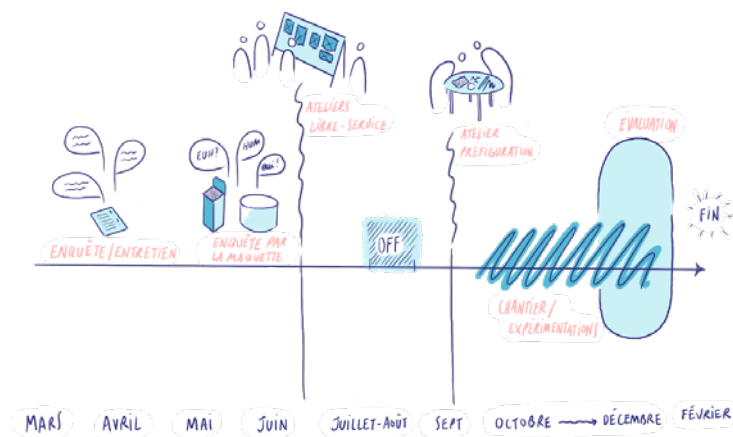


Illustration 112 : Présentation de la méthodologie du projet

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

Pour sa part, l'action culturelle est mobilisée dans ce contexte avec l'ADN de la convention interministérielle Culture et Santé. Aujourd'hui encore, sa qualité principale réside dans le programme de « jumelage » institué entre équipements hospitaliers et structures culturelles.

Si cette médiation entre culture et hôpital se révèle si féconde c'est peut-être parce qu'à l'hôpital la vie est portée par la souffrance au plus haut niveau de sa valeur tandis que le monde se donne à voir dans toute sa beauté à travers les œuvres de création. N'est-ce pas cette mise en relation de la vie comme énergie originelle et intime – enjeu de l'hôpital – et du monde comme unité durable et commune – enjeu de la culture – qui anime profondément la médiation culturelle en milieu hospitalier ?

En outre, considérer une personne malade comme un être complet et complexe vient en contrepoint d'une technicisation et d'une fonctionnalisation toujours plus grande des actes médicaux et infirmiers. Même en psychiatrie, l'approche biomédicale et protocolaire tend à occulter un siècle de compréhension psychosociale de la maladie mentale. Les effets de cette hiérarchie implicite des valeurs se ressentent chez les patients, trop souvent réduits à leur pathologie, mais aussi chez les personnels incités au déni de leurs émotions face à la souffrance et à la mort et à faire fi de leurs aspirations à « prendre le temps » avec les malades. Mettre en œuvre des dispositifs culturels crée les conditions dans lesquelles personnels et patients s'éprouvent les uns les autres en mobilisant leur créativité et leur sensibilité autour d'une œuvre ou d'un artiste. C'est interroger autrement le contrat thérapeutique renvoyant chacun à des rôles étroitement fonctionnels.

La mise en relation de ces trois termes – l'hôpital, la culture et le design – prend tout son sens quand elle devient une expérience collective. Celle-ci est rendue possible grâce aux nouvelles dynamiques de relations portées par l'action culturelle. En ce sens, les partenariats ou jumelages avec des structures culturelles sont des dispositifs permettant le dévoilement des êtres à travers l'agir et le dire, en dehors de toute nécessité liée aux contraintes biologiques et de toute stigmatisation, dans un contexte professionnel où ces singularités, rendues publiques, posent la question commune du vivre ensemble. Nous avons souvent dit de la culture à l'hôpital qu'elle était à la fois indispensable et inutile. Pierre-Damien Huyghe traduit cette idée quand il dit que « l'utilité se constitue de tout ce qui fait que dans ce qui nous entoure quelque chose échappe à la nécessité ou à l'obligation³⁶⁹. »

L'articulation – nous dirons même le métissage – des démarches culturelles et de design est féconde dès lors que l'on considère avec Michel de Certeau que « l'approche de la culture commence quand l'homme ordinaire devient le narrateur, quand il définit le lieu (commun du discours) et l'espace (anonyme) de son développement. C'est une trajectoire qui consiste à ramener les pratiques et les langages scientifiques vers leur pays d'origine, la vie quotidienne³⁷⁰ ».

Comprendre l'espace et le temps vécus

La démarche d'enquête des designers débute par une phase d'immersion sur le terrain du projet. De l'analyse des outils d'immersion, il ressort que cette étape est dédiée à la compréhension par les équipes projet de l'espace, du temps et de leurs usages, tels qu'ils sont vécus et restitués par les usagers. Elle s'inscrit de ce fait dans une approche phénoménologique définie ainsi par Maurice Merleau-Ponty : « c'est l'ambition d'une philosophie qui soit une « science exacte » mais c'est aussi un compte-rendu de l'espace, du temps, du monde « vécus »³⁷¹ ». La phénoménologie constitue une référence lorsqu'il s'agit de comprendre, par exemple, que *La Fabrique de l'hospitalité* définit son action « autour des mêmes objectifs d'amélioration des espaces et du temps vécus à l'hôpital ».

369 Pierre-Damien HUYGHE, *À quoi tient le design ? Sociétés, services, utilités*, De l'incidence éditeur, Réville, 2018, p. 39.

370 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*, p.18.

371 Maurice MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, 1945, p. 1.

La méthode du design s'inscrit donc dans une perspective épistémologique d'une philosophie de la « révélation » du monde, non seulement perçu mais aussi vécu par les sujets qui le constituent et le fabriquent. Pour Merleau-Ponty, la révélation du monde s'établit « à l'intersection de mon expérience et de celle d'autrui ». Il l'exprime en ces termes : « le monde phénoménologique n'est pas l'explicitation d'un être préalable, mais la fondation de l'être, la philosophie n'est pas le reflet d'une vérité préalable mais, comme l'art, la réalisation d'une vérité³⁷² ». En cela, la démarche design ne prétend ni analyser une situation existante ni créer ex-nihilo un existant nouveau dans une situation qui lui préexisterait. Elle vise au contraire, dans l'esprit de la phénoménologie, à instaurer un monde par les interactions qu'elle suscite entre les expériences spatio-temporelles, vécues par les personnes, et le cadre institutionnel, structuré par les règles et les habitus.

Acte 1 : redynamiser le cœur de l'hôpital et créer des espaces de convivialité (2016 – 2017)

Le *lab-ah* a mené entre avril et mai 2017 une opération d'immersion dans les différents services du site d'hospitalisation d'Avron. Le binôme, composé de l'auteure et de Marie Coirié, mettait en œuvre une double compétence : celle du design et celle de la culture.

Visite thématique intra-muros en images

Le temps d'immersion a commencé par une visite documentée des lieux pour en comprendre le langage et les qualités. Nous avons porté ce regard en voulant faire droit à l'idée selon laquelle l'architecture pourrait – devrait – être un soin spatialisé. Nous partageons en effet l'interrogation de Jean-Philippe Pierron selon laquelle, « si la maladie, et singulièrement la maladie mentale, affecte une modalité de la présence dans sa difficulté à se tenir là, l'attention spatiale n'est-elle pas au cœur de l'éthique du soin³⁷³ ? ». C'est pourquoi nous ressentons intuitivement une émotion proche de celle du scandale révélé par le rapport d'Adeline Hazan, alors que nous nous trouvons en présence d'un

372 Maurice MERLEAU-PONTY, *ibid.*

373 Jean-Philippe PIERRON, « Pour une philosophie de l'attention spatiale. Architecture des soins et soin de l'architecture. », in Céline BERRÈRE, Catherine GROUT (dir.), *Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Éditions de l'École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille, Cahiers thématiques, n°18, Lille, 2018, p. 137-147.

espace hospitalier auquel on ne porte pas l'attention que ses enjeux existentiels méritent, et qui de ce fait ne porte pas lui-même l'attention requise par la vulnérabilité de ses « habitants ».

L'accès à l'établissement et le rez-de-chaussée

Le bâtiment est fermé. Pour y pénétrer, il faut franchir une première porte munie d'une sonnette, emprunter un long couloir desservant à droite le patio et à gauche les bureaux des médecins, des cadres et des assistantes sociales. Une seconde porte grillagée et fermée doit être franchie pour accéder à l'accueil. Celui-ci est un local vitré derrière lequel deux agents sont présents. Cet espace entre deux portes fermées répond à la codification du monde carcéral. Il annonce en guise de mot d'accueil : « ici vous êtes sous contrôle ».



Illustration 113 : Couloir d'entrée et accueil de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Les couloirs et les portes

Une fois dans le service, s'offrent au regard des alignements de portes et de couloirs aux couleurs lourdes et sombres. Le couloir, depuis le film de Stanley Kubrick « Shining », éveille des visions anxieuses de cache-cache avec les fantômes de son propre inconscient. Il fonctionne aussi comme une icône de l'hôpital dans de nombreuses séries télévisées, notamment la plus célèbre d'entre elles, « Urgences ». En outre, sur ces photographies, les portes sont fermées. Elles le sont généralement, que les chambres soient occupées

ou non. Des deux « êtres possibles » contenus dans la potentialité de la porte, c'est celle de la fermeture qui l'emporte. Elles sont dès lors privées de toute possibilité de rêverie, de tout « le cosmos de l'entr'ouvert³⁷⁴ ». Toutefois, les couloirs sont aussi des espaces qui appellent la déambulation, citée bien souvent par les psychiatres, et ce depuis les prémisses du traitement moral, comme une pratique souhaitable. Celle-ci est en effet une conduite primitive d'incorporation du rythme et de la découverte du monde. Mais elle implique la possibilité d'un cheminement. Or le couloir réduit « la structuration de l'espace au retour du même, à la cadence prévisible, obérant l'ouverture spatiale de la surprise³⁷⁵. »



Illustration 114 : Couloirs des unités de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Les coursives

Les coursives sont les couloirs du dehors, en miroir des couloirs situés à l'intérieur des services. Le dedans devenu dehors emporte dans ce renversement de perspective l'idée d'un enfermement du dehors. Les lattes et les perspectives sans fin viennent accréditer cette sensation de privation de liberté. Tandis que leur état de saleté, dû à l'accueil

374 Gaston BACHELARD, *op. cit.*, p. 200.

375 Jean-Philippe PIERRON, *op. cit.*

des fumeurs, fonction principale et vitale des coursives, porte atteinte à la dignité des patients. Le manque d'entretien et d'attention porté à l'environnement joue d'un effet miroir vis-à-vis des populations accueillies et leur renvoie une image dégradée d'eux-mêmes. Le seul point coloré est un fauteuil, acheté après la visite de la CGLPL et dont la présence joyeuse semble incongrue dans cet univers. Couloirs et coursives sont des lignes droites tendant à construire un espace rationnel, en connivence avec les structures de pouvoir panoptiques décrites par Michel Foucault, dont la particularité est d'assigner une direction aux pas de ses usagers. Une anthropologie des lignes confirme cette interprétation. En effet, selon l'anthropologue Tim Ingold, « en établissant des connexions et en marquant des limites, la ligne géométrique se trouve à la base de la loi, de la raison et de la pensée analytique³⁷⁶ ». Couloirs et coursives nous assignent à un usage linéaire et contraint. À ce titre, Pierre-Damien Huyghe les apparenteraient certainement aux « objets serviles³⁷⁷ ».



Illustration 115 : Coursives de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

376 Tim INGOLD, *Faire. Anthropologie, archéologie, art et architecture*, Paris, Éditions Dehors, Bellevaux, 2017, p. 283.

377 Pierre-Damien HUYGHE, *op. cit.* Les objets serviles sont ceux qui nous imposent un seul comportement. Il prend comme exemple les « gendarmes couchés » ou ralentisseurs des automobiles.

Les salles d'attente

Elles ont en commun d'être équipées d'assises au doux nom de « sièges potence ». Ce nom leur vient de la barre latérale qui les fixe les unes aux autres, censée éviter le vol ou un usage non conforme, tel que l'agression d'autrui à coups de chaise. Force est de constater que lorsqu'on échappe aux sièges potence, les fauteuils sont alignés comme des troufions, face à des murs vides, disposition invitant peu à l'échange ou à une quelconque convivialité.

Enfin, il faut relever la présence constante de carrelage blanc ou de linoléum beige, au choix, signes repérables d'une (non) esthétique hospitalière.



Illustration 116 : Sièges d'attente de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Les salles télé

Comme leur appellation l'indique, elles ont comme équipement principal la télévision. On y retrouve les mêmes matériaux hygiéniques et pratiques que partout ailleurs et peu d'objets invitant à partager d'autres activités. À l'issue de cette immersion, le *lab-ah* s'est donnée pour ambition de transformer progressivement les salles télé en salons de détente ou de convivialité, partout au GHU, en proposant une esthétique alternative.



Illustration 117 : Salles télé de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Les chambres

À lire les pages de Gaston Bachelard sur la puissance d'évocation poétique de l'intime au contact de la chambre, la rêverie douce dont elle est la promesse, on prend conscience du chemin à parcourir pour que les chambres de l'hôpital psychiatrique actualisent ce potentiel d'imaginaire, nonobstant la tentative de rappeler l'univers domestique par la présence d'un couvre-lit en patchwork. En effet, dans ces chambres, rien ne fait trace, rien ne donne à voir un usage, un investissement, une appropriation, une personnalisation. Et surtout, si elles ne se situent clairement pas dans le registre du « chez soi », elles ne laissent pas non plus penser qu'elles ont été conçues pour autrui. Elles n'adressent pas d'invitation, comme en témoigne la signalétique « 1.R.12 ».



Illustration 118 : Chambres de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Les recoins

Devant l'armoire à incendie, derrière les portes coupe-feu, devant les ascenseurs, au détour d'un couloir, les recoins sont investis de manière frugale par deux chaises, une plante, un jeu, pour accueillir une famille, se reposer, se mettre en retrait. Ils sont le symptôme du manque d'espaces dédiés à la solitude et à l'intimité. Ces aménagements clandestins, adoptés en dépit des règles de sécurité, révèlent les nombreux expédients auxquels les personnels soignants, parfois les usagers, ont recours pour contourner les contraintes ou compenser les déficiences institutionnelles. La question des recoins, des alcôves, des retraits est devenue un sujet transversal pour le *lab-ah*. Nous considérons à l'instar de Gaston Bachelard que « tout coin dans une maison, toute encoignure dans une Chambre, tout espace réduit où l'on aime à se blottir, à se ramasser sur soi-même, est, pour l'imagination une solitude, c'est-à-dire le germe d'une chambre, le germe d'une maison³⁷⁸. ». À l'encontre du modèle du pouvoir panoptique, véritable tentation pour ces lieux de soin psychiatrique hantés par la peur de la violence, « le coin est la case de l'être ».



Illustration 119 : Recoins de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le patio

Pour le décrire dans la fraîcheur du premier regard, donnons à lire un extrait de notre rapport d'étonnement :

378 Gaston BACHELARD, *op. cit.*, p. 130.

Au premier regard, on ne le trouve pas si mal ce patio. Plutôt bien dessiné avec ses bardeaux en bois, ses pavés et ses arbres. Bien que les cloisons en plexiglass surprennent, il évoque insensiblement les architectures traditionnelles de la Méditerranée et de l'Orient. On imaginerait volontiers l'installation d'un bassin ou d'une fontaine. Au second regard, on perçoit une certaine usure des aménagements et des équipements : des sols abimés, des bancs dégradés, des cendriers usés, une végétation peu entretenue. Mais ce sont les usages qui étonnent le plus, des patients, souvent en pyjama, tournent en rond et fument des joints. Il arrive qu'un air de guitare nous laisse imaginer quelles autres activités plus joyeuses ce patio pourrait accueillir. Et finalement, l'analyse du site et la collecte de témoignages, tant auprès des professionnels que des patients, mettent définitivement à mal les premières perceptions. Le patio, c'est une zone non soignante devenue une zone de non-droit.



Illustration 120 : Patio de l'hôpital d'Avron

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Cette collecte spatiale dans le cadre d'une première visite donne un sentiment général de malaise. Pour le philosophe Jean-Philippe Pierron, « l'architecture de l'hôpital psychiatrique mène une double lutte dont la traduction spatiale est l'expression. La première est une lutte contre la figure de l'enfermement qui la hante. [...]. La seconde est une lutte contre l'hôpital-bloc caractéristique de la médecine biomédicale. ». Force est

de constater que les locaux d'Avron n'incarnent pas le succès de cette lutte contre cette double résurgence culturelle. Dans l'ensemble, ils donnent à voir les signes d'un lieu sans qualité. D'abord parce qu'ils relèvent d'une logique de contrôle. Ensuite parce que les aménagements sont soumis à une priorité fonctionnelle.

Nous percevons des aménagements sans ménagements, c'est-à-dire sans attention portée à la sensibilité des usagers, dénués de ce qui fait pourtant la raison d'être de l'hôpital : le soin. Le manque d'entretien et de soin apporté aux environnements et aux objets révèle l'impossibilité, tant pour les professionnels que pour les patients, d'habiter ces lieux, au sens donné par le philosophe Heidegger d'y faire l'expérience de leur humanité inscrite dans le monde. Les éléments formels répétitifs qui rythment cette visite (linoléum beige, carrelage blanc, chaises-potence) constituent une non esthétique car l'esthétique est « le manifeste d'un espace ». Or, l'espace est déterminé par l'hygiène et la sécurité. Il ne traduit pas le manifeste ontologique d'un lieu de l'hospitalité, celui qui prévoit et ménage des pratiques spatiales accordées à un prendre soin. Ainsi, Jean-Philippe Pierron précise que « l'attention spatiale portée à la possibilité de « se blottir » ou du « arpenter » se fait soin matérialisé, faute de quoi elle ne serait qu'un jeu de construction. » Il nous faut malheureusement convenir qu'en l'état le bâtiment d'Avron offre des espaces qui ne matérialisent pas la fonction soignante. Les pratiques du « blottir » et « d'arpenter » sont des éléments du langage de l'hospitalité dont il reste à trouver les formes énonciatives.

Les outils d'interaction

Après cette phase d'appréhension sensible des lieux, la démarche immersive s'est centrée sur les moyens de comprendre comment l'espace et le temps sont vécus par leurs « habitants ». Car nous savons grâce à la phénoménologie que la rationalité, c'est-à-dire l'ambition de rendre compte d'une réalité de manière scientifique et organisée, ne se contente pas d'objectivité, « La rationalité est exactement mesurée aux expériences dans lesquelles elle se révèle³⁷⁹. » C'est pourquoi la rationalité du design passe par la compréhension et le croisement des expériences des personnes destinataires de la démarche. Elle part en effet en quête des usages et des pratiques d'un espace par ses usagers. Ainsi, les guides conçus pour soutenir les entretiens sont orientés pour comprendre le vécu des usagers plutôt que les fonctionnements de l'institution. À titre d'illustration, voici un extrait des guides à destination des patients comme des professionnels :

379 Maurice MERLEAU-PONTY, *op. cit.*, p. 20.

Le bâtiment (plan)

Comment circulez-vous dans le bâtiment : ou, et quand ?

Les lieux que vous aimez, les lieux que vous n'aimez pas, vos coins à vous

Où recevez-vous vos amis et/ou votre famille ?

Les moments de la journée (time line)

Pouvez-vous nous raconter les grands temps qui organisent la journée ?

Les moments que vous préférez, ceux que vous n'aimez pas ?

Les activités : quelles sont les activités auxquelles vous participez ? Quelles sont les activités qui vous plaisent ? Ont-elles lieu dedans ou dehors ? Les activités proposées sont-elles suffisantes ? Quelles nouvelles activités aimeriez-vous ?

Le patio - photo

Vous y allez ? quand et pour faire quoi ? des idées d'amélioration, qu'est-ce que vous aimeriez y faire ?

Quelles propositions d'amélioration ?

Les coursives - photo

Vous y allez ? quand et pour faire quoi ? des idées d'amélioration, qu'est-ce que vous aimeriez y faire ?

Quelles propositions d'amélioration ?

Accueil RDC - photo

Vous y allez ? pour faire quoi ? Quelles propositions d'amélioration ?

Salle TV - photo

Est-ce que vous y allez ? qu'est-ce que vous y faites ? si non pourquoi ? Quelles propositions d'amélioration ?

Ce faisant, ces outils font émerger les caractéristiques d'un processus qui transforme un lieu en espace. Selon la terminologie de Michel de Certeau :

Est un lieu l'ordre selon lequel des éléments sont distribués dans des rapports de coexistence. S'y trouve donc exclue la possibilité pour deux choses, d'être à la même place. La loi du « propre » y règne : les éléments considérés sont les uns à côté des autres (...) L'espace serait au lieu ce que devient le mot quand il est parlé, c'est-à-dire quand il est saisi dans

l'ambiguïté d'une effectuation, mué en un terme relevant de multiples convention (équivoque), posé comme l'acte d'un présent (ou d'un temps), et modifié par les transformations dues à des voisinages successifs³⁸⁰.

Ainsi, les actions narratives recueillies par les outils d'interaction du design « permettent de préciser quelques formes élémentaires des pratiques organisatrices d'espace, les procédures de délimitation ou de « bornage » et les « focalisation énonciatives ». Les entretiens ont fait émerger l'espace anthropologique de l'hôpital, l'espace vécu et pratiqué, avec ses faiblesses et ses potentiels.

Une deuxième dimension de l'enquête fait la part belle à la participation active des personnes interrogées grâce à cette phrase magique : « quelles sont vos propositions d'amélioration ? ». Ces dernières sont reprises dans des listes et des dessins qui constituent une forme partageable pour élargir la consultation dans des entretiens ultérieurs et des ateliers. Les designers les appellent : « la boîte à idées ». Voici un aperçu du contenu de notre boîte :

- ♦ un juke box pour écouter de la musique à plusieurs ;
- ♦ un baladeur personnel pour écouter de la musique tout seul ;
- ♦ des pique-niques dans le patio ;
- ♦ un jardin potager dans le patio ;
- ♦ des spectacles de danse dans les coursives ;
- ♦ des concerts de musique dans le patio ;
- ♦ des pièces de théâtre dans le patio ;
- ♦ des portes de chambre personnalisables ;
- ♦ des bibliothèques dans les salles TV ;
- ♦ des jeux de société dans les salles TV ;
- ♦ un chariot beauté ;
- ♦ une cuisine mobile ;
- ♦ un dispositif sonore ;
- ♦ des variateurs de lumières ;
- ♦ une buvette ;
- ♦ un cyberspace ;
- ♦ un mur d'expression dans la chambre ;
- ♦ un temps tisane et goûter ;

380 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*, p. 294.

- ♦ une table de ping-pong dans le patio ;
- ♦ ... et bien entendu une carte vierge à compléter car la liste apparaît comme non finie.

Que révèle ce travail sur les idées d'amélioration des espaces et des activités proposées par l'hôpital ? Il ouvre un champ d'actions et de pratiques potentielles se glissant dans l'ordre contraignant du lieu. Michel de Certeau assimile ces « arts de faire » à un procès d'énonciation comparable à la fonction d'effectuation du langage par la parole. On les retrouve en effet dans les verbes d'action sous-tendus par la liste d'équipements et d'activités du cahier d'idées : jouer, marcher, partager (un temps), écouter (de la musique), cuisiner, écrire...

Les outils visuels ci-dessous ont servi à l'enquête, complétés par le plan du bâtiment. Ils traduisent l'attention portée par la démarche design au temps vécu, à l'espace pratiqué et aux arts de faire.

Il faut pourtant distinguer les pratiques dégradées, qui sont des expédients compensatoires aux déficits organisationnels, et les *arts de faire*, qui sont des mises en action créatives à l'intérieur de structures imposées. Les deux relèvent de ce que François Laplantine nomme une « micrologie³⁸¹ ». Les expédients sont repérés par les outils d'enquête du design comme des graines d'innovation et d'amélioration. Il s'agit par exemple de l'occupation de la cour arrière (accès aux urgences) par les professionnels en manque de salle de pause ; de la collecte de vêtements auprès des soignants et de leur distribution aux patients (non protocolaire) ; des apports de nourriture, tolérés mais non autorisés, par les familles à leur proche ; une manucure discrète le week-end d'une aide-soignante à une patiente... Les arts de faire sont en germe dans les expédients et s'expriment dans l'enquête à travers les idées énoncées par les usagers. Le design est en conséquence une conduite créatrice opérant la formalisation des expédients en arts de faire.

Redynamiser le cœur de l'hôpital et créer des espaces de convivialité

En juin 2017, le *lab-ah* partage avec le comité de pilotage le diagnostic issu de l'immersion, après l'avoir présenté dans chacun des services en présence des équipes. Il donne lieu à une quarantaine d'items qu'il a été difficile d'intégrer dans une démarche

381 François LAPLANTINE, *op. cit.*

transversale. L'enjeu était de rendre visible un premier abécédaire de l'hospitalité, à travers des éléments fragmentaires, mais constitutifs de la qualité d'hospitalité des lieux. Par exemple, la présence d'une horloge, d'une buvette, d'un accès aux livres...

Nous avons dégagé de l'immersion quatre thèmes sur la qualité d'hospitalité :

- ♦ reconquérir le cœur de site : développer et aménager le patio ;
- ♦ favoriser les échanges et les projets intersectoriels ;
- ♦ ancrer l'hôpital dans le monde commun : repères spatio-temporels, services de base d'un hôpital ;
- ♦ aménager des espaces dédiés et accueillants pour les patients et les familles.

Ces thématiques sont issues des propositions des professionnels et des patients qui se répartissent entre :

- ♦ les propositions contextualisées à un secteur ;
- ♦ les propositions déclinées dans chaque secteur ;
- ♦ les propositions communes aux secteurs, dites intersectorielles.

Une fois le diagnostic partagé et stabilisé, et après les deux ateliers intersectoriels prévus, quatre types de projets ont été définis :

- ♦ intégration des préconisations dans le projet travaux et équipements ;
- ♦ aménagements spécifiques ;
- ♦ nouveaux services, nouveaux supports ;
- ♦ projets culturels.

On retiendra du visuel de partage de diagnostic les bulles qui renvoient au dialogue et aux échanges ouvrant la voie à l'énonciation et à la multiplicité des prises de paroles. « Avron en chantier » est également un signe d'espoir et une invitation à participer. L'orange est une couleur repérée dans le monde des travaux (casque orange) tandis que le bleu invite à la confiance.



Illustration 121 : Affichette pour la restitution d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

L'extrême diversité et le nombre de propositions que le *lab-ah* a fait remonter interroge sur l'effet entonnoir de la méthode du design. Bien des idées sont déjà portées par les soignants depuis des années, mais en vain. Le regard que le *lab-ah* porte sur ces idées leur redonne de la valeur. Le design social se fonde en effet sur l'importance accordée aux signaux faibles venues du terrain. Cependant, la méthode en entonnoir qui oblige à ne retenir qu'un nombre limité de propositions remontées du terrain qui feront l'objet de tests peut avoir des effets déceptifs. Dans un contexte aussi complexe et multidimensionnel que celui d'Avron, cette approche en entonnoir peut aggraver chez les professionnels le sentiment de « prêcher dans le désert ». D'ailleurs, à l'issue de cet acte 1 en 2018, peu de projets concrets ont vu le jour. En effet, ils avaient été pensés dans une articulation avec le programme de travaux qui a été reporté de 3 à 4 ans.

Et pourtant, si le projet a pu rebondir dans une deuxième étape, cela est dû à la confiance que cette première étape a permis d'installer. Les cadres d'Avron ont été touchés par la détermination de l'équipe du *lab-ah*.

Il est en outre important de signaler que des efforts d'aménagement importants ont été consentis depuis ce diagnostic. Aujourd'hui, le site d'Avron ne ressemble plus à la description qui en est faite ci-dessus.

Acte 2 : Le patient, l'hôpital, et son quartier (2019-2020)

Le design s'intéresse à ces expériences du temps et de l'espace vécus dans une perspective projective, c'est-à-dire pour faire projet. C'est pour cela que l'immersion est également nommée par l'équipe CNSA « enquête outillée ». Les outils n'ont pas vocation à capitaliser de la connaissance mais ils sont orientés vers un dessein. Au demeurant, l'art de l'enquête désigne un mode de pensée engagé dans le faire. Conformément à la théorie de Tim Ingold qui souligne que « dans l'art de l'enquête, le développement de la pensée accompagne et répond continuellement aux flux des matériaux avec lesquels nous travaillons³⁸² ».

Explorer le quartier

L'équipe est allée au-devant des soignants des structures ambulatoires du quartier et a sollicité les acteurs culturels et associatifs. Des contacts privilégiés ont ainsi été établis avec trois acteurs associatifs, Extramuros, Veniverdi et Menilmusique, et avec une structure culturelle d'envergure nationale, le théâtre national de la Colline.

Les outils sont sensiblement les mêmes que ceux de l'acte 1 mais sont adaptés aux habitants et aux partenaires du quartier. Nous disposons, donc avec les entretiens menés, des informations donnant à comprendre les représentations de la psychiatrie et parfois les préjugés des acteurs du quartier les plus susceptibles d'entrer en relation avec l'hôpital.

De surcroît, un document a été conçu pour collecter et reconstituer le parcours d'un usager de la psychiatrie du XXème arrondissement et ses points de contact avec les ressources du quartier. Utilisant le roman photo, les notes et le schéma libres, le designer porte son attention sur les manières de se déplacer et de se raconter plutôt que sur les organisations objectives et abstraites du « parcours de soin ». Pour les distinguer, nous parlerons de trajectoire pour la première modalité et de parcours pour la seconde.

Enfin, le recueil précis des lieux ressources du quartier a permis de compiler les données de ce qui deviendra une cartographie.

L'immersion a confirmé la méconnaissance de l'hôpital par les habitants du quartier. La plupart d'entre eux ne connaissent ni l'hôpital ni l'offre psychiatrique ambulatoire. C'est l'envers de la stigmatisation, non pas celle qui se voit mais celle qui fait disparaître. Il existe une polémique ancienne à l'hôpital psychiatrique concernant les stratégies de

382 Tim INGOLD, *op. cit.*, p. 32.

visibilité des espaces psychiatriques, et concomitamment de leurs usagers. Nombre de professionnels plaident encore pour une banalisation des lieux de consultation et de prise en charge, avec le souci de ne pas stigmatiser les usagers qui les fréquentent. Sans doute est-il problématique pour certains usagers de franchir le seuil d'un lieu affichant sur son fronton « hôpital psychiatrique ». Mais cela révèle surtout l'intériorisation de cette stigmatisation par les professionnels eux-mêmes. Car supposer qu'il soit stigmatisant d'être vu, entrant ou sortant d'un centre médico-psychologique, c'est avoir entériné le fait que la psychiatrie elle-même est stigmatisée. Or, elle se bat pour faire valoir qu'elle est un équipement ressource dans la cité, comme n'importe quel hôpital ou dispensaire, qui offre un service de soin aux habitants.

Dans son rapport d'étonnement, l'équipe CNSA relie cette méconnaissance à un « gros problème de signalétique qui provoque un manque de lisibilité des lieux de soin partout dans l'arrondissement. » Or, la signalétique déficiente n'est pas un facteur suffisant pour expliquer la méconnaissance de la psychiatrie et de ses lieux de soin. Nous pensons qu'il s'agit d'un symptôme, d'un signal de l'état de déni que nous cultivons vis-à-vis de la maladie mentale. Un résidu de la peur archaïque que la folie a toujours suscitée dans nos sociétés. Réciproquement, l'immersion révèle une méconnaissance par les équipes médico-soignantes des ressources du quartier, pourtant susceptibles d'accompagner les patients entre deux hospitalisations. Cette méconnaissance concerne aussi les équipes hospitalières et les équipes ambulatoires qui ne se croisent pas. Ce cloisonnement entre l'intra et l'extra hospitalier révèle un décalage entre les discours sur la priorité donnée à la réhabilitation psychosociale des patients dans la cité et la réalité de terrain. Un étonnement relatif puisque cette difficulté de liaison entre hôpital et quartier est au fondement de la commande auprès de l'équipe projet CNSA.

La performance sonore

Dans le rapport intermédiaire du 25 juillet 2019, l'équipe projet décrit ainsi le protocole qu'elle a mobilisé pour prendre contact avec le quartier :

Pour inscrire le projet sur le territoire du 20ème arrondissement, le pôle programmation culturelle a fait appel à une artiste-performatrice. Fanny Decoust a proposé un dispositif sonore lors d'une performance réalisée le 25 avril. Équipée d'un micro-cravate et d'un téléphone mobile, l'artiste a proposé à l'équipe projet et l'équipe du lab-ah « d'écouter le quartier ». Sur le principe des « listes à la Prévert » ou des descriptions de lieux à la manière de Georges Perec, Fanny Decoust a arpenté le quartier en décrivant, de la manière la plus exhaustive possible les lieux traversés,

les ambiances ressenties ou les passants croisés. À quelques kilomètres, l'équipe projet et l'équipe du Lab-ah étaient invités à prendre en note ou en dessin ce que l'artiste décrivait. « Pêche à vue » des éléments clés du quartier, tentative d'épuisement d'un territoire, cette première intervention artistique a permis une lecture sensible du territoire et a fourni des éléments pour les prochains ateliers à destination de patients, de soignants ou d'habitants du 20ème arrondissement.

Il s'agissait, selon les propres termes de l'artiste, « d'alterner des moments d'observation statiques et en mouvement et de jouer sur deux registres de description : hyper catégoriel, mâle, femelle, végétaux, neuf, ancien, hyper factuel. Et complètement ressenti, sensible, décalé »



Illustration 122 : Performance immersive du quartier

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

On retrouve dans cette initiative les termes mêmes de la geste cheminatoire de Michel de Certeau pour qui « l'acte de marcher est aux espaces urbains ce que l'énonciation est à la langue ou aux énoncés proférés³⁸³. » En tant que lecture du réel par la mise en mouvement du sujet percevant, cette action se situe du côté de la continuité, de la linéarité, du récit, de la subjectivité. On peut même parler d'une double subjectivité, celle de l'artiste qui enregistre et interprète l'espace au fil de son arpentage et celle de l'équipe projet qui

383 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*, p. 148.

interprète ce qu'elle entend par le dessin, par la main qui pense. Le dessin est dès lors en correspondance kinesthésique avec le son. C'est un double processus perceptif de la pensée, celui d'écouter le flux sonore et celui de dire par le dessin la ville que l'on entend.

Le document d'archive est un enregistrement d'1h30 dont la qualité sonore est inégale. Ainsi, l'enregistrement n'est-il pas transformé en expérience esthétique par une mise en forme dont la qualité permettrait le partage collectif d'une émotion sensible. L'initiative reste au niveau d'une empathie de perception entre un arpenteur et un dessinateur. Il était en effet bien précisé que cette performance était au service de l'enquête. Son objectif énoncé était de « garder une trace et produire de la réaction ». Sa valeur principale est donc heuristique et sensible.

Alors que l'équipe du *lab-ah* avait pu échanger sans obstacle avec les patients, l'équipe projet CNSA n'a pas pu rencontrer les patients dans cette première phase : « À ce jour, le nombre d'entretiens menés avec les patients en intra et en extra hospitalier reste insuffisant pour compléter et adapter les pistes de projet », constatent-ils dans le rapport intermédiaire de juillet 2019. De leur point de vue, et à juste titre, « ces difficultés trouvent leur source dans la complexité d'approche des professionnels, qui sont la porte d'entrée vers les patients. En effet, l'étude a pris place dans un contexte institutionnel tendu sur le plan des conditions de travail : espaces, outils et ressources humaines. » Certes, les conditions étaient peu favorables. Mais au-delà de ces circonstances, le recul que nous donne vingt ans d'expérience de conduite d'interventions créatrices à l'hôpital permet d'affirmer que la responsabilité des soignants dans la relation thérapeutique, surtout en psychiatrie, confine parfois à une volonté de maîtriser l'ensemble des interactions de « leurs » patients. Ni généralité, ni jugement de valeur, ce constat invite néanmoins à considérer que le discours dominant sur les vertus de l'autonomie du patient ne se traduit pas toujours dans les pratiques au quotidien.

Diagnostic partagé et territoires de projet

Parce que la démarche design est avant tout projective, la connaissance extraite des immersions doit être partagée avec toutes les parties prenantes et ouvrir des « territoires de projet ». Le choix de ce terme « territoires de projet » situe la démarche design dans une ambition politique et macro-sociale qui nous semble à la hauteur des enjeux de l'hôpital. La philosophe Vinciane Despret analyse les modalités de création des territoires par les oiseaux. Sans vouloir prendre un raccourci peu valide sur le plan scientifique, qui consisterait à substituer les humains aux oiseaux dans leur art de faire territoire, les explications qu'elle en donne sont néanmoins inspirantes pour notre sujet :

Si on prend en considération que le territoire est non seulement création de rapports en son sein mais création de rapports aux autres, il pourrait bien avoir, comme le suggèrent les villes de poulpes, une fonction « instauratrice ». Les territoires seraient, dans cette perspective, des formes qui génèrent des relations sociales, voire qui donne forme à une société. Ou, plus précisément, ce sont des formes qui, dans la plupart des cas, renouvellent la forme de la société lorsque celle-ci est confrontée à de nouveaux défis³⁸⁴.

Ainsi, par analogie, transformer le territoire de l'hôpital c'est déjà instaurer de nouvelles relations. En exprimant leurs attentes à travers le prisme spatial, les parties-pre-nantes de ce projet ouvre dès lors un horizon d'espoir, car la spatialisation a le potentiel pour accueillir des pratiques de transformation du monde.

À ce stade de la démarche, retenons de l'immersion les éléments consolidés sur lesquels se sont appuyés les pistes de projets. L'étude du *lab-ah* a éclairé d'un jour sans complaisance des conditions concrètes d'accueil, de séjour et de travail sur le site d'Avron, dégradées et indignes, dont le point critique est le patio. Qualité des espaces, convivialité, activités, jardin, salles de pause, cheminements et abris, les besoins sont innombrables.

Quant à l'étude de l'équipe CNSA, elle apporte un nouvel éclairage topo-analytique sur les fractures entre les trois secteurs, entre l'intra et l'extrahospitalier, entre les structures ambulatoires elles-mêmes et entre l'hôpital et la ville. Et c'est là peut-être le pouvoir instaurateur du design d'investir cet « entre », cet écart dirait François Jullien, pour expulser les identités recluses de leur enclousonnement.

L'équipe CNSA, dans son rapport intermédiaire de juillet 2020, propose ainsi deux territoires de projets qui recourent les constats ci-dessus :

1. Repenser et réaménager l'accueil des familles et des patients dans les établissements

Les lieux et espaces d'accueil des familles et des patients sont aujourd'hui peu aménagés et peu outillés, aussi bien à l'hôpital que dans les structures ambulatoires. Ce « territoire de projets » englobe donc une grande partie du rez-de-chaussée de l'hôpital d'Avron et les espaces d'attentes des différents CMP du secteur. Nous tenterons

384 Vinciane DESPRET, *Habiter en oiseaux*, Actes Sud, Arles, 2019, p. 159.

de co-concevoir avec les patients et les soignants les nouveaux usages des espaces de pause et d'accueil, ouverts à tous : nouveaux patients, patients actuels, familles... Au-delà des fonctions d'accueil, nous voulons interroger les patients, les soignants et les habitants du quartier sur de nouvelles formes de relation possibles avec les structures de soin. Celles-ci pourraient s'ouvrir ponctuellement pour accueillir des événements ou des manifestations culturelles.

2. Repenser et outiller l'accueil des patients dans les établissements culturels et les structures associatives du quartier

Le quartier du 20ème arrondissement est souvent décrit par les soignants comme « nocif » pour les patients. Or, nous avons découvert un quartier particulièrement riche en offres associatives, culturelles et sportives. Cependant, il faut pouvoir aménager des « passerelles » : améliorer la connaissance du quartier pour les soignants pour mieux orienter les patients et sensibiliser les acteurs du quartier aux questions de handicap psychique. Nous avons d'ores et déjà approché une partie de ces acteurs pour travailler sur une présentation de la psychiatrie et ce afin de destigmatiser un handicap souffrant d'une image floue et très négative. Le but est de créer des partenariats permettant d'accueillir dans de bonnes conditions les personnes en réhabilitation dans l'arrondissement. Ce territoire de projet visera donc à sensibiliser et outiller une partie des associations, commerces et lieux culturels du quartier pour les rendre plus visibles et accessibles à un public fragile.

En ouvrant la problématique de l'hospitalité d'Avron à l'habitabilité du quartier, on a fait résistance à un modèle dominant hérité, celui de la discipline, qui requiert un lieu propre sur lequel puisse fonctionner la machinerie panoptique des systèmes de contrôle décrite par Michel Foucault.

Ateliers en libre-service

L'équipe CNSA a fait le choix de partager les résultats de son immersion et les éléments de diagnostic en organisant des ateliers grâce auxquels l'enquête pouvait se poursuivre et s'affiner.

Un premier atelier s'est déroulé le 25 juin 2019 dans la cour arrière du bâtiment, destiné aux soignants et aux potentiels partenaires du quartier.



Illustration 123 : Atelier participatif du 25 juin 2019

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

Lors de cet atelier, 9 axes de travail issus de l'immersion ont été présentés :

- ♦ adapter l'architecture au soin psychiatrique ;
- ♦ améliorer l'accueil des familles et des visiteurs ;
- ♦ investir les espaces communs ;
- ♦ redynamiser les liens aux acteurs du territoire ;
- ♦ améliorer le parcours de soin du patient ;
- ♦ prendre soin des soignants ;
- ♦ adapter la prise en charge à la diversité et à l'évolution de la patientèle ;
- ♦ mieux vivre à l'hôpital ;
- ♦ développer l'intersectoriel pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital.

L'équipe projet CNSA, lors du comité de pilotage du 20 janvier 2020, souligne une bonne participation des soignants de l'hôpital qu'elle juge « constructive et encourageante ». Cet atelier a permis de resserrer les neuf axes d'analyse autour de quatre attentes fortement exprimées :

- ♦ les projets intersectoriels pouvant animer le rez-de-chaussée de l'hôpital ;
- ♦ les projets partagés entre l'intra et l'extra ;
- ♦ retisser du lien avec le territoire ;
- ♦ des projets concrets.

Un deuxième atelier s'est déroulé le 13 septembre 2019 toute la journée, dans le patio, destiné en priorité aux patients. Il s'est organisé en priorité autour des aménagements du patio. Mais trois autres thèmes étaient proposés :

- ♦ la table quartier : identifier les lieux fréquentés par les patients dans le quartier avant ou après leur hospitalisation ;
- ♦ la table parcours : identifier les parcours de soins et leur vécu en intra comme en extra hospitalier ;
- ♦ la table à idées : les fiches idées sont disposées sur la table et les patients sont invités à réagir par un commentaire sur des fiches « ça m'intéresse », « ça me questionne », « je complète ».



Illustration 124 : Affiche d'invitation à l'atelier participatif du 13 septembre 2019

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

On notera que le graphisme des affiches renvoie à une esthétique de douceur grâce à ses couleurs pastel et de loisir au regard des dessins d'activités. En affichant ainsi une esthétique en rupture avec celle des locaux hospitaliers, l'équipe propose des perspectives. Un espoir soutenu par l'engagement des porteurs de projet eux-mêmes, lisibles dans la sémantique mobilisée : ils sont « ravis ». Ils invitent à partager des possibles qui ne se laisseraient pas couper les ailes par une rationalité quelconque, « imaginons ». Enfin, l'équipe manifeste sa volonté d'inclusion par la mention « Ouvert à tous » et le trouble qu'elle veut apporter sur les frontières, les catégories, les bornages, les hiérarchies... Enfin, et c'est important à noter, l'équipe a produit un format mobile de l'atelier pour l'animer dans chacune des structures ambulatoires.

Ces ateliers ont permis de consolider trois thématiques susceptibles d'accueillir des tests :

- ♦ *réparer et aménager l'existant* : les besoins identifiés lors de l'immersion ont été transmis à la direction des travaux et à la direction des achats dont c'est la vocation et qui ont seuls les moyens d'agir ;
- ♦ *bien dedans* : mieux accueillir les nouveaux patients, les nouveaux soignants, les familles et les extérieurs grâce aux atouts des structures de soin ;
- ♦ *bien dehors* : créer une communauté d'acteurs et de structures relais accueillante à l'échelle du quartier.

À l'intérieur de ces trois thématiques, les designers ont proposé sept projets à tester :

- ♦ une exposition des photographies réalisées par les usagers avec l'équipe du CATTP Le Bouffadou dans le couloir d'Avron intitulée « Regards sur le quartier » ;
- ♦ des espaces du rez-de-chaussée repensés (patio, cour arrière) et une animatrice pour l'animer ;
- ♦ une cafétéria co-gérée avec les patients et accueillant des commerces pop-up ;
- ♦ une formation et un partenariat avec le théâtre de la Colline ;
- ♦ un événement festif ouvert à tous pour communiquer sur le handicap psychique et impulser le réseau « le quartier pour Avron » ;
- ♦ *Graines de folie !*, une pépinière au sein de l'hôpital et des espaces relais au sein du quartier.

Ces ateliers activent la part de décision des parties-prenantes du projet, les instituant en sujets contributifs des choses parmi lesquels ils vivent. Il s'agit là d'une posture révolutionnaire du design : ne plus accepter que nous vivions passivement dans un monde dessiné et choisi par d'autres, experts et politiques. La puissance de cette approche par tamis, dès lors qu'elle inclut réellement les parties prenantes, réside dans la création d'espaces dédiés à faire des choix collectifs et concertés. Pierre-Damien Huyghe le confirme,

Autrement dit, pour qu'il y ait de la possibilité, il faut qu'advienne un choix d'orientation, non seulement il faut pouvoir choisir une orientation parmi d'autres, non seulement il faut être en situation d'envisager cette

pluralité, mais en outre il y a du second degré dans cette affaire, et c'est ce second degré qui à mon avis intéresse le design. La voie possible parmi d'autres peut elle-même s'emprunter sur plusieurs modes³⁸⁵.

La modalisation³⁸⁶ des projets se trouve en effet au cœur même de la compétence du designer. À ce titre, le design se distingue radicalement de très nombreuses méthodes de gestion de projets qui ont fleuri dans les écoles de management, les entreprises et les organisations, bien que celles-ci aient, à leur manière, introduit les notions de pluridisciplinarité et de transversalité dans la résolution de problèmes. Mais la modalisation des projets en design implique des savoir-faire de conception, de production et d'appropriation qui subsument les qualités de la gestion de projet et l'utilité de ceux-ci. La place de la pratique et du faire n'en est pas la moindre caractéristique.

Modalisation et figures de style

Il y a design possible parce-que ce qui a été cherché, ce n'est pas le service mais la modalisation du service³⁸⁷.

Cette étape de la démarche design constitue l'articulation clé entre la conception et la réalisation. Elle s'exerce dans le cas présent sur quatre projets validés par l'ensemble des parties-prenantes :

La pépinière dans le patio

La carte des ressources du quartier

Le couloir d'exposition et ses outils

Le poste de médiateur culturel, sa boîte à

outils et les partenariats culturels

385 Pierre-Damien HUYGHE, *À quoi tient le design. Sociétés, services, utilités, op.cit.*, p. 36.

386 Le terme est inspiré de son usage grammatical : un modalisateur est un mot qui traduit l'appréciation du locuteur sur son propre énoncé. Les modalisateurs sont les mots qui traduisent la marque du jugement du locuteur. Le modalisateur permet ainsi de marquer le jugement, le doute, l'admiration ou la révolte, etc. En design, elle concerne les modalités d'un objet qui ne sont pas strictement réductibles à sa fonctionnalité. Autrement dit, les choix et les appréciations du designers quant aux différentes modalités possibles d'un objet. La modalisation ouvre des possibles, la modélisation les referme.

387 Pierre-Damien HUYGHE, *ibid.*, p. 36.

Les modalisations de ces projets mobilisent des compétences diverses : architecture et paysage, graphisme, scénographie, développement culturel. C'est là une autre qualité du design de service que d'articuler les autres spécialités du design, dans une approche systémique. Ces quatre projets sont eux-mêmes des modalités de relations spatiales et partenariales entre hôpital et quartier.

Pour nous aider à comprendre leurs caractéristiques et leurs liaisons, nous allons, à l'instar de Michel de Certeau, déplacer des figures de style de la rhétorique langagière vers la rhétorique spatiale. La lecture « linguistique » de ces quatre modalités du design éclaire en effet les pratiques énonciatives dont on a identifié qu'elles sont des clés de l'hospitalité. La « geste cheminatoire » les guide depuis l'espace structurel d'un lieu borné et assigné au soin à l'espace urbain polymorphe, accueillant de multiples usages. Et ce toujours dans la perspective éthique et politique de retourner l'hospitalité des lieux de soin en habitabilité des milieux urbains, de manière à soutenir la trajectoire des personnes souffrant de troubles psychiques vers la réhabilitation psychosociale et le rétablissement. Autrement dit, la modalisation des projets construit un pont entre l'expérience de patient et l'expérience d'habitant sur lequel chacun pourrait s'engager. Ce faisant, la geste cheminatoire s'arrime à la pépinière du patio d'un côté et à la carte des ressources du quartier de l'autre côté, comme deux figures de style capables d'initier un dire, un récit du lien : la synecdoque et l'asyndète. Gaston Bachelard le rappelle, « rendre concret le dedans et vaste le dehors sont semble-t-il, les tâches initiales, les premiers problèmes d'une anthropologie de l'imagination³⁸⁸. » La pépinière dans le patio et la carte des ressources du quartier sont des modalités contributives à ces « tâches initiales » de l'instauration artistique par l'énonciation. Entre les deux, le couloir culturel emprunte à la figure de l'anadiplose sa fonction de liaison entre le dedans et le dehors. Quant à l'ensemble composé du médiateur et des partenariats culturels, il est indispensable pour que ces figures de style prennent place dans un discours, une parole vivante.

388 Gaston BACHELARD, *op. cit.*, p. 194.

La pépinière du patio comme figure de style de la synecdoque

Le dictionnaire Gradus des procédés littéraires définit la synecdoque comme « un trope³⁸⁹ qui permet de désigner quelque chose par un terme dont le sens inclut celui du terme propre ou est inclut par lui. Par exemple, une voile pour le navire, ou l'airain pour les canons³⁹⁰. » Dès lors que l'on admet « qu'il y aurait homologie entre les figures verbales et les figures cheminatoires », alors le patio est traité en tant que procédé de figuration de l'hôpital lui-même, il fonctionne comme une synecdoque en tant qu'il nomme une partie au lieu du tout qui l'intègre.



Illustration 125 : Dessin du patio réalisé par un patient dans un atelier d'ergothérapie

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

389 Toujours selon le dictionnaire Gradus, les tropes sont les procédés de figuration comme les métaphores, les métonymies, les synecdoques...

390 Bernard DUPRIEZ, *Gradus. Les procédés littéraires (dictionnaire)*, Éditions 10-18, Paris, 1984.

L'aporie du patio

Si le patio figure l'hôpital dans son ensemble c'est qu'il condense l'aporie à partir de laquelle s'est construite la présente commande. Le patio est consubstantiellement l'espace du vivre ensemble. Vient le confirmer l'étymologie du mot sur wikipédia, « patio est un mot espagnol du XVe siècle possiblement issu du latin *pactum* signifiant « pacte », « accord », ou de *patere*, au sens « d'être ouvert ». Or, il concentrait jusqu'alors toutes les pratiques d'exclusion. Exclusion de la ville (il n'accueille aucun signe, aucune intervention de l'extérieur) ; exclusion des secteurs médicaux les uns par rapport aux autres (impossibilité de gérer et d'utiliser en commun cet espace central) ; exclusion des personnes les plus vulnérables, des soignants et des familles (il est investi par les dealers qui sèment la peur) ; exclusion des femmes (il est investi pas des hommes dont certains harcèlent les femmes). La difficulté à produire et à gérer un espace commun dans un bâtiment où cohabitent plusieurs services n'est pas propre à Avron. Patio, jardin et salle d'activité partagés impliquent un accord sur des sujets de fond qui touchent à la politique médico-soignante et sécuritaire de chaque service : horaires d'ouverture et de fermeture, autorisations pour les patients, autorisations pour les familles, ménage et maintenance, responsabilité, surveillance, activités... À cela s'ajoute la réticence exprimée par tous les soignants de s'occuper de patients « qu'ils ne connaissent pas », en raison notamment de leur dangerosité qu'ils ne peuvent pas évaluer. Ce dernier point rend presque insurmontable l'idée d'une mutualisation des équipes (avec un tour de garde par exemple) pour animer, surveiller et endosser la responsabilité d'un espace partagé entre différents services. À Avron, les équipes ont tenté de considérer que cet espace pouvait être entièrement dévolu aux patients, sans intervention ni présence des soignants. Les résultats sont absolument contreproductifs. Alors qu'il constitue la seule agora possible du bâtiment, cet espace, dont les qualités paysagères et architecturales intrinsèques sont indéniables, se trouve infréquentable pour la majorité des patients et pour les soignants. Nous constatons que tant que la négociation entre les acteurs autour d'un espace est irrésolue, voire conflictuelle ou clivée, l'acte d'hospitalité ne peut pas avoir lieu. Ce qui implique, tant pour le design que pour la culture, d'assumer un rôle de médiateur entre les acteurs concernés pour produire les conditions d'émergence d'un espace commun susceptible de devenir hospitalier. Cette aporie entre la vocation de concorde et de vivre-ensemble de tout patio et les pratiques délétères de celui d'Avron est au cœur de la démarche de design et de ses modalités spatiales comme instauratrices d'un nouveau régime d'action pour l'ensemble de l'hôpital. En cela, il est bien une figure spatiale de la synecdoque.

Graines de folie : la pépinière

La proposition consiste à construire une pépinière dans le patio, potentiellement animée par les soignants et les patients. L'idée fondamentale étant d'inviter les usagers du site à réinvestir le patio dans sa fonction d'espace social du « vivre ensemble ». Les objectifs, tels qu'ils sont exprimés par les porteurs de projet, sont de « permettre aux patients d'accéder à un espace de culture et de multiplication de végétaux, activité participant à l'éveil des sens, au ressourcement et à l'apprentissage mais aussi de valoriser les semis, boutures et plants cultivés par les patients en les diffusant au sein de l'hôpital et/ou des structures ambulatoires, aux familles, dans le quartier. » Afin de consolider ce lien entre l'intra et l'extra-muros, une déclinaison de la pépinière est prévue au foyer postcure de la Métairie où sont accueillis des patients ne nécessitant plus une hospitalisation, leur état s'étant stabilisé, dans l'attente d'un « projet de vie », d'un logement, d'un travail.

La pratique du jardinage décale les usages du patio, comme le trope est un écart par rapport au sens littéral de la langue. L'introduction du temps et de la mobilité en fonde réellement le statut d'espace tel qu'il est défini par Michel de Certeau : « Il y a espace dès qu'on prend en considération des vecteurs de direction, des quantités de vitesse et la variable de temps. L'espace est un croisement de mobile³⁹¹ ». Or la naissance et la croissance de graines sont ontologiquement une variable temporelle tandis que la perspective de transporter les plants vers d'autres lieux du quartier ouvre à des mobilités. La pépinière invite en outre à une pratique de la culture et du prendre soin du vivant.

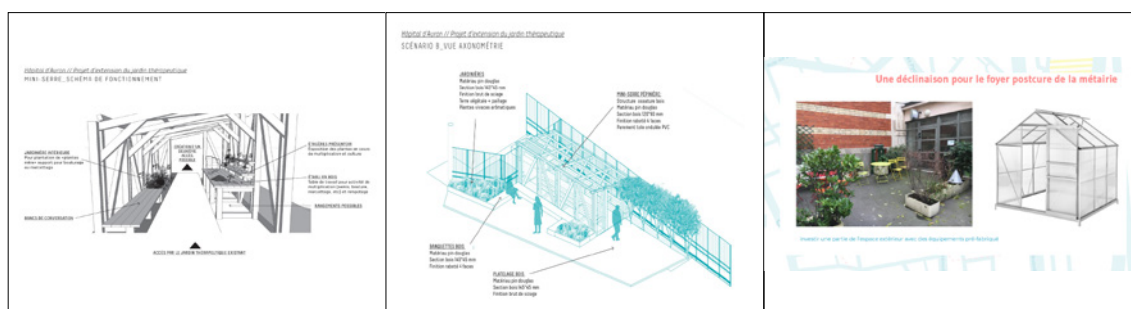


Illustration 126 : Dessins de la pépinière

© Atelier Bivouac, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

391 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*, p. 173.

Ce projet est caractérisé par trois modes d'actions énonciatives, c'est-à-dire des actions introduisant des manières de faire, d'interpréter et d'actualiser le réel, renvoyant à une spatialité anthropologique et poétique. D'abord, comme on peut le voir sur les images, il crée un abri pour les pousses, dans lequel chacun peut se blottir. Ce faisant, il fait écho au geste corporel de se lover, de se situer dans le monde, de s'attribuer un espace protecteur tel que le nid, la cabane, la coquille. Cette cabane étant dédiée à la germination des graines, on pourrait même pousser la rêverie jusqu'à l'associer au ventre maternel, acmé de la fonction anthropologique de l'abri. Ensuite la pépinière introduit un mode de réappropriation de l'espace par le faire, par l'intervention manuelle que nécessite la culture des plants, engageant la responsabilité de chacun face à leur fragilité et à leur devenir incertain. Le schéma de fonctionnement fait une place essentielle au confort et à la facilité d'entretien des plants. Enfin c'est une modalité ouverte aux possibles tant dans le temps – le devenir des jeunes pousses – que dans l'espace – elles vont suivre une trajectoire dans la ville, hors de leur « couveuse ». En cela elles échappent au lieu propre, borné et atemporel de l'hôpital. Plus spécifiquement, on pourrait dire de la pépinière qu'elle est un objet hospitalier, dans le sens notamment où le qualifie Pierre-Damien Huyghe, « un objet réglable et/ou non stimulant, de part en part non impératif, attend pour son propre usage, pour sa propre mise en œuvre, pour son particulier apport dans le monde de l'attention et du soin³⁹². »

Pourtant la pépinière en tant que figure de synecdoque totalise un espace miniaturisé qui, malgré son expansion symbolique et stylistique, et malgré sa réplique au foyer post-cure, ne garantit pas l'effectivité de sa raison d'être, le prendre soin et la dissémination des plants. Conçue et réalisée pour réinstaurer dans le patio la « concorde », conformément à son étymologie, ainsi que des pratiques de sollicitude et d'hospitalité à l'égard du vivant et des habitants du quartier auxquels sont destinés les plants, la question de sa réelle appropriation par les soignants et les patients de l'hôpital reste entière. Si cela n'était pas le cas, la pépinière à son tour se dégraderait, deviendrait un objet mort et hostile parmi les autres. Il faut reconnaître que malgré une méthode qui porte attention au réel comme à l'imaginaire et se soucie d'impliquer les parties prenantes dans la recherche de propositions pouvant améliorer la vie quotidienne, les productions issues du design ne trouvent pas toujours leurs usagers dans la durée, tout particulièrement dans des contextes aussi complexes et contraignants que l'hôpital. Nous sommes d'accord avec

392 Pierre-Damien HUYGHE, *À quoi tient le design. Sociétés, services, utilités, op.cit.*, p. 110.

Pierre-Damien Huyghe pour considérer que les objets hospitaliers ont des qualités de disponibilité plutôt que d'assignation, à la condition toutefois qu'une vigilance accrue soit exercée sur les modalités dans la durée de leur saisine et de leur appropriation.

Finalement, en raison des contraintes indépensables liées aux travaux et à la sécurité, les designers ont contourné la difficulté en optant pour un mobilier mobile. Ses modalités d'accompagnement se sont incarnées dans l'édition d'un Précis de bouturage et une formation de prise en main de la pépinière.



Illustration 127 : Couverture du précis de bouturage

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac



Illustration 128 : Vue de la pépinière réalisée

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

La cartographie des lieux ressources du quartier comme figure de style de l'asyndète

L'équipe CNSA a travaillé, dès l'immersion, sur le repérage des lieux à forte valence de sociabilité pour constituer des appuis dans les trajectoires de la vie quotidienne des usagers de la psychiatrie de retour dans leur « milieu ordinaire ». La carte conçue par les designers ressemble somme toute à l'image d'un mur d'escalade que l'on aurait couché à l'horizontal. On y voit les prises mais sans rien qui les relie entre elles. En cela, elle est une figure de l'asyndète, elle donne à lire la ville par élision de tous les fragments qui ne répondent pas au critère de « ressources » pour la sociabilité des patients. « L'asyndète est suppression des mots de liaison, conjonction et adverbe, dans une phrase ou entre les phrases. De même dans la marche, elle sélectionne et fragmente les espaces parcourus. Elle pratique l'ellipse de lieux conjonctifs³⁹³. »

Les quatre thématiques retenues pour les cartes-ressources relèvent des catégories des arts de faire, identifiées par Michel de Certeau : se rencontrer, échanger, faire l'expérience de l'art, jardiner, cuisiner, bouger. Pourtant les designers utilisent un artefact qui permet traditionnellement à l'aménageur et au cartographe de mettre à distance ces pratiques d'appropriation de la ville. L'histoire de la cartographie montre que la carte a progressivement perdu les figurations picturales qui avaient présidé à sa production, telles que voiliers, animaux montagnés. Elle devient la représentation formelle de lieux abstraits. Mais surtout, elle efface dans le même mouvement la trace des itinéraires qui rendaient compte de l'expérience itinérante productrice du savoir de la carte elle-même. Ainsi, comme l'écrit Michel de Certeau, « les descripteurs de parcours ont disparu ». Il oppose ainsi la carte abstraite aux récits d'espaces et d'itinéraires, ces derniers ouvrant des possibilités d'actions et d'interactions par la lisibilité même des conditions de leur production. Par exemple, lorsque l'on décrit ou que l'on dessine un itinéraire, on offre une disponibilité de le suivre ou de le détourner.

Mais la cartographie est une figure spatiale du réseau. Entre ses points, nous sommes tentés de tirer des lignes droites, et d'ailleurs le projet qui englobe la cartographie est nommé par ses concepteurs « PSYYT, réseaux complices ». Or le réseau est une représentation spatiale purement abstraite qui ne rend pas compte et n'incarne pas les conduites énonciatives de l'espace, c'est-à-dire les pratiques d'appropriation de la ville, telles que

393 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*, p. 153.

la marche, la déambulation, l'attention et la captation... Et pourtant le cheminement, la déambulation et sa trace ont été le premier outil d'appropriation du quartier par l'équipe projet grâce à la performance sonore.



Illustration 129 : Cartes des ressources du quartier

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

Au contraire, les lignes du maillage procèdent du mouvement. Elles constituent la trace du cheminement improvisé et singulier d'un sujet, qu'il se fraie au milieu des autres, et au cours duquel se constitue son expérience du monde. Les lignes du maillage, comme celles du dessin, ne relient pas des nodules entre eux mais consistent à saisir « non pas seulement la façon dont sont les choses mais encore la façon dont elles deviennent³⁹⁴. ». Pour Tim Ingold, ce sont ces lignes qui auraient le pouvoir « de briser les limites qui

394 Tim INGOLD, *Une brève histoire des lignes...*, op. cit., p. 288.

retiennent les choses captives dans leur enveloppe, en les relâchant dans la plénitude de leur être³⁹⁵. » Ainsi, la cartographie du XXème arrondissement, dont la vocation serait de donner à voir et à désirer les arts de faire de la ville, reste néanmoins dans le registre abstrait du réseau. Sauf à investir massivement dans les modalités d'usage de cette carte, ses concepteurs prennent le risque que cette ressource n'en soit pas une, en raison de l'abstraction de sa figuration et de la disparition des récits qui lui ont donné naissance.

En effet, le scénario d'usage de la cartographie des lieux ressources sera déterminant pour la réinscrire dans cette qualité de mouvement et d'appropriation des espaces urbains, en soutien au désir de la personne qui quitte l'hôpital d'user des appuis du quartier pour sa réhabilitation psychosociale. Sa fonction de mise en visibilité et de lisibilité des ressources du quartier est déjà une étape importante dans la possibilité de s'en saisir. Mais cela ne suffit pas. Pour jouer pleinement son rôle, la cartographie doit faire l'objet d'un échange humain dans une relation de soutien. La modalité consistant à l'éditer dans un format de carnet contrecollé dont on peut détacher facilement les pages va dans ce sens. L'objet n'est pas réifié, il est inscrit dans une relation dans laquelle le désir du professionnel est la première prise dont le patient peut se saisir pour se hisser vers la ville. Autant dire que ce désir de la ville est indispensable au phénomène d'empathie, à partir duquel pourrait s'initier l'autonomie du patient.

En conséquence, il faut s'inquiéter de la méconnaissance et des préjugés des professionnels sur le quartier. S'ils en ont une mauvaise image, ils ne peuvent pas soutenir le désir de son exploration par les patients avec leur propre désir. L'équipe projet CNSA a donc mis à jour un tissu d'associations et de commerces riche et solidaire venant contredire les préjugés des soignants. Mais l'implantation abstraite des points-ressources sur une carte ne peut pas suffire à transformer leurs représentations. Les personnels devraient donc être prioritaires pour expérimenter dans leur vécu ces fameuses ressources car ils doivent pouvoir en parler avec cœur et pas seulement donner une information. Peut-être manque-t-il à cette modalité cette phase d'éveil du désir et du lien entre les professionnels des équipes en charge du XXème arrondissement et les espaces, les acteurs qui font le tissu du quartier. Car, en-dehors de cette enveloppe intersubjective, la cartographie est un objet d'information et de promotion du quartier sans rapport spécifique au soin et à l'hospitalité.

395 *Loc. cit*

Les deux modalités de la pépinière et de la cartographie sont conçues pour restaurer, réparer, instaurer un régime d'énonciation, en invitant les usagers à s'approprier l'espace en pratiquant des arts de faire qui prennent soin des choses et du vivant. « En fait, ces deux figures cheminatoires renvoient l'une à l'autre. L'une dilate un élément d'espace pour lui faire jouer le rôle d'un « plus » (une totalité) et s'y substituer. L'autre, par élision, crée du « moins », ouvre des absences dans le continuum spatial et n'en retient que des morceaux choisis³⁹⁶. »

L'objet même de ce projet global de design consiste, rappelons-le, à accompagner la résilience des patients grâce à la création « d'espaces de transition » entre un hôpital rendu hospitalier et un quartier à valeur d'habitabilité. Pour relier les fragments d'espaces et de pratiques qui éloignés les uns des autres - les services, le patio, les structures ambulatoires, les lieux ressources du quartier, les interstices - pour les nouer avec des boucles, il manque encore un fil qui matérialiserait cet intérêt de l'hôpital pour le quartier et des pratiques non stigmatisantes du quartier vis-à-vis de l'hôpital.

Le « couloir culturel » comme figure de style de l'anadiplose

Pour rester dans le déplacement de la rhétorique langagière à la rhétorique spatiale, la troisième proposition de mise en test est un couloir « culturel » entre la rue et le patio. Il relève de la figure de style de l'anadiplose. Son étymologie³⁹⁷ vient du grec *ana* (« de nouveau ») et *diploos* (« double »). C'est une figure de style qui consiste en la reprise du dernier mot d'une proposition à l'initiale de la proposition qui suit, afin de marquer la liaison entre les deux. L'anadiplose peut se schématiser comme suit :

----- A / A -----

Ce qui nous intéresse dans cette figure de style c'est la liaison qu'elle représente entre deux propositions. Le couloir culturel s'intègre en effet dans l'ensemble des propositions comme une liaison, un trait d'union entre l'hôpital et le quartier, entre la pépinière et la cartographie des ressources du quartier.

396 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*, p. 153.

397 https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_figures_de_style

Cette proposition est issue d'un atelier mené avec le centre d'activité à temps partiel (CATTP). L'équipe de ce centre anime depuis longtemps une activité de photographie avec les patients. La thématique du dernier travail réalisé collectivement concerne le quartier. L'idée est alors venue d'exposer ce travail qui rend compte de l'exploration du quartier par des habitants souffrant de troubles psychiatriques chroniques, pour lesquels le lien avec l'hôpital est durable et permanent. Ce regard sur le quartier des usagers de la psychiatrie constitue en soi une liaison entre le soin et la ville redoublée par le choix du lieu.

Celui-ci s'est en effet porté sur le couloir qui relie structurellement le quartier et le patio, tout en les séparant. Il les sépare d'abord parce qu'il constitue un sas entre deux fermetures, celle côté rue et celle côté hôpital. Ensuite, sa spatialité et les formes qui l'habitent relèvent du vocabulaire de l'enfermement : long couloir vide, portes grillagées, lumière glauque. Le seul élément d'atténuation de cette atmosphère anxiogène est la semi-transparence visuelle vers le patio qu'assurent des plaques de plexiglass de couleur. Malheureusement, les patients que l'on y voit, souvent en pyjama, fument compulsivement en tournant en rond. La porte grillagée côté rue a été remplacée à l'issue du premier « chantier d'attention » du *lab-ah* par une porte en verre. Mais les éléments iconiques de connotation carcérale restent encore nombreux.

Affecter à ce couloir une fonction d'espace culturel d'exposition d'œuvres visuelles, c'est retourner le signifié du lieu par le déplacement de ses signifiants, c'est en changer l'image par les images. Or, les images agissent sur nous, elles transforment notre expérience du monde. L'expérience première de ce couloir dans sa connotation carcérale est une expérience de l'hostilité du monde, dans une organisation dont l'hospitalité devrait être le seul et unique moteur. En conséquence, le « couloir culturel » métamorphose un segment de séparation en espace de rencontre et de partage entre la ville et l'hôpital. Il fait liaison entre le patio-hôpital et le quartier, en présentant dans cette première exposition le regard subjectif et sensible des usagers-habitants.



Illustration 130 : Projet d'espace d'exposition dans le couloir

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

L'équipe de designers s'est investie dans la conception d'une scénographie mais aussi d'une boîte à outils pour autonomiser les professionnels dans l'organisation d'expositions ultérieures. Il faut rendre hommage à cette préoccupation des designers d'autonomiser les utilisateurs.

Nous souhaitons évoquer une difficulté rencontrée au cours de la modalisation de l'expérimentation avec l'équipe du CATTP du Bouffadou. Cette dernière a exprimé la crainte d'être dépossédée de sa propre activité de créativité par la démarche du *lab-ah* et de l'équipe projet dont les compétences de mise en forme était sans commune mesure avec celle des soignants. Cette crispation des soignants, à l'occasion de collaborations avec des artistes et des acteurs culturels, est courante dans l'histoire du programme Culture et santé. Elle s'explique en partie quand on sait combien la pratique du métier d'infirmier psychiatrique s'est recentrée sur la sécurité et la technique aux dépens de toutes les activités socio-culturelles issues de l'héritage de la psychothérapie institutionnelle. L'arrivée à l'hôpital « d'ingénieurs culturels », « d'artistes professionnels » et de « designers » est parfois vécue par les infirmiers comme une confiscation de leur part de créativité, une technocratisation de l'accès aux moyens, une spécialisation en compétence du champ socioculturel dont ils sont exclus. Ces craintes pourraient être fondées sans la posture éthique des intervenants de la création. Ils veillent à apporter une valeur ajoutée tangible aux patients comme aux soignants, sans jamais mordre sur leurs prérogatives. Le sociologue Gilles Herreros commente en ces termes ces interventions exogènes à l'hôpital :

Intervenir, terme qui nous semble adapté aux actions conduites dans le cadre de la convention ARHRA-DRAC, c'est toujours intraverir, ce qui correspond littéralement à un mouvement consistant à venir se placer, au sein d'une configuration donnée, parmi des acteurs

qui, pour certains d'entre eux au moins, n'ont pas manifesté le désir d'être ainsi interpellés, voire bousculés. Une intervention est toujours, pour une part(ie) au moins, une forme d'« ingérence » et, même si le droit d'ingérence a parfois conquis sa légitimité formelle, nous pouvons imaginer que cela suscite quelques résistances³⁹⁸.

Avec l'incident entre les équipes du Bouffadou et celle des designers, on peut constater que les vœux de Bruno Munari sur la fonction du design dans la vie quotidienne n'est pas encore tout à fait intégrée aux représentations et aux habitus.

Les professionnels du design doivent toutefois relever un dernier défi : éliminer de l'esprit du grand public tous les préjugés sur l'art et les artistes, préjugés d'origine scolaire qui conditionnent une personne à penser de la même manière toute sa vie, sans tenir compte du fait que la vie change, et aujourd'hui encore plus rapidement qu'avant. Il leur faut donc s'attacher à vulgariser leur méthode de travail, ces méthodes que nous estimons plus vraies, plus actuelles, plus aptes à résoudre de manière décisive les problèmes esthétiques collectifs. Les utilisateurs d'un objet conçu par un designer ressentent la présence de l'artiste qui a travaillé pour eux, amélioré leurs conditions de vie et favorisé la transformation de leur rapport avec l'esthétique³⁹⁹.

Néanmoins le principe même du couloir culturel a été retenu comme proposition à tester. Il est adoubé par les équipes médico-soignantes en tant que tiers-lieu entre l'hôpital et les partenaires culturels de la ville. Il est également prévu d'y installer, dans le cadre de la première exposition, la production sonore de Fanny Decout, c'est-à-dire une trace d'arpentage du quartier, une forme énonciative par excellence que la figure de style de l'anadiplose instaure en tant que liaison.

398 Gilles HERREROS, *op. cit.*

399 Bruno MUNARI, *op. cit.* p. 18.



Illustration 131 : Projet d'exposition dans le couloir

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ; Brice Dury, Norent Saray-Delabar, Adélie Lacombe ; ESOPA ; Atelier Bivouac

Relevons toutefois que le scénario d'usage de ce nouvel espace n'est pas encore satisfaisant. Certes il existe des outils pour ceux qui auront en charge d'organiser les prochaines expositions. Mais à ce stade, les flux des publics de ces expositions n'ont pas fait l'objet d'une étude approfondie. Il semblerait que le compromis trouvé entre les préoccupations de sécurité pour les patients non autorisés à sortir et l'ouverture de cet espace aux habitants se résume à alterner les visites de l'interne et de l'externe, sous contrôle. Pourtant, c'est la mixité des publics, de l'hôpital et de la ville, autour d'une œuvre culturelle qui est en capacité de faire « espace public », de faire « tiers-lieu ». Si cette contradiction entre les termes du contrôle des flux, indispensable à la sécurité, et ceux de l'attractivité de l'espace culturel, consubstantielle à sa nature, ne se résout pas dans un fonctionnement autoporté, il reste à envisager la possibilité d'organiser ce métissage par des manifestations.

Au moment où s'achève la rédaction de cette thèse, le projet scénographique du couloir d'Avron n'a pas pu voir le jour. Il nécessitait en effet des travaux préalables d'étanchéité qui n'ont pas encore eu lieu. En outre, un projet de déplacement de l'accueil côté rue est à l'étude depuis plusieurs années. Tant qu'il ne sera pas mis en œuvre ou définitivement abandonné, l'intervention culturelle dans le couloir ne sera pas possible.

Si ces trois figures de style proposent des formes énonciatives complémentaires des usages de l'espace, elles restent fragiles dans leur capacité à être appropriées dans le temps par leurs usagers. Pour continuer à filer la métaphore textile, on pourrait dire que les fils, le mode d'emploi et le style de boucle sont installés mais qu'il manque encore le tricoteur et les aiguilles. Autrement dit il reste à ces figures de style à être effectuées

dans la parole. C'est pourquoi la dernière proposition, dans laquelle nous intégrons le poste de médiateur culturel, ses outils et les partenariats culturels, est indispensable à la vitalité des propositions précédentes.

Le médiateur et les partenariats culturels : instaurer un nouveau régime d'action

Le médiateur culturel est la condition même de la pérennité des autres initiatives. Comme les partenariats, ils offrent une garantie de fluidité entre l'hôpital et ses structures ambulatoires, les personnes suivies et les acteurs de la ville/quartier. Si nous regroupons dans un même territoire de projet ces deux propositions, c'est que les partenariats culturels ne pourraient pas se développer de manière dynamique sans un professionnel pour les concevoir, tisser les liens, traduire les deux mondes les uns aux autres, les mettre en œuvre, les évaluer, chercher des financements, en somme un *drogman*. Deux partenariats sont initiés par le *lab-ah* et consolidés par l'équipe projet CNSA : le premier avec le Louvre dans le cadre d'une convention globale institutionnelle et le second avec le théâtre de la Colline. Des contacts prometteurs sont pris avec la Maison des pratiques artistiques amateurs (MPAA) et des associations locales.

Dans la fiche de poste élaborée par un comité de pilotage associant la direction des ressources humaines, la direction des soins et la filière socio-éducative, l'objet s'énonce de la manière suivante : « Le Médiateur culturel et animateur des réseaux territoriaux du 20ème arrondissement est un poste pilote à la croisée de la médiation culturelle et du développement territorial dans un contexte sanitaire, expérimenté par le GHU Paris pour une durée d'une année reconductible suivant les résultats présentés. » Le cœur même de la compétence requise et de la vocation du poste se situe donc à l'interface de l'hôpital et du territoire, par la médiation des projets culturels. Il est présenté comme un poste pilote qui donnera lieu à une évaluation au terme d'une année. Cette fonction existe déjà dans nombre d'hôpitaux publics en France, depuis les débuts du programme national Culture et santé qui a permis le « recrutement d'une centaine de responsables de projets culturels dans les hôpitaux en France ». Le médiateur culturel était alors identifié comme la cheville ouvrière du projet culturel stratégique de l'établissement.

Le médiateur, comme son intitulé l'indique, a pour mission fondamentale de traduire les langages des univers hospitaliers et culturels, de faire coïncider l'esprit du projet d'établissement avec la mission sociale des équipements culturels, d'adapter le rapport au temps et les modes de faire d'une culture professionnelle à l'autre. Pourtant, la difficulté majeure de cette entreprise de rapprochement entre ces deux types d'organisation n'est

pas toujours de les rendre intelligibles l'une à l'autre. Elle est aussi d'éviter une identification réciproque des finalités. Car l'intérêt que se portent l'hôpital et la culture s'inscrit dans un mouvement d'ensemble où toutes les instances de la société se trouvent priées de contribuer à limiter le démantèlement social. Comme le dit le philosophe Jacques Rancière « Dans la notion de « fabrique du sensible », on peut d'abord entendre la constitution d'un monde sensible commun, d'un habitat commun, par le tressage d'une pluralité d'activités humaines⁴⁰⁰ ». Dans le secteur psychiatrique, toutes ces entités œuvrent en faveur des personnes souffrant de pathologies psychiques. Mais entre les acteurs qui portent ces paroles, devenus par nécessité des acteurs du social, la médiation est indispensable comme élément structurant de leur coopération. Bien sûr, pour créer du lien et favoriser la compréhension des uns par les autres, mais surtout pour préserver la puissance et la logique d'action propre à chacun. Que l'on n'afflige pas les artistes de finalités thérapeutiques, même si leur action est bénéfique à la personne malade, et que l'on ne transforme pas les médecins en agents d'art, même s'ils favorisent le développement artistique dans leur service. Dans cette perspective, la médiation retrouve sa définition étymologique de « division ».

Le médiateur culturel n'a pas seulement vocation à créer des liens mais à brasser, en invitant d'autres regards et d'autres arts de faire, les évidences attachées aux tracés habituels des frontières, des territoires et des pratiques rituelles. Le poste de médiateur culturel révèle son utilité à l'aune des nombreuses actions qu'il rend possible. Or, comme le dit le philosophe Pierre-Damien Huyghe, l'utile n'est qu'une modalité du possible⁴⁰¹.

Dans cette perspective, l'ouverture de l'hôpital à la ville est considérée du point de vue de sa valeur symbolique. À ce jour, l'hôpital est un territoire opaque, occulté par chacun de nous tant que la maladie ne nous contraint pas à le rencontrer. Même alors, ses règles de fonctionnement et son système de valeur restent inaccessibles à l'utilisateur qui n'a pas d'autre choix que de s'en remettre totalement aux personnels hospitaliers. L'enjeu d'une démultiplication des liens avec différents acteurs de la ville est de dévoiler le territoire hospitalier aux yeux de la population, en amont de sa découverte contrainte, afin de favoriser les conditions d'une relation dans laquelle la personne malade détiendrait quelques clefs pour être plus active. Organiser des expositions à destination du grand public sur les différentes dimensions de l'hôpital, participer aux manifestations culturelles et festives

400 Jacques RANCIÈRE, *Le partage du sensible*, La Fabrique, Paris, 2000, p. 66.

401 Pierre-Damien HUYGHE, *op. cit.*

de la collectivité, coopérer avec des structures artistiques et culturelles bénéficiant d'un fort investissement positif de la part des habitants, constituent autant d'initiatives susceptibles d'assurer un continuum entre le monde ordinaire et l'hôpital, de dédramatiser et de désacraliser le lieu hospitalier.

Pour finir, il nous importe de qualifier ces multiples interactions en germe dans les modalités proposées du médiateur culturel et des outils des partenariats, au sens où elles peuvent faire territoire en le maillant. Inspirons-nous des analyses de la philosophe Vinciane Despret sur les oiseaux. En s'intéressant à la relation entre le chant des oiseaux et leur manière de faire territoire, elle en déduit que les territoires sont des partitions, « cette heureuse dualité de la langue française, le fait qu'un même terme, celui de partition, désigne à la fois une composition musicale et une façon de répartir, de partager des lieux, ouvre alors à une double dimension de l'habiter, une dimension à la fois expressive et géopolitique, indissociablement⁴⁰². » Les modalités de partenariats entre lieux de soins et de culture qui se nouent autour des œuvres et des artistes portent en elles une dimension expressive de l'habiter reconnaissant dans la sensibilité de chacun son humanité pleine et entière. Mais elles traduisent aussi une intention géopolitique de convergence des politiques publiques sur un même territoire. Vinciane Despret démontre que les oiseaux, pour faire « partition », font attention les uns aux autres et elle conclut, comme nous pourrions le faire ici dans le registre de l'instauration artistique, que « faire un territoire, c'est créer des modes d'attention, c'est plus précisément instaurer de nouveaux régimes d'attention⁴⁰³. »

Le poste de médiateur culturel a été pourvu en mars 2021 et évalué en mars 2022. Les retours d'expérience ayant été unanimement positifs, le poste est désormais pérennisé. Une enquête flash a en effet été menée par le *lab-ah*, à la demande du comité de pilotage, auprès de seize personnes : professionnels du GHU, usagers et partenaires culturels du XXème arrondissement. Nous pouvons en retenir en substance trois enseignements. Premièrement, les professionnels – en premier lieu les soignants travaillant en intra – utilisent cette nouvelle fonction comme une aide substantielle à la réalisation de leurs projets de soin et de réhabilitation des patients. Ils pensent que sans cet appui, ils seraient dans l'obligation de renoncer à des actions d'accompagnement des usagers vers l'extérieur et vers l'autonomie. Pour les usagers, cette offre culturelle, initiée pendant

402 Vinciane DESPRET, *op. cit.*, p. 169.

403 Vinciane DESPRET, *op. cit.*, p. 180.

la prise en charge, permet d'améliorer l'expérience globale de l'hospitalisation. Elle leur donne, en outre, confiance en eux pour poursuivre les activités en tant qu'habitant du quartier. Les partenaires culturels, enfin, apprécient dans ce nouveau poste d'être mieux outillés et soutenus pour inclure les personnes souffrant de troubles psychiques dans leur programme de médiation et leur offre culturelle. Toutes les personnes concernées par les nombreuses initiatives de la médiatrice culturelle s'accordent sur la nécessité de lui laisser le temps nécessaire pour qu'elles portent pleinement leurs fruits.

Les enseignements principaux de ces témoignages plaident en conséquence pour la consolidation du poste expérimental de médiation culturelle de territoire.

La maquette, le test, le prototype

De la difficulté de passer au concret

Chacun le sait, la réalisation concrète des propositions est au cœur de la compétence des designers : ils pensent avec le faire. L'appétence des soignants pour des projets concrets est à la mesure de leur étouffement par les discours technocratiques et administratifs non suivis d'effets, liés à une organisation en silos et à des logiques verticales de décision. Et pourtant, bien que la démarche d'ensemble n'ait pas d'autre but que de formaliser des propositions à l'échelle 1, la phase de prototypage a été très difficile à mettre en œuvre, tant pour l'équipe du *lab-ah* que pour celle du CNSA. En outre, elle s'est imposée dans le calendrier en pleine période de crise institutionnelle liée à la fermeture de lits, en raison du départ massif des infirmiers. Aussi les projets qui ont dû être abandonnés en cours de route sont-ils plus nombreux que ceux qui sont actuellement testés. Au demeurant, la mise en test des modalités validées et présentées ci-dessus a été suspendue pendant plusieurs mois en raison de la pandémie de coronavirus.

Nous ne ferons pas l'exégèse des propositions qui n'ont pas vu le jour mais nous pouvons identifier et tenter de qualifier, à partir d'exemples, les obstacles qui nous ont conduits à les abandonner :

- ♦ des locaux qui se sont révélés inadaptés à la proposition : la maison du projet mobile n'a pas trouvé de lieux de stockage ;
- ♦ des professionnels non disponibles ou ne souhaitant pas intégrer une nouveauté dans leur pratique et leur champ de compétence : les ergothérapeutes n'ont pas répondu à notre invitation de concevoir une exposition de dessins des patients sur le patio ;

- ♦ des règlements administratifs arrivés tardivement dans le processus de conception : la cabane de la pépinière nécessite une déclaration de travaux et les plans n'ont jamais été validés par le direction des travaux ;
- ♦ une chaîne de décision opaque : la cafétéria, malgré un investissement important des personnels et de l'équipe projet, s'est trouvée finalement intégrée à un appel d'offre global de conciergerie ;
- ♦ des crises institutionnelles qui « détournent » l'attention des professionnels pour la réalisation du projet : la fermeture d'un secteur a saturé la charge de travail des deux autres services, incitant à diminuer toute sollicitation ;
- ♦ un décalage dans les temporalités entre agilité des designers et lourdeur institutionnelle : le recrutement d'un médiateur culturel est à l'ordre du jour du *lab-ah* depuis 2017. Il a été réactivé et mieux outillé à l'occasion du projet CNSA. Mais le lancement de la candidature s'est fait avec un an de retard ;
- ♦ de manière générale, les tests in situ sont tous reportés par le temps long des décisions, des procédures, des réglementations et par les crises successives.

Ces expériences ont parfois suscité un certain découragement parmi les membres de l'équipe CNSA. Elles montrent en tout état de cause combien les projets doivent être soutenus et défendus dans la durée, d'où l'importance d'une maîtrise d'ouvrage intégrée. Le *lab-ah* se trouve de fait en charge du prototypage et de la modalisation des projets ainsi que de leur évaluation au-delà de la durée de la mission de l'équipe projet CNSA.

Ce décalage entre les temporalités institutionnelle et expérimentale s'explique par une forme de collision entre le régime à dominante bureaucratique et technocratique des directions fonctionnelles et le régime vectorisé par l'usage et l'innovation pour lequel le *lab-ah* est mandaté. Le premier édicte les règles et les normes de l'hospitalité au sens des conditions de sécurité et de protocolisation de la qualité des pratiques et des milieux dans lesquels les professionnels exercent leur métier. Le second met en forme et modalise les arts de faire, les usages en action, les ruses qui débordent le cadre normatif de l'hôpital. Il s'agit d'une mise en tension entre un modèle stratégique, défini par Foucault comme un lieu « propre » sur lequel puisse fonctionner la machinerie panoptique des systèmes disciplinaires et une démarche de *faire design* qui mobilise les « arts de faire », crée un jeu, au sens d'un espace de mobilité, pour des manières d'utiliser – de contourner – l'ordre contraignant du lieu. Cela génère de la méfiance de la part de ceux qui sont garants du cadre. D'autant plus que celui-ci sert à endiguer les désordres de la folie et de la maladie mentale dont il est le lieu d'accueil. Pour autant, nous posons l'hypothèse que le design

pourrait devenir à l'échelle institutionnelle le procès d'énonciation (participation, expérimentation, création, médiation, immersion...) du mode d'emploi de l'hospitalité (qualité, commission des usagers, livrets d'accueil...).

Nous pouvons tout de même, avec le recul, considérer qu'il n'y a pas, dans ce genre de projet, d'échec ou de réussite absolus. À titre d'exemple, le travail consciencieux du *lab-ah* en 2017 pour identifier dans les services des micro-espaces dits de convivialité, mitage des périmètres d'intervention, s'est révélé peu productif. Pour autant, dans la durée, la *lab-ah* a trouvé d'autres modes d'intervention. Lorsque les travaux ont finalement été reprogrammés et redimensionnés en 2019, l'un des designers du *lab-ah* a pu assurer l'interface entre les équipes médico-soignantes et la direction des travaux, concernant le choix des couleurs, en raison de sa connaissance du site, de ses acteurs et de ses usages. Cette forme d'assistance à maîtrise d'usage auprès des directions fonctionnelles est une piste d'intégration de la démarche design dans la stratégie d'établissement.

À ce sujet, parce qu'elles l'ont appris à leurs dépens, Marie Coirié et l'auteure ont écrit dans un texte commun que :

le niveau d'exigence de l'hospitalité est rarement atteint dans la réalité car il implique un ensemble de mesures, d'aménagements, de comportements, d'artefacts, de règles - allant de l'accessibilité des toilettes ou d'une fontaine à eau jusqu'à la mise en place d'un système d'orientation inclusif - qui dépendent d'acteurs différents. Aussi, l'enjeu, pour tendre vers cet idéal, serait la mise en partage avec tous les acteurs d'une philosophie de l'hospitalité dans laquelle chaque détail contribue au langage et leur sensibilisation aux méthodes inclusives et créatives du design pour la production des espaces et des services de l'hôpital. Considérons à cet égard que le lab-ah pratique un design d'assimilation : on design le processus d'assimilation et on design la conception. Il s'inscrit alors nécessairement dans un temps long, celui des institutions et des transformations culturelles.

L'instauration artistique de l'hospitalité par les conduites énonciatives spatialisées

Cette étude de cas éclaire une instauration artistique caractérisée par la contamination d'un ordre spatial panoptique par des pratiques plurivoques, par les arts de faire, par la métamorphose d'un espace rationalisé en espace anthropologique pour lequel

« l'espace est existentiel et l'existence est spatialisée⁴⁰⁴ ». Le projet du XXème arrondissement, en restaurant des trajectoires entre l'hôpital et le quartier, relève de « tactiques traversières » qui n'obéissent pas à la loi du lieu. La pluralité et la créativité, les conduites en mouvement se distinguent des procédures stéréotypées. En se plaçant dans le registre de l'énonciation, on met en jeu une appropriation de la langue et de la spatialité par les usagers, les professionnels, les habitants. L'entrelacement des trois figures de style, poétique des pratiques d'espace instaurées par ces modalités du design, assurent un continuum, une transition entre l'hôpital et la ville, garantie et renouvelée dans le temps par le médiateur culturel et les partenariats.

Emprunter les figures stylistiques du langage nous a appris que la performance n'est pas la compétence, que l'acte de parler n'est pas réductible à la connaissance de la langue. Or puisque personne ne peut être exclu de la performance, le design, par sa puissance d'implication, est un art de l'énonciation par nature. Ainsi suivons-nous Michel de Certeau en considérant que les usagers fabriquent et détournent eux-mêmes les objets et les cadres du lieu, dans un processus qui les libère du carcan des structures d'assignation. Modaliser et donner forme concrète à certains de ces arts de faire constitue dès lors l'une des vocations du design de service, dès lors qu'il s'inscrit dans une perspective éthique de l'hospitalité et de l'habitabilité. Effectivement, le design porte attention aux expédients, avant qu'ils deviennent des arts de faire. C'est dans le jeu créé par ces manières d'utiliser l'ordre contraignant du lieu que le design peut s'immiscer. Il peut alors modaliser les expédients de manière à leur apporter une dignité dans leur usage qui les transforme en arts de faire. C'est en quelque sorte, et très grossièrement, la différence entre faire une pause entre les poubelles de l'arrière-cour et faire une pause dans la même arrière-cour entre des bacs à fleurs, avec une table pop-up pour poser les boissons. Il n'y aura toujours pas de salle de pause pour les personnels, car cela dépend de l'espace disponible, des organisations soignantes et de la direction des travaux. Mais le design aura permis d'aménager et de ménager un espace dédié à cette fonction à partir des pratiques d'usage.

Dans la mesure où il est mandaté par l'institution qui résistera à ses ouvrages, le *lab-ah* institue dans un second temps les arts de faire dans des actes d'énonciation inscrits dans la durée et générateurs de nouveaux possibles. Cet aspect est essentiel pour le philosophe Pierre-Damien Huyghe qui « soutient strictement, philosophiquement, le design comme non nécessaire. L'idée est plutôt qu'il vise à ouvrir des possibilités en

404 Maurice MERLEAU-PONTY, *op. cit.* p. 173.

faisant diverger des capacités de production⁴⁰⁵ ». Nous comprenons également ainsi les modalités culturelles des partenariats et du médiateur, dont l'intégration à l'hôpital doit générer, en continu, des manières de faire différentes qui « visent à une thérapeutique de socialités détériorées⁴⁰⁶ ».

De cette mise en perspective, nous concluons que le design participe de l'instauration artistique à l'hôpital, dans un processus de poïétique continuée, en influant sur un régime de valeur et d'action passant de la structure à l'énonciation. Et parce que le design est une conduite énonciative ouverte à toutes les possibilités, ce passage de l'un à l'autre est une effectivité de l'éthique de l'hospitalité.

6. Toucher soignant, le Moi-Peau comme trame du motif relationnel, la pédagogie comme trame du motif de la novation

Cahier poïétique 6 : « De mon corps à l'autre » **La Fabrique de l'hospitalité – HUS Strasbourg**

*À l'envers de nos sens
S'éparpillent sans soi
Mille et cent solitudes*

Le projet de *La Fabrique de l'hospitalité*, « De mon corps à l'autre », intègre le corpus de cette thèse à plusieurs titres. Il permet en premier lieu de présenter le pionnier des laboratoires d'innovation par le design à l'hôpital public et d'explorer ce qui en fait sa spécificité. Pour autant le projet choisi pour réaliser cette étude poïétique n'est pas représentatif des démarches de design ni des méthodes d'action culturelle qui le caractérisent habituellement. Au regard de notre problématique d'instauration artistique, nous avons privilégié ce focus car il est complémentaire des enseignements des études poïétiques biographiques.

405 Pierre-Damien HUYGHE, *op. cit.*

406 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*

Il nous paraît en effet intéressant de déplier la manière dont l'art s'enclasse dans une dynamique de transmission pédagogique. Autrement dit, comment l'expérimentation d'une pratique artistique, en l'occurrence la danse contact, déclenche une mise en abîme d'un concept central dans les compétences des auxiliaires de puériculture en cours de formation : le toucher soignant. Ce que nous appelons la mise en abîme désigne le chaînage entre le ressenti du toucher des enseignants par l'expérimentation, mieux en capacité de transmettre cette notion et ses enjeux à leurs élèves qui en font à leur tour l'expérience, puis la mise en pratique par les élèves eux-mêmes auprès des enfants pris en charge par ces futures puéricultrices de l'hôpital public.

Ce projet est atypique dans les projets de La Fabrique parce qu'il se déploie dans le contexte de la formation des professionnels de santé mais aussi parce qu'il ne se donne pas pour objectif de produire des supports ou des artefacts au service des usagers. Il est tout entier centré sur une démarche maïeutique, comme ressource heuristique, pour une activité professionnelle ultérieure de soins. Nous posons ainsi à travers cette étude de cas, l'hypothèse que l'instauration artistique de l'hospitalité, dans une perspective de poïétique continuée et collective, passe aussi par la transmission et l'enseignement.

Nous étudierons donc la dimension heuristique de la pratique artistique par des amateurs, dès lors qu'elle s'inscrit dans un projet pédagogique dans lequel ces découvertes sont vectorisées par un processus d'apprentissage. Nous retiendrons en première intention la définition proposée par Wikipédia⁴⁰⁷ : « L'heuristique ou euristique (du grec ancien *heuriskô*, « je trouve » est « l'art d'inventer, de faire des découvertes » en résolvant des problèmes à partir de connaissances incomplètes. Ce type d'analyse permet d'aboutir en un temps limité à des solutions acceptables. Celles-ci peuvent s'écarter de la solution optimale. »

Cette définition ne rend pas entièrement compte de ce qui se joue dans cet usage des conduites créatrices corporelles comme ressource d'enseignement. Car l'étape consistant à expérimenter corporellement le toucher ne suffit pas à le formaliser comme une ressource distanciée, formalisable et partageable. Les outils du design sont mobilisés à cette fin. Ainsi, nous tenterons de compléter la désignation de l'heuristique par le concept

407 <https://fr.wikipedia.org/wiki/Heuristique>, consulté le 14 mai 2021.

de maïeutique. Selon le CNRTL⁴⁰⁸, la maïeutique est une méthode socratique reposant sur l'interrogation et se proposant d'amener un interlocuteur à prendre conscience de ce qu'il sait implicitement, à l'exprimer et à le juger.

Il ne s'agit pas d'une pratique artistique corporelle uniquement dédiée à son propre bien-être et à la découverte de sa singularité mais aussi à ce qui se joue dans le rapport corporel aux autres, afin de tirer de cette expérience les enseignements pour développer un « toucher soignant ». Nous sommes là dans un processus heuristique qui nous semble constituer une trame du motif de la novation dans l'instauration artistique.

Le toucher incarne, au sens propre, le déséquilibre de la relation entre le soignant et le soigné : le clivage entre le pouvoir du soignant et la vulnérabilité du soigné, le clivage entre le geste utile porté par une connaissance technique et l'expression de sensations, ressentis et émotions. Il mobilise, à l'instar de l'espace, les notions de frontière, de limite, d'accueil de l'autre, d'empathie, de seuils, « de rentrer dans la bulle de l'autre pour donner soin⁴⁰⁹ ». Ainsi, le toucher cristallise toutes les notions de l'hospitalité et fonctionne comme un focus intime sur les processus qui l'animent. En parlant du toucher et de l'expérience corporelle à l'autre, on se situe au plus intime de l'instauration artistique de l'hospitalité. Nous pouvons transposer ici la topologie des espaces à la topologie psychique liée au Moi - Peau. Le Moi - Peau étant à la fois une limite et une communication, il a la même fonction que le seuil dans la spatialisation de la relation à l'autre, et donc de la mise en acte de l'hospitalité. Le toucher se constitue dès lors comme un geste d'hospitalité, de passage de seuil dans le mouvement, et met en jeu les enveloppes tactiles, acoustiques et visuelles.

En cet été 2020, à l'heure de la distanciation physique et sociale, ce cahier poïétique consacré au toucher soignant souligne ce dont nous sommes privés en l'absence de contact sensoriel avec le corps d'autrui. Il suffit de penser à ces disparus que leurs proches n'ont pas pu toucher une dernière fois pendant la période de confinement, à ces deuils orphelins des étreintes de nos êtres chers, à ces grands-parents qui n'ont pas pu tenir la main de leurs enfants et petits-enfants, pour « toucher du doigt » la dimension irréparable des empêchements du toucher.

408 <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/maïeutique>, consulté le 14 mai 2021.

409 Extrait de témoignages des participants.

Enfin ce projet nous permet d'explorer des opérations poïétiques identifiées dans d'autres études comme étant constitutives des qualités de l'hospitalité. Mais celles-ci sont considérées à l'échelle du corps et non plus à l'échelle de l'espace. Nous interrogerons, à cet égard, la notion du toucher soignant à l'aune de notre problématique de l'hospitalité, en tant que relation à l'autre, rapport entre le dedans et le dehors qui passe par la peau. Organe impliquant la limite, la sécurité, mais aussi l'accueil de l'altérité. Car la question de la frontière et de sa porosité revient comme une antienne dans la lecture poïétique des interventions créatrices à l'hôpital.

La relation incarnée à l'autre

Le titre « De mon corps à l'autre » situe le projet d'emblée dans la relation incarnée à l'autre, dans le mouvement de soi vers autrui, dans cette faille interindividuelle qui nous empêche d'être absolument isolés, ou au contraire de nous fondre dans les autres. Le médium de cette relation passe par le toucher comme intention d'un sujet actif, puisque le mouvement vient de son propre corps vers celui de l'autre. Le mouvement inverse nous placerait sur un mode passif, celui qui reçoit le geste d'autrui, en l'occurrence à la place de la personne malade recevant des soins. Ainsi, le titre du projet instaure l'intention et l'action du sujet du côté du soignant. Ce serait cette intentionnalité maîtrisée qui transformerait un simple contact en « toucher soignant ». Bien que ces questions soient abordées ultérieurement, à ce stade, le titre du projet n'évoque pas ce que serait le toucher de la personne, en l'occurrence l'enfant malade, et l'importance qu'il y aurait à l'accueillir dans l'expression de sa fragilité, de sa détresse, parfois de sa violence.

La santé culturelle

On aborde ici un volet spécifique de la politique publique interministérielle culture et santé appliquée à la petite enfance. En effet, le ministre de la Santé a demandé un rapport à la psychanalyste Sophie Marinopoulos intitulé « Une stratégie nationale pour la santé culturelle - promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent. » Or, dans la perspective de l'instauration artistique, penser l'éveil des tout-petits apparaît essentiel. L'auteure du rapport conceptualise la « santé culturelle ». Comme d'autres praticiens, tels que Marcel Rufo ou Jean-Luc Roelandt, tous deux psychiatres renommés, elle ne préconise pas d'articuler des politiques publiques - en l'occurrence la culture et la santé - pour contribuer au bien-être psychique, social et physique des citoyens tel que l'a défini l'OMS mais de considérer les potentialités apportées par la culture et l'art comme éléments constitutifs et indissociables de la santé, en particulier celle des tout-petits dans leur lien à leurs parents.

Il s'agit de considérer l'humain comme un être ontologiquement de culture. Cette approche apporte une profondeur à l'ensemble des discours, souvent lénifiants, sur les bienfaits présumés de l'art sur les « publics empêchés ». Expression consacrée dans la novlangue du ministère de la Culture, elle est censée concerner toute personne ne jouissant plus de sa liberté d'accès (prisonnier, résidents de maison de retraite, personnes hospitalisées, etc.) et de consommation culturelle. Elle pose au passage une question de sens et d'éthique. Elle est en effet issue d'une langue techno - administrative qui n'a eu de cesse, depuis une vingtaine d'années, non seulement d'utiliser des euphémismes pour nommer la brutalité des situations sociales, mais aussi d'essentialiser des catégories entières de la population à travers leur manque, leur dépossession, leur arrachement. Il en est ainsi des SDF, des migrants et des personnes souffrant de troubles psychiques. Or, une vigilance extrême est de mise dans l'usage des mots si l'on en croit le vers de Schiller : « la langue poétise et pense à ta place ». Victor Klemperer, philologue de la langue du IIIème Reich, renchérit en écrivant : « Mais la langue ne se contente pas de poétiser et de penser à ma place, elle dirige aussi mes sentiments, elle régit tout mon être moral d'autant plus naturellement que je m'en remets inconsciemment à elle⁴¹⁰. » Ainsi, l'expression « public empêché », outre le fait qu'elle essentialise une diversité de sujets et qu'elle atténue la violence de la réalité, positionne la question culturelle du côté du droit - droit de tous et en toute circonstance d'accès à la culture - et non pas du côté des processus individuels et collectifs de transformation de soi et du monde. Être « empêché », c'est ne pas pouvoir accéder à quelque chose qui serait extérieur à nous-mêmes ce qui a pour effet d'abonder la représentation de la culture comme « une cerise sur la gâteau » ou « un supplément d'âme ». Comme si l'urgence de guérir les corps rendait superfétatoire la noblesse de nourrir les âmes. Qui peut se reconnaître dans ce vocable ? Comment peut-on s'identifier à un empêchement ?

À cet égard, Sophie Marinopoulos dénonce, dans son rapport, la « malnutrition culturelle » dans l'éveil des tout-petits. Elle souligne que « naître à la vie, naître à la culture, naître en humanité sont des processus indissociables. Nous sommes des êtres de langage, des êtres de récit qui recherchons sans cesse le sens de ce que nous vivons, partageons, construisons. Depuis toujours, nous inventons des supports de dialogue que l'art porte au fil des siècles dans un esprit de transmission. Préserver cette capacité à dire sous toutes

410 Victor KLEMPERER, *LTI, la langue du IIIème Reich*, Albin Michel, Paris, 1996, p. 40.

ses formes est central⁴¹¹ ». Elle requalifie ainsi la politique culturelle comme une politique d'attention à l'émergence de nos êtres. On retrouve ici le lien avec l'attention comme intention poétique dans les conduites créatrices.

Le partenariat culturel, les piliers de l'éveil

Le projet s'est noué entre trois structures complémentaires en termes de territoire et de compétence : les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, représentés par *La Fabrique de l'hospitalité*, le département représenté par l'association départementale de l'information et d'action musicales (l'ADIAM) et l'Institut de formation des auxiliaires de pédi-culture (IRFP).

La Fabrique de l'hospitalité

La Fabrique de l'hospitalité, comme le *lab-ah*, est issue du programme national Culture à l'hôpital. Dès l'abord, ce service se positionne comme une ressource d'accompagnement réflexif des transformations de l'hôpital « en questionnant le sens de l'action » et non pas comme un organisateur d'activités culturelles. C'est à partir de 2001 que la délégation culturelle devient *La Fabrique de l'hospitalité*. Les fondatrices, Barbara Bay et Christelle Carrier, la définissent dans un document éponyme comme « un espace de réflexion, d'expérimentation et d'action » dans lequel il s'agit de « valoriser des espaces de collaboration entre les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (soignants, gouvernance...) et de nombreux partenaires autour de l'amélioration des espaces et du temps à l'hôpital⁴¹² ». Un espace qui mobilise les méthodes et les outils de l'action artistique, du développement culturel et du design.

L'ADIAM 67

Elle est une association départementale de développement culturel par la musique et la danse. Sa contribution au projet se centre sur la formation des formateurs de l'IRFP en raison de son savoir-faire en la matière. Elle a aussi soutenu la compagnie Dégadézo pour créer son spectacle dans le cadre d'une résidence territoriale. Elle énonce son intention

411 Sophie MARINOPOULOS, *Une stratégie nationale pour la Santé Culturelle. Promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent (ECA-LEP)*, Rapport au ministre de la Culture, Mission « Culture petite enfance et parentalité », Janvier 2019, p. 9.

412 Publication professionnelle : *La Fabrique de l'hospitalité*, Laboratoire d'innovation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Un espace pour expérimenter de nouveaux modes de conception de projet, 2018, p. 18.

de commanditaire public et territorial en ces termes : « À l'heure du repli identitaire et des tensions qui menacent le « vivre - ensemble » mais aussi de l'individualisme et des corps désincarnés qui se croisent dans l'espace public mais ne s'y rencontrent plus guère, les expériences vécues dans le cadre de cette résidence, ont démontré tout l'intérêt de remettre le « corps sensible » au cœur de la rencontre entre les individus, de cultiver une attention à son propre corps et à celui de l'Autre pour une qualité d'écoute et de dialogue renforcée avec soi-même et avec l'autre. » Un texte qui prend une autre ampleur à l'aune de la crise sanitaire due au COVID-19 qui nous a jetés dans un monde de la distanciation physique et sociale.

IRFP : Institut de formation en puériculture des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Le référentiel de formation du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture dans laquelle ce projet prend place définit sa mission de la manière suivante :

Il dispense dans le cadre du rôle propre de la puéricultrice ou de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de l'enfant et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. L'auxiliaire de puériculture participe à l'accueil et à l'intégration sociale d'enfants en situation de handicap, atteints de maladies chroniques, ou en situation de risque d'exclusion.

Nous retiendrons de cette définition la forte présence du *care*, d'un prendre soin et d'un accompagnement holistique, plutôt que du *cure*. Mais au-delà du *care*, elle fait émerger un nouveau concept intéressant pour notre propos, celui d'éveil. Il s'applique bien entendu au champ de l'éducation et de l'enfance, mais aussi à celui de la maladie et du handicap. L'étymologie et la définition de ce terme sont riches au regard de nos préoccupations. Selon le dictionnaire historique de la langue française d'Alain Rey⁴¹³, éveil est issu du latin populaire *exvigilare* « veiller, être vigilant ». Il est également dérivé de *vigere*

413 Alain REY, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, nouvelle édition 2019, p.1333.

« être bien vivant » ou de *vegere* « animer, donner de la force ». Éveiller est employé au XII^{ème} siècle au figuré pour « sortir de l'indifférence, de l'engourdissement ». Des emplois plus récents développent l'idée de « faire naître, éprouver pour la première fois... ». Mais la forme déverbale éveil est d'abord attestée au XII^{ème} siècle dans *estre en esvoil* « être sur ses gardes, en état d'alerte ». C'est seulement au XVIII^{ème} qu'il est employé au figuré comme « première manifestation d'une chose », de là venant l'expression récente de discipline d'éveil, « discipline destinée à stimuler l'intelligence, l'imagination de l'enfant », encore usitée aujourd'hui. L'ambivalence sémantique du terme entre vigilance, qui suppose un danger, et sortir de l'indifférence, qui implique une ouverture à l'autre, lui offre toute sa place dans la dialectique de l'hospitalité.

Cette approche par l'éveil nous conduit à envisager l'hospitalité comme une condition de l'éducation, une dimension qui devrait s'apprendre et se pratiquer dès l'enfance. L'enfance serait dès lors, à travers l'éducation, un pilier de l'instauration artistique de l'hospitalité grâce notamment aux activités d'éveil artistique et sensoriel, potentiellement mises en œuvre par les professionnels du soin.

Dans le projet pédagogique de l'Institut de formation de puériculture des HUS « l'activité de soin et d'éveil de l'auxiliaire de puériculture s'inscrit de fait dans la santé, dans l'éducation et dans la culture. » La culture est abordée ici comme nous l'abordons dans les projets culturels à l'hôpital, dans sa double potentialité de transmission des valeurs, des codes et des pratiques d'un groupe et de construction par la pratique et la sensibilité d'un regard singulier sur le monde. Pour cette équipe, « elle se trouve être le phénomène essentiel par lequel l'homme progresse, échappe à la nature et entre dans l'humanité. » L'éducation est l'ensemble des processus et des procédés qui permettent à tout enfant d'accéder progressivement à la culture. Pour l'équipe pédagogique, « la santé recouvre un environnement sécurisé et sécurisant pour l'enfant, lui permettant de faire de nouvelles expériences sous le regard bienveillant de l'adulte. Dans ce contexte, il mobilise ses potentialités, ses compétences, pour être en équilibre et en harmonie avec lui-même et son environnement. » Ainsi, les trois piliers de l'éveil de l'enfant sont indissociables les uns des autres.

L'introduction dans le projet pédagogique d'une expérience artistique tournée vers la relation par le toucher est en cohérence avec ces fondamentaux. Car elle s'articule avec une approche anthropologique susceptible de mettre au jour les traits culturels constitutifs de nos rapports au corps et au toucher mais aussi leur variabilité selon les cadres sociaux des participants et des futurs parents/enfants. L'intention de l'équipe pédagogique s'exprime de la manière suivante dans le document projet : « l'équipe de l'IFP souhaite explorer davantage et différemment la question du toucher dans le prendre soin

de l'enfant en explorant la mise en mots des sensations ressenties par rapport au toucher, de ce qui se joue par rapport à l'entrée dans l'intimité et ses conséquences, des freins et des facilités culturelles ».

Le partenaire artistique, le Contact improvisation, le toucher à l'honneur

La compagnie Dégadézo développe la danse Contactfull. Le nom de la compagnie reste une énigme. Elle est composée de deux danseuses, Antje Schur et Régine Westenhoeffer dont l'approche de la chorégraphie est entièrement tournée vers le toucher. Le nom du genre de danse qu'elles ont adopté se traduit par le « contact pleinement ». Elles font le constat à l'échelle de la société que « le toucher est passé sous silence et se réduit à quelques gestes de politesse » et proposent « un voyage en profondeur dans les méandres de la peau ». Cette dernière intention fortement affirmée dans le document de présentation de leur spectacle « conférence en corps et en mots », présenté aux étudiants concernés, assume des correspondances avec la théorie du Moi-Peau et des enveloppes de Didier Anzieu.

Dans les années 1970 aux États-Unis, Steve Paxton crée une nouvelle forme de danse, le Contact improvisation, qui propose un langage physique direct, un dialogue entre deux corps en mouvement et en contact, la danse étant en soi une forme d'énonciation du corps. C'est une pratique ouverte à tous, danseurs ou amateurs, sans aucune restriction morphologique. En cela elle est absolument inclusive et relève d'un *faire avec*.

C'est une approche phénoménologique, philosophie centrale dans le paysage de l'instauration de l'hospitalité : « À travers ma peau, je fais l'expérience du monde qui m'entoure [...]. Et c'est là, dans ce contact que le monde m'apprend quelque chose sur moi-même⁴¹⁴ ». Maurice Merleau-Ponty appréhende le corps comme un moyen de communication avec le monde soulignant que toucher c'est nécessairement être touché et aborde la question du mouvement comme une relation, une intention. « Être une conscience ou plutôt être une expérience, c'est communiquer intérieurement avec le monde, le corps et les autres, être avec eux au lieu d'être à côté d'eux⁴¹⁵. » Le projet s'inspire également de la pensée de Didier Anzieu, le document de présentation partageant ce constat avec lui : « La peau est une sorte d'enveloppe qui tout en le contenant [l'individu] lui permet d'entrer en relation avec le monde ».

414 Extrait du document du spectacle.

415 Maurice MERLEAU-PONTY, *op. cit.*, p. 126.

La danse contact est tournée vers une découverte de soi-même et l'élaboration d'un toucher qui prend soin des autres. Mais le toucher est ambivalent. Il peut aussi être une forme de violence et de traduction immédiate des rapports de domination comme l'illustre magistralement Pina Bausch dans son spectacle *Kontaktöff*. C'est tout l'enjeu de cet apprentissage autour du toucher : assumer et maîtriser son ambivalence.

Le protocole d'intervention proposé par la Compagnie se déploie en trois temps :

- ♦ séance de présentation du projet ;
- ♦ représentation de « Contactfull – conférence en corps et en mots » ;
- ♦ quatre ateliers de pratique de Contact improvisation.

Les séances sont accompagnées par Lise Renard, anthropologue.

La commande, une maïeutique et une heuristique

La danse est un langage, une écriture. C'est à partir de ce constat que le chorégraphe Anjelin Prejlোকaj a par exemple invité les femmes détenues de la prison des Baumettes à écrire leur nom avec leur corps⁴¹⁶. À l'occasion d'un entretien sur France Culture, le chorégraphe a insisté sur l'importance d'être au clair avec ses intentions à l'occasion de créations partagées avec des corps qui ne sont pas ceux de danseurs. L'intention qu'il a exprimée, au regard de la situation d'enfermement des femmes détenues aux Baumettes, consistait à retrouver par la danse un être au présent, de remplir son espace d'être, d'une amplitude maximum d'elles-mêmes. Car la danse est un truchement pour se connecter à ses émotions, à ce que l'on est profondément. Dans son contexte, avec les auxiliaires de puériculture, la compagnie Dégadézo énonce son intention de redonner toute sa place au corps sensible dans la relation à l'autre, de faire prendre conscience des potentialités et des freins qui l'habitent en expérimentant la danse contact.

En quoi cette expérience que les formateurs et les étudiants de l'IRFP sont invités à faire est-elle heuristique ? En quoi et comment le procédé maïeutique qui l'accompagne est-t-il source d'une connaissance nouvelle pour les parties prenantes ?

416 Podcast : *Faire soins, radiographie du coronavirus*, France culture.
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/radiographies-du-coronavirus/angelin-preljokaj-5480788>, consulté le 10 juillet 2020.

Bien que les participants à cette action ne soient pas chercheurs, ils sont pleinement inscrits dans une dynamique heuristique, à partir d'une méthodologie phénoménologique impliquant une découverte de soi. Pour comprendre ce caractère heuristique, nous nous référons à la nature de la connaissance, telle qu'elle est définie par Nelson Goodman, non pas comme la détermination de ce qui est vrai, la formation ou la fixation d'une croyance, mais comme le progrès de la compréhension et de l'augmentation de la portée de l'entendement. Pour lui, « compréhension et création vont ensemble⁴¹⁷ ».

Or les arts, ici la danse associée aux outils d'expression du design, constituent des modes de compréhension et donc de connaissance de soi dans la relation avec son milieu. Le projet opère une transposition entre les gestes et les mots, il articule le corps, les émotions et la pensée. En effet, l'expérience proposée aux formateurs et aux étudiants ne se limite pas à éprouver le mouvement et le toucher. Elle consiste également à en trouver la formulation, à les projeter dans le langage, à les interpréter. Or, l'interprétation est l'une des modalités clés pour faire des mondes⁴¹⁸. Faire des mondes, c'est produire une connaissance nouvelle dans son propre univers. En témoigne le « Carnet d'exploration, donner des mots, laisser des traces » qui s'ouvre avec cette interrogation : « Comment faire trace du projet ? Quelles traces ces expériences vont-elles laisser dans les corps et la mémoire ? » Il présuppose une transformation durable, issue de cette expérience éphémère, et traduit la tentative, toujours un peu désespérée, de fixer ce qui n'est pourtant que mouvement et temps. L'image en couverture des deux mains qui se rapprochent suffit à expliciter l'enjeu central du projet : l'intention du geste dans la relation entre les humains.

417 Nelson GOODMAN. *Manière de faire des mondes*. Folio, Paris, 1978, p. 43.

418 Nelson GOODMAN, *ibid.*

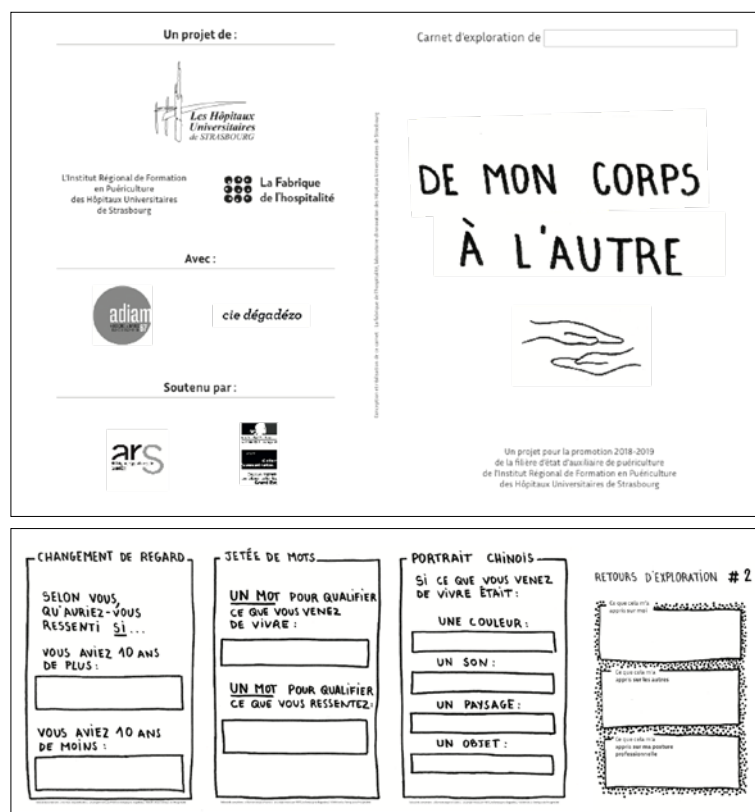


Illustration 132 : Carnet d'exploration

© La Fabrique de l'hospitalité, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

L'exercice commence par une invitation à projeter son corps dans des âges différents. Il met ainsi les participants en situation de se décaler de leur enveloppe corporelle pour s'ouvrir à d'autres éprouvés. Ce carnet d'expression fait ensuite appel à la capacité de nommer les émotions et les ressentis grâce à la page « jetée de mots ». Cela constitue une première étape indispensable à toute tentative de formalisation et de distanciation d'un ressenti subjectif. Il constitue donc un des volets de la Maïeutique en conduisant les sujets à faire entrer leur vie intérieure dans le langage. Il mobilise ensuite, dans les pages « Portrait chinois », la capacité de décalage, de transposition de la perception phénoménologique et émotionnelle dans un autre langage formel relevant de représentations culturelles largement partagées. L'émotion se pare dès lors de signifiants reconnaissables par le collectif. Cette phase amorce la démarche heuristique en permettant de se saisir collectivement d'un savoir transposé. La dernière page du cahier invite les participants à identifier et formaliser les connaissances nouvelles issues de l'exercice de danse contact pour eux-mêmes, pour leur métier et pour les autres.

Sur le plan formel, les choix des designers de *La Fabrique de l'hospitalité* – feutre, écriture manuelle – sont en rupture avec les formats administratifs ou académiques. Mais également avec la sophistication supposée des productions culturelles pour en faire tomber les appréhensions. Le carnet est pensé dans sa simplicité d'accès et d'usage, conformément aux préoccupations d'inclusion du design social. Enfin, l'écriture manuelle traduit la présence de la main, la trace personnalisée, en miroir avec le geste du toucher soignant.



Illustration 133 : Atelier de danse contact

© Lisa Renard, La Fabrique de l'hospitalité, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Le toucher, le Moi - Peau et l'enveloppe : perspective d'une hospitalité de l'intime

Le toucher

Le toucher choisi, le toucher qui m'apaise, le toucher qui soigne, nécessaire, le toucher amoureux, familial, amical, le besoin de toucher, celui d'être touché, le refus de toucher dont je ne veux pas, l'impossible toucher, le toucher que je désire, je voudrais mais ne peux pas, ne pourrais pas, j'ai envie pas envie, pas là,

pas maintenant, et puis si, j'aimerais, pourquoi pas, attirance, peur, je ne peux pas dire, je ne sais pas dire, le toucher choisi, toucher, être touché, pour communiquer, pour dialoguer...

Extrait du spectacle « Contactfull - conférence en corps et en mots »

À mi-parcours du projet, un bilan d'étape est réalisé par l'équipe projet avec les enseignants et les étudiants autour de la notion de « toucher ». Le schéma ci-dessous synthétise les contributions et ouvre les pistes de réflexion qui suivent.

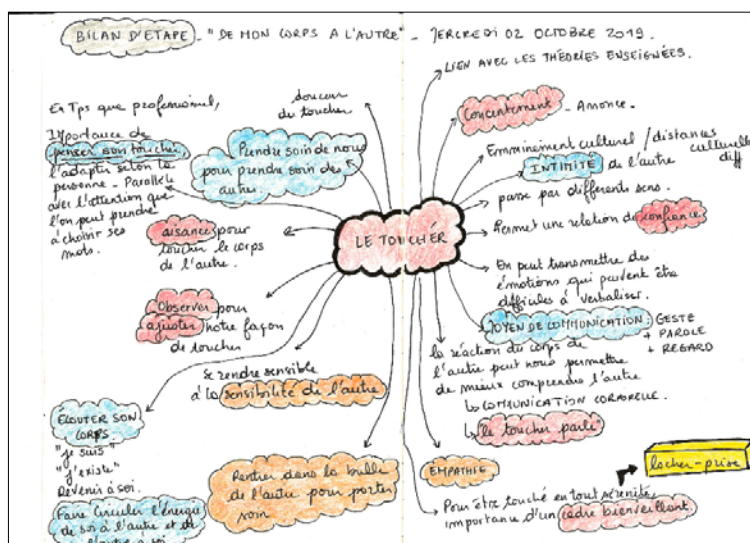


Illustration 134 : Bilan d'étape

© La Fabrique de l'hospitalité, Hôpitaux universitaire de Strasbourg

Toucher et être touché

Comme en témoigne la richesse des commentaires du bilan d'étape, le toucher s'entend au sens littéral comme au sens figuré : on peut être touché physiquement ou émotionnellement et donner « l'impression qu'il y avait des empreintes sur notre corps, une pression. » À l'hôpital plus encore qu'ailleurs, ainsi que dans toute relation de soin, particulièrement avec l'enfant. Cette polysémie du verbe apparaît dans la visualisation du bilan d'étape à travers des *verbatim* tels que « l'empathie » ou « se rendre sensible à la sensibilité de l'autre ». Mais ce qui ressort le plus nettement c'est la question de la relation entre son propre corps et celui de l'autre. Car le toucher met en mouvement des phénomènes complexes de connaissance, d'identification, de projection. Il ne constitue jamais

un geste et une intention unilatérale bien qu'il soit à double face : il sent et fait sentir. Une intention forte du projet est de faire ressentir la charge émotionnelle du contact charnel, de manière à ce que le toucher soignant ne soit pas vide de conscience, ne soit pas automatisé dans le déni de ce qu'il dit, de ce qu'il perçoit et de ce qu'il suscite. « Le toucher parle » est un *verbatim* qui nous invite à considérer le toucher comme un langage, le langage corporel.

Selon l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle, à l'hôpital, « les populations en présence s'y répartissent selon une ancienne et profonde ligne de clivage qui sépare les touchés (les patients) et les toucheurs (les professionnels de santé)⁴¹⁹. » Cette séparation symbolique et invisible n'est pas anodine dans l'organisation des pouvoirs, des défenses (matérielles et immatérielles) et des dénis qui affectent durablement la qualité des relations entre les soignants et les soignés. Cette opposition asymétrique entre toucheurs et touchés est portée au paroxysme dans l'œuvre de Léon Daudet qui met en scène la cité des Morticoles, dont l'un des membres médecin s'écrie avec fierté : « Ici (...) tous les pouvoirs, toutes les fonctions, toutes les attributions sont aux mains des docteurs. Le peuple est de malades, riches ou pauvres, de détraqués, de déments⁴²⁰. »

Dans une culture du « corps à corps » fortement soumise à transformation par l'envahissement massif de l'espace hospitalier par la robotique et les technologies de la communication, le toucher concentre des phantasmes archaïques dans les représentations et les pratiques des professionnels. À l'issue d'une observation ethnographique menée dans un bloc opératoire, dans laquelle le chirurgien explore le corps du patient endormi, faisant mine à l'occasion de goûter son sang ou sa chair, l'anthropologue de l'hôpital constate « qu'il arrive que toucher ce soit s'approprier, incorporer, manger, tandis qu'être touché ce soit risquer d'être dévoré⁴²¹ ». Cet imaginaire détermine la répartition des rôles entre les toucheurs et les touchés.

En outre, dans l'histoire infectieuse de l'hôpital, le touché est dangereux, le patient étant potentiellement contaminant, et inversement le toucheur est tout aussi dangereux comme l'attestent les maladies nosocomiales dont sont victimes les patients. Histoire suffisamment marquante pour que, même dans des services où les patients ne sont pas contagieux, les soignants aient des stratégies d'évitement du contact. La crise sanitaire

419 Marie-Christine POUCHELLE, *L'hôpital ou le théâtre des opérations*, Séli Arslan, Paris, 2008, p. 88.

420 Léon DAUDET, *Les morticoles*, 1956, Grasset, p. 19.

421 Marie-Christine POUCHELLE, *op.cit.*

que nous traversons a réactivé dans l'ensemble de la population ces images de « pestiférés » et la mise à distance du corps d'autrui. Les études sur les infections nosocomiales montrant qu'elles sont à 80% manuportées prolongent, malgré toutes les précautions prises, la représentation de la dangerosité de la contamination.

En revanche, parmi les professionnels, les « intouchables » ne sont pas toujours ceux que l'on croit. Ils désignent aussi ceux que l'on ne peut pas toucher parce qu'ils sont bien trop haut dans la hiérarchie réelle et symbolique de l'hôpital. Leur valeur se mesure à la profondeur de pénétration de la chair d'autrui : les chirurgiens. Enveloppés de casques stériles, « propre », « pur », « stérile », le chirurgien est l'archétype à l'hôpital du « toucheur » en profondeur, intouché et intouchable. Selon une hypothèse de Marie-Christine Pouchelle, la distribution hiérarchique entre les catégories de médecins à l'hôpital est proportionnelle au caractère invasif du geste, du toucher à l'intérieur du corps et dans les organes les plus vitaux. Ainsi, le neurochirurgien et le chirurgien cardiaque sont déifiés dans les services hospitaliers tandis que les psychiatres sont à peine considérés comme de « vrais » médecins. Cependant, le toucher, le « toucher soignant » qui nous occupe dans ce projet, consiste à faire de l'autre son prochain, à s'assurer de son appartenance au monde des vivants quand il vogue entre la vie et la mort, à transmettre une empathie. Et le chirurgien, comme un rituel, touche aussi son patient en-dehors de toute nécessité médicale, même fugacement, pour établir ce lien.

Ainsi le toucher n'est pas un geste vertueux ou thérapeutique en soi. Il est complexe et ambivalent et ne peut se comprendre que dans le contexte interrelationnel, social et culturel dans lequel il est pratiqué et interprété. Il se vit à travers la subjectivité de chacun. L'une des participantes partage par exemple son expérience en ces termes : « Donner c'était trop long, recevoir trop court. »

On saisit dès lors à quel point le toucher à l'hôpital cristallise des phantasmes, des clivages, des relations de pouvoir. Ambivalent, il incarne autant la réparation et la compassion que l'appropriation abusive de l'autre et l'autorité. D'autant qu'il a pris depuis quelques temps une forte connotation négative avec sa déclinaison en « attouchement », un toucher qui prend possession abusivement du territoire de l'autre.

Le toucher s'insinue dans les gestes et le langage tant au sens littéral que figuré. Le pamphlet fictionnel de Léon Daudet, *Les Morticoles*, efface d'ailleurs avec humour la frontière entre les deux. Il raconte à propos d'un candidat aux fonctions de médecin :

Cependant mes camarades me répétaient « Bah ! si tu échoues à l'examen tu te rattraperas au Lèchement de pieds. » Je finis par demander le mot de cette locution courante. On m'expliqua qu'elle

était non une métaphore, mais une réalité. Les examens que l'on passait très vite et au hasard, ne comptaient pas. On jugeait de l'aptitude des élèves et des maîtres à toutes les fonctions en leur faisant lécher les pieds de professeurs tirés au sort⁴²².

C'est pourquoi, impliquer les enseignants et les élèves de l'Institut de formation de puériculture dans une découverte expérientielle de leur propre corps, en tant que toucheur et touché, c'est leur permettre de mettre à distance des représentations culturelles d'autant plus puissantes qu'elles sont dans le non-dit.

L'instauration artistique de l'hospitalité passe dès lors par la transformation des schèmes culturels transmis dès la formation des professionnels, grâce à des méthodes heuristiques et maïeutiques. Quand le toucher constitue une prise de pouvoir, une « appropriation » du corps de l'autre qui n'a pas donné son consentement, et relève d'un phantasme cannibale, sans aucun recul sur la signification de celui-ci, il s'inscrit dans la sphère de l'hostilité. D'ailleurs les stagiaires ne s'y trompent pas lorsqu'elles soulignent « l'importance de penser son toucher » au même titre qu'elles sont invitées à porter attention au choix des mots.



Illustration 135 : Atelier de danse contact

© Lisa Renard, La Fabrique de l'hospitalité, Hôpitaux universitaire de Strasbourg

422 Léon DAUDET, *Les morticoles*, 1956, Grasset, p.187

Le Moi - Peau et les enveloppes

Vous avez signé le pacte, tout est dit. Maintenant vos volontés seront scrupuleusement satisfaites, mais aux dépens de votre vie. Le cercle de vos jours, figuré par cette peau, se resserrera suivant la force et le nombre de vos souhaits, depuis le plus léger jusqu'au plus exorbitant⁴²³.

Honoré de Balzac a pressenti intensément combien notre existence et nos désirs s'incarnaient dans la peau. Une participante de l'atelier de Danse Contact ressent un effet contraire à la peau de chagrin : « à la fin, j'ai l'impression que ma peau s'étend. », explique-t-elle. Est-ce à dire que le cercle de nos jours s'élargit par le toucher soignant ? Il s'agit tout au moins d'un témoignage de l'intensité des éprouvés du toucher. Cette intuition magistralement figurée dans le récit de Balzac trouve, au XX^{ème} siècle, sa traduction dans le champ de la psychologie. En effet, après avoir fait le constat d'un changement dans la nature de la souffrance des patients en psychanalyse, des névroses classiques aux états - limites et/ou personnalités narcissiques, le psychanalyste Didier Anzieu a développé, dans les années 1970, un concept fécond, celui du Moi - Peau⁴²⁴ selon lequel l'enfant, au cours de son développement, se représente son Moi à partir des expériences de la surface de sa peau. On imagine dès lors quelle est la responsabilité des adultes qui ont à toucher l'enfant, à interagir avec cette surface à travers laquelle il construit sa subjectivité. Il plaide alors : « Une tâche urgente, psychologiquement et socialement, me semble être celle de reconstruire des limites, de se redonner des frontières, de se reconnaître des territoires habitables et vivables – limites, frontières à la fois qui instituent des différences et qui permettent des échanges entre les régions⁴²⁵. » En 1974, Didier Anzieu attribue ainsi trois fonctions au Moi - Peau :

- ♦ l'enveloppe contenant et unifiante du Soi ;
- ♦ la limite entre le dehors et le dedans, protectrice du psychisme ;
- ♦ le filtre de la communication et des échanges avec l'environnement, qui rend possible la représentation.

423 Honoré de BALZAC, *La peau de chagrin*, Le Livre de Poche, Paris, 1972.

424 Didier ANZIEU, *Le Moi-Peau*, Dunod (nouvelle édition), Paris, 1995.

425 Didier ANZIEU, *ibid.*, p. 30.

Soulignons qu'à chacune de ces fonctions fondamentales du Moi-peau, Anzieu attribue une forme princeps : le sac (pour l'enveloppe), l'écran (pour la protection), le tamis (pour le filtrage des échanges). Il n'est pas question ici de les aborder sur un mode littéral mais ces figures pourraient inspirer des projets de design à l'hôpital visant à soutenir le soin par des artefacts favorables à l'apaisement et à la réassurance. D'autant plus que pour Didier Anzieu la pulsion d'attachement qui satisfait au besoin de sécurité repose aussi sur la fiabilité des objets et la possibilité d'entrer en relation avec eux.

Anzieu ajoutera plus tard la fonction miroir. Autrement dit, la manière dont le Moi - Peau capte et réfléchit le monde. Il approfondira cette dimension dans ses travaux sur l'enveloppe sonore.

Entre ces deux termes, le moi et la peau, existe une triple dérivation :

- ♦ métaphorique, le Moi est une métaphore de la peau ;
- ♦ métonymique, le Moi et la peau se contiennent mutuellement comme partie et tout ;
- ♦ en ellipse, figure englobante à double foyer : la mère et l'enfant.

La double dérivation métaphoro - métonymique a été considérée par Guy Rosalotto⁴²⁶ comme le ressort du jeu et de l'art. C'est peut-être de là que vient la potentialité créatrice et ludique des êtres humains. En soutenant l'enfant dans cette dérivation pendant son développement, on soutient également ses capacités de création et de jeu. Pour une participante, « on s'habitue vite à cet accompagnement de l'enveloppe ». À cet égard, les auxiliaires de puéricultures jouent un rôle décisif dans l'accompagnement de l'enfant vers la culture et la sociabilité en aidant les parents, le cas échéant, à toucher leur enfant.

En faisant de la sensorialité tactile le modèle organisateur du Moi, Didier Anzieu démontre qu'il existe un lien mutuel entre le corps et le psychisme, auquel il donnera le nom « d'étayage ». Cet aspect est essentiel pour la pensée de l'art et du design en milieu de soin car la sensorialité devient dès lors constitutive de toute poïétique par sa puissance d'étayage du psychisme. La psychiatrie l'a compris de longue date puisqu'elle utilise les médiations artistiques dans le soin. En effet, « l'instauration du Moi - Peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base. » L'instauration du Moi - Peau, qui passe par celle des

426 Guy ROSALOTTO, *Éléments de l'interprétation*, Paris, Gallimard, 1985.

enveloppes, est donc partie prenante de l'instauration artistique. Inversement l'instauration artistique doit se soucier de l'instauration du Moi - Peau dans les lieux d'accueil des plus fragiles.

En fondant le Moi - Peau sur l'enveloppe cutanée, Anzieu développe une théorie des enveloppes pouvant s'étayer sur d'autres types de sensorialité comme le son, le goût ou les odeurs ou sur des fonctions telles que le rêve ou la mémoire. Le concept d'enveloppe s'intéresse au contenant plus qu'au contenu. Il rend possible une topographie et une topologie de la psyché auxquelles tout projet de design peut s'amarrer.

Le « Livret enveloppe » remis aux participants du projet fait écho à cette thématique par un malin jeu de miroir. Il est entièrement composé de l'objet le plus banal utilisé par l'administration : des enveloppes Kraft. Le détournement de cet objet fonctionnel accueille littéralement les expériences de Moi - Peau des participants qui sont invités à « glisser dans cette enveloppe les éléments que vous souhaitez garder. »



Illustration 136 : Le Livret enveloppe

© La Fabrique de l'hospitalité, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Ainsi le projet de danse contact fait explorer par les participants les fonctions du Moi - Peau. Il relève d'une instauration artistique par son travail de réflexivité qui inscrit, sur les supports conçus par les designers, les traces psychiques des sensations provoquées par le toucher d'autrui. Cette interpellation profonde des enveloppes psychiques par le langage corporel trouble les participants, comme l'illustre ce *verbatim* : « Un moment j'ai perdu totalement le contrôle, je ne savais plus où j'étais. ». Elle les conduit à interroger

leur propre ressenti par rapport aux enjeux du toucher. Et donc à construire du sens dans leur propre toucher vis-à-vis d'autrui, l'enfant ou le patient, et à décrypter « ce que le corps communique malgré nous. »

Freud a beaucoup insisté sur les pulsions de vie et de destruction. Didier Anzieu s'attache pour sa part à la pulsion d'attachement qu'il situe comme centrale dans ce qui se joue dans le Moi - Peau entre la mère et le nourrisson. Il explique comment la pulsion d'agrippement du tout-petit à sa mère est rendue malaisée par la perte des poils, de la fourrure, dans l'espèce humaine « vouant celle-ci à des angoisses intenses, précoces et prolongées de perte de protection, de manque d'un objet support, et à une détresse qui a été qualifiée d'imaginaire⁴²⁷. » Ainsi la pulsion d'attachement chez l'homme s'étaye-t-elle sur le repérage chez la mère, le père et le groupe familial des signaux de réassurance tels que le sourire, la douceur du contact, la chaleur physique de l'étreinte, la diversité des émissions sonores, la solidité du portage, le bercement, les soins. Le toucher est alors « sentir la vie qui a lieu ». Les auxiliaires de puériculture pourraient presque considérer ces soutiens à l'attachement comme le référencement de leur profession. Ils ont en outre de quoi inspirer tout projet de design en milieu hospitalier, particulièrement en psychiatrie.

L'instauration artistique comme motif heuristique

Nous l'avons souligné, le projet « D'un corps à l'autre » vise à expérimenter l'ambivalence du rapport au corps de l'autre et, comme le souligne Cédric Juliens à l'occasion d'un atelier corporel à l'IFSI, « ensemble, nous travaillons sur la manière de transformer un sentiment de « menace » en réconfort, puis en compétence professionnelle⁴²⁸. » Il est essentiel de rappeler l'intentionnalité de la démarche dans un contexte professionnalisant. Nous sommes là dans un processus heuristique qui nous semble constituer l'un des piliers de l'instauration artistique. Pour Cédric Juliens, « l'étudiant qui a choisi un métier de contact a le devoir de travailler son rapport au toucher, dans le cadre rassurant de la formation, avant de l'imposer à d'autres⁴²⁹ ». Mais aussi, « enfin, on rappellera la responsabilité professionnelle de vivre le point de vue du patient.⁴³⁰ » L'expérience de la

427 Didier ANZIEU, *op. cit.*, p. 120.

428 Cédric JULIENS, « La formation corporelle des soignants. Propositions pédagogiques : expérimenter et conscientiser. », *Perspective soignante*, n°57, décembre 2016, p. 49-74, ici p. 55.

429 Cédric JULIENS, *ibid.*, p. 56.

430 Cédric JULIENS, *ibid.*, p. 62.

relation corporelle aux autres relève donc, pour les futurs soignants, d'un apprentissage défini comme suit : « Il s'agit d'une analyse à la fois clinique, critique et réflexive qui part de sa conscience corporelle propre et qui évolue vers une vision « méta » du dialogue avec les patients⁴³¹. » La dimension critique est soutenue par les exercices d'écriture qui activent le discernement et nomment ce qui est encore dans le déni ou impensé. Comme en témoigne une participante, « un toucher c'est chaque fois une aventure. Chaque fois une manière de se dévoiler. »

Nous rejoignons l'interrogation de l'auteur sur la place de la création et de l'expérience esthétique dans la formation des soignants : « il reste à se demander si le détour par la fiction est suffisamment autorisé dans une formation pour beaucoup axée sur la « preuve » et la maîtrise. Plus fondamentalement, quel rapport les soignants entretiennent-ils avec l'art ? L'art est-il considéré comme un loisir ou, au contraire, comme une forme de langage qui permet de décrire le monde avec davantage de finesse, de créativité et d'humanité ?⁴³² »

Cette intégration de l'expérience artistique dans la formation des professionnels de santé conduira peut-être les travaux psychanalytiques et psychologiques sur les conditions de bien-être et de résilience, notamment dans l'expérience de la cure, à s'attarder davantage sur la matérialisation et l'incorporation des concepts. Les analystes en particulier traitent du langage comme une-forme-en-soi tendant à répondre seul aux fonctions d'enveloppement, d'appui, de constance, d'étayage, etc. À cet égard, le développement de l'art et du design à l'hôpital, dont la vocation réside dans la conception, l'incarnation et la mise en forme concrète et au cœur de la vie quotidienne des expériences, des désirs et des usages, ouvre un champ de recherche et d'expérimentation extrêmement fécond.

431 Cédric JULIENS, *ibid.*, p. 64.

432 Cédric JULIENS, *ibid.*, p. 66.

2^e partie

Théoriser l'instauration artistique dans les lieux de soins

L'étude poïétique d'un certain nombre d'expériences nous conduit à tenter une théorisation des motifs d'instauration artistique par un design de l'hospitalité en réponse aux hypothèses initiales de la thèse. Celle-ci a montré que le point de départ des intentions créatrices résidait le plus souvent dans une aporie de l'hospitalité. Ainsi l'hospitalité n'est-elle pas seulement la résultante de l'instauration artistique mais elle en est également l'origine. En cherchant à mettre au jour l'enchaînement des actes de la poïétique, nous proposons d'explorer comment se configurent les conduites créatrices et les opérations poïétiques dans des modalités opératoires activant la dialectique de l'hostilité et de l'hospitalité. Cet essai de théorisation d'une poïétique de l'hospitalité est à penser dans une visée éthique. Celle-ci étant définie par Paul Ricœur comme « viser à la vie bonne avec et pour l'autre dans des institutions justes ». Cette définition rend indissociable la pensée du sujet et celle de l'institution.

Nous avons dès lors cherché à révéler les composantes de la dialectique de l'hostilité et de l'hospitalité dans les lieux de soins en soulignant ce qui, dans les expériences analysées, relevait du mouvement de l'un à l'autre et réciproquement. En outre, nous avons cherché à qualifier les processus de création et de conception tramant les quatre motifs de l'instauration artistique de l'hospitalité dans les lieux de soins qui fondent nos hypothèses initiales. Nous avons organisé ces trames en distinguant les conduites créatrices, les opérations poïétiques et les modalités opératoires.

Rappelons que le motif réflexif met au jour les espaces de médiation autour des héritages culturels et des systèmes symboliques susceptibles de mettre en mouvement la communauté hospitalière. Le motif relationnel s'intéresse aux dynamiques d'autonomie et de participation des usagers. Le motif esthétique porte son attention sur les perceptions sensibles et l'expérience phénoménologique de son milieu par le sujet. Enfin, le motif de la novation souligne la force instauratrice d'une action nouvelle, susceptible d'apporter une amélioration dans un monde préférable. L'anamnèse poïétique de cette thèse a laissé apparaître les fils d'or qui trament ces motifs, ouvrant la voie à une théorisation plus fine de ce qui se joue dans les processus de création dans les lieux de soins.

Organiser les composantes de l'instauration artistique issues des études de cas

Dans une première étape, nous avons relevé les items jouant le rôle de marqueurs d'une graduation de l'intensité d'hospitalité, au regard de sa visée éthique, dans les différentes études de cas du corpus. Il est entendu qu'il ne s'agit en aucun cas de présenter une répartition manichéenne d'un partage des eaux entre hostilité et hospitalité. Nous en avons suffisamment rappelé le caractère dialectique. Aussi, les items relevés ci-dessous sont-ils perpétuellement en mouvement les uns par rapport aux autres, leurs variations étant liées au magnétisme de l'hospitalité, elle-même dépendante de la force d'attractivité de l'instauration artistique. C'est seulement lorsque ces derniers se rigidifient et ne se laissent plus bousculer que s'inscrit dans la réalité un régime de l'hostilité.

<u>Régime de l'hostilité</u>	↔	<u>Instauration de l'hospitalité</u>
<i>Borner</i>	↔	Cheminer
<i>Aménager (excès de fonctionnalisme)</i>	↔	Ménager (prendre soin)
<i>Occuper</i>	↔	Habiter
<i>Spatialisation binaire : dedans-dehors</i>	↔	Porosité, continuum, hybridation
<i>Déprivation</i>	↔	Restauration
<i>Loi du Lieu</i>	↔	Geste cheminatoire
<i>Territorialiser</i>	↔	Déterritorialiser
<i>Protocole</i>	↔	Usages
<i>Désaffiliation</i>	↔	Anamnèse
<i>Faire pour</i>	↔	Faire avec
<i>Structures (de pouvoir)</i>	↔	Enonciation, action
<i>Espace rationalisé</i>	↔	Espace anthropologique, existentiel
<i>Procédures stéréotypées</i>	↔	Conduites en mouvement
<i>Compétence</i>	↔	Performance
<i>Déposséder des expériences de passage</i>	↔	Porter une attention anthropologique
<i>Obligation</i>	↔	Ouverture des possibles
<i>Objets fétiches</i>	↔	Objets transformateurs
<i>Désorientation</i>	↔	Orientation
<i>Anxiété</i>	↔	Apaisement
<i>Ennui</i>	↔	Expérience (sensible, esthétique)
<i>Isolement</i>	↔	Inclusion
<i>Indignité</i>	↔	Dignité
<i>Chronicité</i>	↔	Résilience, rétablissement
<i>Enfermement</i>	↔	Contenance
<i>Indifférence, abandon</i>	↔	Attention
<i>Contrainte</i>	↔	Autonomie
<i>Expédients</i>	↔	Arts de faire
<i>Stratégies technocratiques</i>	↔	Tactiques traversières
<i>Topos (signaler)</i>	↔	Logos (signifier)

Dans une seconde étape, nous avons isolé et réorganisé les composantes de l'instauration artistique, identifiées dans les études de cas, et nous les avons réparties entre les trois dimensions de la trame des motifs : les conduites créatrices, les opérations poïétiques et les modalités d'action.

Les conduites créatrices sont des interventions, engageant son ou ses créateurs, en vue d'élaborer un objet ou de générer une expérience unique. Elles se situent du point de vue des créateurs. Dans notre contexte, elles sont vectorisées par leur capacité à adapter la conception à une réalité et à des usagers. Nous adoptons de ce point de vue les fondamentaux du courant de la philosophie pragmatique, pour lequel les idées ne sont pas des concepts abstraits mais se révèlent dans leurs implications pratiques à travers l'expérience.

Les opérations poïétiques pour leur part relèvent de processus pensés du point de vue de la personne, de ce qui s'opère par, à travers et grâce à l'action réalisée. Elles relèvent d'une théorie de l'*aesthesis* en ce qu'elles désignent ce que l'action fait éprouver par la perception de l'objet, du milieu ou de l'expérience. Et en quoi ces éprouvés transforment les états émotionnels, les niveaux de conscience et parfois les pratiques des personnes. Elles se situent du point de vue de l'utilisateur. À cet égard, l'étude de l'instauration artistique de l'hospitalité par l'art et le design relève d'une épistémologie phénoménologique. En effet, la philosophie phénoménologique est une science de l'expérience subjective impliquant l'espace et le temps, paradigmes du monde « vécu ». Cependant, les opérations poïétiques qui nous occupent ne peuvent se comprendre uniquement à partir d'une méthodologie de la description des sensations. Elles impliquent également tout le champ de la psychologie, autrement dit des émotions, des sentiments et des comportements reliés aux sensations.

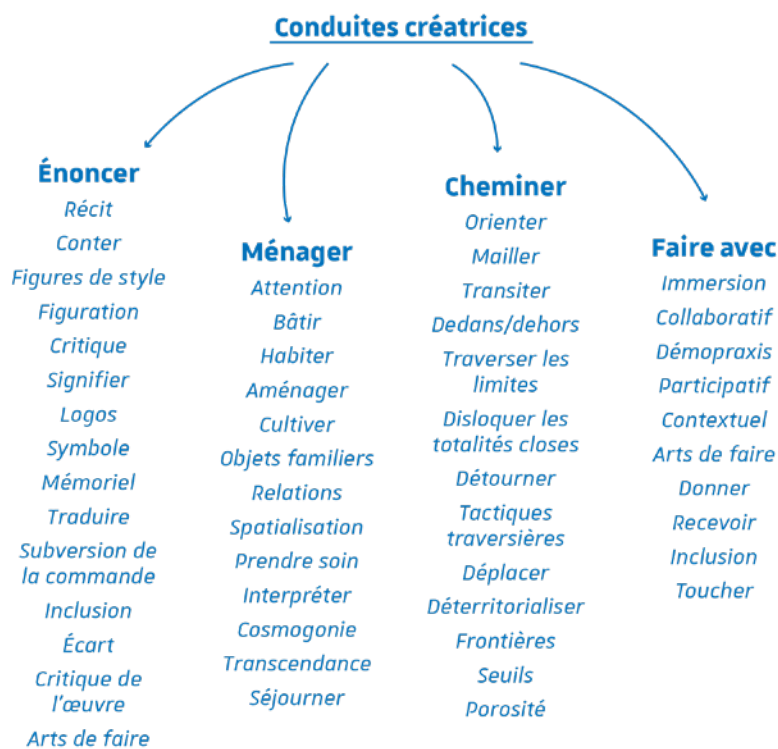
Les modalités opératoires relèvent des méthodologies d'intervention du champ artistique, culturel et de médiation. Elles se situent du point de vue du *drogman*. Elles épousent souvent les chemins de contournement des contraintes et d'adaptations aux résistances du contexte spécifique de l'hôpital. De surcroît, elles sont l'affirmation de la volonté d'instauration de l'hospitalité, autrement dit d'un monde meilleur.

Cette étape de l'analyse se traduit par une cartographie des composantes de l'instauration artistique réparties entre les trois dimensions susmentionnées. Leur regroupement dans des ensembles le plus homogènes possibles a fait émerger quatre actions principales des conduites créatrices, quatre phénomènes prioritaires des opérations poïétiques et quatre démarches fondamentales des modalités opératoires.

1. Essai d'un système de qualification de l'instauration artistique

Les conduites créatrices

Les motifs de l'instauration artistique ont été fertilisés par les études poïétiques des expériences culturelles, artistiques et de design qui sont décrites dans le présent chapitre. On peut alors en déduire des conduites créatrices principes d'une poïétique de l'hospitalité que nous proposons de synthétiser sous la forme de quatre verbes d'action : énoncer ; ménager ; cheminer ; faire avec. Chacune de ces typologies des conduites créatrices constituent des lignes directrices pour des modalités d'action et des méthodes d'intervention des artistes et des designers intervenant à l'hôpital.



Énoncer

Les études de cas présentées rendent compte des nombreuses modalités par lesquelles l'énonciation est activée dans les milieux de soins par et pour les professionnels et les usagers. La conduite créatrice consistant à « énoncer » vise à créer les conditions spatiales, matérielles, temporelles et expérientielles d'émergence d'une parole comme processus d'appropriation du langage. Nous entendons ici le langage, à l'instar des déplacements qu'opère Michel de Certeau dans son ouvrage⁴³³, comme un système institué relatif à tous les cadres culturels et protocolaires régissant les normes et les comportements à l'hôpital. La « parole » recouvre dès lors l'ensemble des conduites créatrices venant in-quiéter l'institué, c'est-à-dire le sortir de sa quiétude, par des actes et des modalités favorisant son appropriation et sa déformation par les usagers.

La plus importante de ces modalités réside dans la possibilité de faire récit. Énoncer le récit de son expérience et de sa biographie – bien sûr de manière non littérale grâce aux ressources de l'art et du design qui font naître des représentations – est au fondement de la clinique car il rend possible une réappropriation de soi en tant que sujet. On parle aussi de clinique narrative dans le champ de la psychologie. Mais du côté de l'art, il s'agit de modalités qui se situent hors du colloque singulier entre un thérapeute et une personne soignée. Elles empruntent les voies de l'imaginaire et s'incarnent dans toutes les dimensions spatiales, temporelles, iconographiques et sémantiques de la vie quotidienne. Elles transforment en conséquence tout le milieu de la prise en charge soignante.

Lorsque le récit cesse d'être biographique et permet à chacun de se situer dans une communauté culturelle, il s'agit de narration. Nos communautés sont construites et reliées par nos imaginaires et nos capacités à partager des récits qui donnent des repères dans le temps (y compris immémorial) et l'espace (y compris utopique). C'est là une deuxième modalité de l'énonciation. Énoncer, c'est investir le logos dans des contextes où le langage courant est impuissant à exprimer l'expérience de la maladie. Or le matériau de tout créateur c'est le logos au sens du signe qui fait sens. Cependant, dans les lieux de soins, cet usage des signes nécessite, pour faire sens, une appropriation par les usagers et les professionnels, et donc un *faire design* qui les implique. En cela, le créateur se soucie de conférer à tous les contributeurs de l'énonciation un style. Autrement dit, une singularité et une qualité poétique du récit, qu'il soit visuel ou textuel.

433 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*

Même déplacée, l'énonciation mise à part – ou mise en reste – ne peut être dissociée du système des énoncés. Le philosophe Michel de Certeau nous fait distinguer d'une part un travail de l'écriture pour maîtriser la « voix » qu'elle ne peut être mais sans laquelle pourtant elle ne peut être, et, d'autre part les retours illisibles de voix zébrant les énoncés et traversant la maison du langage comme des étrangères, en « folles du logis⁴³⁴ ».

Cette distinction proposée par Michel de Certeau nous invite à interroger la place de l'art et du design comme « travail de l'écriture ».

Le design, par sa composante fonctionnelle qui facilite son intégration dans les systèmes techniques, matériels et organisationnels des organisations, porte en lui l'intentionnalité de maîtriser la « voix ». Car, si on définit la voix comme l'expression pure de la subjectivité expérientielle d'un sujet qui s'affranchit du cadre normatif censé déterminer son discours, alors le design fait courroie de transmission entre l'institué et l'instituant. Il organise en effet les conditions d'expression de la « voix » singulière de chacun, de l'énonciation et du récit de l'expérience et des usages par les personnes, quel que soit leur statut, dans un espace-temps partiellement et temporairement protégé de l'institué – typiquement les ateliers participatifs organisés dans les services de soins – et les recueille et leur donne forme. Ce faisant, il met en acte un des fondements de la théorie de l'énonciation en créant une situation d'interlocution dans laquelle des énonciateurs en chair et en os expriment « leur expérience du monde, leur perspective sur le monde à quoi aucun autre ne peut se substituer⁴³⁵ ». C'est à partir de ces éléments énonciatifs que le designer enclenche le processus de conception, pénétrant ainsi le système institué par un nouvel opus instituant. Le design est une conduite créatrice opérant « un travail de l'écriture pour maîtriser la « voix » qu'elle ne peut être mais sans laquelle pourtant elle ne peut être ». Elle la maîtrise en lui conférant des formes, des enveloppes, des modes d'emploi, des procès et des scénarios d'usage qui la rendent acceptable et métabolisable par le système de l'hôpital. Dès lors que l'intention et l'attention de la conduite créatrice relèvent de l'instauration de l'hospitalité, cette « maîtrise » ne peut plus être suspectée d'acter le retour de la domination de la norme sur la « voix » car l'œuvre – matérielle ou immatérielle – conserve non seulement la valeur de l'énonciation qui l'a constituée, mais aussi celle de l'intentionnalité qui l'a fait naître. Cependant, ce processus nécessite une grande vigilance car le moindre manquement à la qualité des conditions d'énonciation

434 Michel DE CERTEAU, *op. cit.*, p. 232.

435 Paul RICCEUR, *op. cit.*, p. 64.

et de récit, la plus légère distraction dans l'écoute des « voix » par les concepteurs, la tentation de la trahison tapie au creux de l'indispensable processus de traduction, sont autant d'écueils à l'instauration artistique en tant que phénomène instituant un monde préférable, selon la définition du design social.

Pour leur part, les conduites créatrices de l'art se distinguent de celles du design à l'aune de leur potentiel d'énonciation. Affranchi des usages et des systèmes techniques et normatifs de l'institué, l'artiste est d'abord sensible aux « retours illisibles de voix zébrant les énoncés et traversant la maison du langage comme des étrangères, en folles du logis. » L'artiste, au sens propre, comme l'a démontré le projet « Un air de famille », comme au sens figuré, est d'abord attentif aux voix silencieuses, aux voix disruptives, aux voix singulières. Ses oreilles entendent les « voix » au-delà des discours convenus. Il se fait l'incarnation même de ces voix, parfois par son corps, lorsqu'il danse par exemple, parfois par des médiums plastiques et visuels. Mais toujours, il reste au plus près de la « voix » qui l'a touché par-delà le « bien dire », il la greffe en lui, la mêle à sa propre voix et s'en fait le héraut. S'il vient troubler l'institué en donnant à entendre ces voix, il ne cherche pas à implémenter son œuvre dans un système, même pour le transformer de l'intérieur. L'œuvre d'art, contrairement à la production en design, reste irréductible à elle-même. Elle est énonciation pure.

Cheminer

À l'hôpital où chacun est assigné à un rôle et à un lieu, la restauration du mouvement et de la possibilité de cheminer, d'arpenter, possède la même valeur d'appropriation – et donc d'hospitalité mise en acte – que l'énonciation. Alors que l'hôpital psychiatrique accueille des personnes dont les pathologies affectent profondément leur capacité d'exister dans le temps et l'espace, les locaux s'organisent de manière cloisonnée et dans une profonde misère symbolique. Or cheminer se réfère à une conduite créatrice investissant la nécessaire porosité des espaces réelles et symboliques. Les cas d'étude de l'UHSA et de l'hôpital d'Avron ont montré en effet que l'hospitalité s'installe dans les écarts ouverts entre deux espaces, dans une porosité topographique, même seulement représentée sur un plan symbolique. L'entr'ouvert, restauré par l'imaginaire des objets de fermeture comme les portes et les murs, instaure la possibilité de l'hospitalité, invite à une traversée. Michel de Certeau a démontré comment les traverses, les cheminements sont également des modes d'énonciation spatialisés. Cheminer n'est d'ailleurs jamais loin du récit que l'on en fait. Comment inviter en effet à la narration si on ne trace pas un chemin dans le monde à expérimenter et à raconter ?

Ménager

L'hospitalité dans un lieu de soin consiste à accueillir la souffrance d'autrui dans une relation humaine, dite « thérapeutique », soutenue et enrichie par toutes les dimensions du *Dasein* et de l'expérience phénoménologique. Ménager c'est en conséquence convoquer toute la gamme de l'habiter. Comme nous l'avons vu avec Heidegger, ménager est indissociable de l'acte de soin car pour habiter il faut prendre soin de son environnement. Et ce d'autant plus dans un hôpital accueillant des personnes dont les pathologies psychiques ont comme corolaires des empêchements graves à la mise en acte de l'habiter. Soit qu'elles accumulent compulsivement les objets dans leur logement ; soit qu'elles s'installent dans un environnement vide de tout ornement. Or habiter implique d'activer sa subjectivité et sa sensibilité par la présence d'objets choisis et signifiants et la qualité esthétique de son espace. Habiter, selon Heidegger, implique de ménager un lien avec la dimension cosmogonique de l'être-là de l'humain, comme l'illustre le projet de Chantal Dugave, reliant immanence et transcendance. Comme le dit Chris Younès, habiter c'est se tenir quelque part dans le monde, c'est donc exister en donnant sens aux choses et aux liens que l'on entretient avec elles. Or c'est précisément cette capacité qui est affectée par la maladie mentale. L'instauration artistique de l'hospitalité a donc pour enjeu de soutenir la capacité d'habiter de personnes souffrant de troubles affectant leur capacité à faire des liens. Pour ce faire, toutes les conduites créatrices visant le ménagement et la conception d'une spatialité au service du soin et de l'habiter, que ce soit à l'échelle du corps (architecture) ou de la main (l'objet), sont à prendre en considération.

Ménager au lieu d'aménager, c'est inclure Autrui dans l'acte d'hospitalité. Emmanuel Levinas adresse une critique de la philosophie de l'habiter prônée par Heidegger :

La dernière philosophie de Heidegger devient ce matérialisme honteux. Elle pose la révélation de l'être dans l'habitation humaine entre Ciel et Terre dans l'attente des dieux et en compagnie des hommes et érige le paysage ou la « nature morte » en origine de l'humain. L'être de l'étant est un Logos qui n'est verbe de personne. Partir du visage comme d'une source où tout sens apparaît, du visage dans sa nudité absolue, dans sa misère de tête qui ne trouve pas de lieu où reposer, c'est affirmer que l'être se joue dans le rapport entre hommes, que le Désir plutôt que le besoin commande des actes⁴³⁶.

436 Emmanuel LEVINAS, *op. cit.*, p.333.

Cette critique nous interpelle car les projets de design, lorsqu'ils sont pensés initialement pour les usagers, en-dehors des soignants, sont généralement rapidement mis en crise par l'impensé de la relation soignante, et même thérapeutique. En conséquence, ménager une hospitalité dans les établissements de santé, c'est à la fois prendre soin des lieux et des artefacts mais c'est aussi, de manière indissociable, concevoir les modalités de la qualité des relations entre les soignants et les soignés.

Faire avec

Le *faire avec* est sans conteste l'une des conduites créatrices les plus incontournables pour espérer une instauration-manifeste de l'hospitalité. À cet égard, il a été frappant de constater que nombre de soignants ont exprimé une certaine nostalgie du premier confinement lié au COVID-19 en raison des marges de manœuvre et de pouvoir d'agir qu'ils avaient retrouvés à cette occasion. Il suffit d'observer la manière dont se déroule le plus souvent la consultation des usagers quand il s'agit de choisir leur environnement de travail à l'occasion de constructions ou de rénovations pour comprendre qu'ils ont peu de pouvoir d'agir en dehors de leur cadre de compétence *stricto sensu* : plan incompréhensible, choix des couleurs sur de minuscules vignettes de nuanciers, liste des besoins sans partage du projet thérapeutique global. Inutile de préciser que les usagers eux-mêmes ne sont pas non plus consultés alors que leur santé est au cœur de la raison d'être de ces aménagements dont on ne peut que souhaiter qu'ils deviennent des ménagements.

Pratiquer un design de l'hospitalité, c'est donc mettre en acte le « permis de faire », conceptualisé par Patrick Bouchain⁴³⁷, dans tous les secteurs de l'hôpital et avec toutes ses parties prenantes. Les experts et les techniciens venant en appui des utilisateurs. Un hôpital pensé par et avec les usagers et toutes les composantes des professionnels le faisant vivre serait nécessairement un espace habitable, ouvrant des possibilités de cheminement et d'interprétation. À l'instar du concept de *démopraxis*, adopté notamment par l'artiste Ettore Pistoletto, Patrick Bouchain a élaboré une loi permettant de transformer le permis de construire en *permis de faire*, à partir d'une interrogation : « comment se fait-il que dans une société de liberté – de liberté d'opinion et d'association –, on ne délègue jamais le « faire » aux « représentés ». » L'étude exploratoire conduite en amont de la création du *lab-ah* - une cinquantaine d'entretiens avec les parties prenantes de l'hôpital - a confirmé cet état de fait. Dans l'ensemble, les professionnels ont exprimé

437 Patrick BOUCHAIN, *Permis de faire*, Leçon inaugurale de l'École de Chaillot, Cité de l'architecture et du patrimoine, 2017.

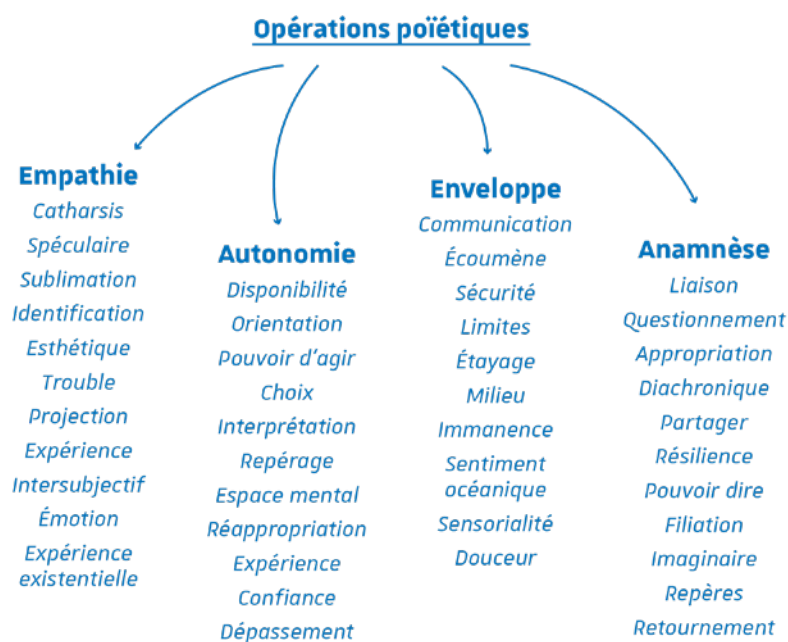
leur adhésion, après des décennies de militantisme, à la représentation des usagers dans les instances décisionnaires de l'établissement. Ils ont également intégré la nécessité démocratique qu'ils soient consultés et entendus dans les choix concernant les soins. Mais aucun n'a suggéré, ni même envisagé, de les associer comme partenaires du *faire* de ce nouvel hôpital qu'était le GHU Paris. Un faire relatif aux projets de constructions, aux offres de nouveaux services de santé mentale ou aux innovations thérapeutiques. Six ans plus tard, le climat est plus favorable à ce travail collaboratif avec les usagers sur tous les sujets de l'hôpital, grâce au développement récent de la notion du partenariat en santé au GHU Paris. Celui-ci ouvre en effet des pans entiers d'expérimentation de nouveaux types de collaborations avec les usagers⁴³⁸.

Patrick Bouchain conclut son *opus* par un appel : « Est-il possible, en conclusion, d'envisager un « permis de faire » dont le principe est de donner une délégation fondée sur deux principes : d'une part une confiance *a priori* dans la personne à qui on donne cette délégation ; de l'autre un jugement *a posteriori* de l'objet pour lequel cette personne a sollicité cette délégation ? » Un appel en conformité avec nos premières conclusions relatives aux conditions de l'instauration-manifeste de l'hospitalité dans les lieux de soin

Les opérations poïétiques

Nous voulons maintenant expliciter quelles sont les opérations psychologiques, sensibles et phénoménologiques mises en jeu par les conduites créatrices. Dans un souci de synthèse, nous en avons identifié quatre, susceptibles de contenir chacune une diversité de processus : l'empathie (*Einfühlung*), l'anamnèse, l'enveloppe et l'autonomie.

438 Le partenariat en santé est porté par le laboratoire SM-SHS dirigé par Emmanuelle Jouet.



L'empathie (Einfühlung)

L'empathie, que nous avons analysée dans le cahier poétique « Un air de famille », est un phénomène à la fois psychologique, neurocognitif et sensible. Il cristallise différents processus selon les situations d'interlocution dans lesquelles sont placés les sujets. L'empathie active notamment les fonctions psychiques spéculaires, permettant la mise en connivence des personnes entre elles, grâce à un mécanisme de projection sensible dans les objets et les milieux en présence. Elle ouvre de ce fait la voie à des mécanismes psychologiques et émotionnels entre les sujets et leur milieu de l'ordre de la sublimation ou de la catharsis. L'empathie est au fondement de *l'aesthesis* en ce qu'elle donne la possibilité à la personne de vivre et ressentir une expérience de sens en la libérant du conditionnement généré par des environnements fonctionnels vides de toute poésie.

À l'hôpital, il est vital pour les personnes malades de trouver des ressources pour transformer ce qui est subi, en termes de souffrance et d'inquiétude, en expérience dans laquelle ils deviennent agents, acteurs de leur propre destinée. Les dynamiques à l'œuvre dans l'empathie leur offre des expériences grâce auxquelles ils peuvent cheminer de la rive du pâtir à celle de l'agir. La misère symbolique des espaces hospitaliers représente une double peine pour les usagers même s'ils sont pensés pour faciliter la pratique médicale. Elle contribue à installer les patients dans une passivité craintive qui vient faire obstacle au rétablissement.

L'anamnèse

Les exemples d'expositions organisées à *la Ferme du Vinatier* et à la Maison du patrimoine de l'hôpital de Perray-Vaucluse illustrent l'importance des processus individuels et collectifs de remémoration et de mise en récit des histoires constitutives d'une communauté professionnelle. Dans ce cadre, les objets privés ont révélé leur valeur testimoniale essentielle à toute tentative de compréhension.

L'anamnèse est à l'origine un terme clinique désignant la mise en récit de la maladie du patient. Elle est déplacée dans le contexte de l'instauration artistique vers une démarche culturelle accompagnant une communauté hospitalière à faire le récit mémoriel des histoires des soignants comme des usagers. Ce faisant, elle lève le voile sur des expériences incarnées déconstruisant les représentations et les conventions liées à l'histoire officielle. Une histoire recouvrant de son manteau, tissé des grands noms et des inventions remarquables, les réalités de la vie quotidienne des hôpitaux dans lesquelles se nichent le meilleur et le pire du point de vue de l'éthique de l'hospitalité. Et c'est seulement en découvrant ces trajectoires individuelles, inscrites dans leur vie quotidienne, en les écoutant, en les partageant entre parties prenantes, en les exposant dans un espace public que se révèle la dialectique de l'hostilité et de l'hospitalité de l'hôpital.

Il ne sert à rien de convoquer l'hospitalité dans des discours, le plus souvent défensifs mais il est en revanche indispensable de traquer son défaut dans toutes les expériences vécues des patients, de leur famille et des professionnels. L'anamnèse joue un rôle essentiel dans le design de l'hospitalité car elle permet d'en faire un sujet de controverse et de réflexivité ouvrant des pistes d'amélioration de la situation présente.

L'enveloppe

La théorie des enveloppes développée par Didier Anzieu inspire un grand nombre de thérapeutes dans leur pratique. En psychiatrie notamment, la prise en compte des besoins de contenance et de sécurité sensorielle des patients est une clé de voûte de la prise en charge. Mais elle se cantonne bien souvent aux frontières du colloque thérapeutique : la salle de psychomotricité, la consultation, la chambre d'isolement. Or la poïétique de l'hospitalité nous conduit à considérer que les enjeux de l'enveloppe débordent la relation thérapeutique et concernent tout le milieu des hôpitaux, depuis l'accueil de premier niveau jusqu'à la sortie. L'enveloppe a une double fonction pour le sujet, elle est un objet de réassurance et une interface de communication. À cet égard, elle constitue une des composantes essentielles à la mise en acte de l'hospitalité.

Le thème de l'enveloppe a été identifié comme un paradigme dans le prendre soin. C'est pourquoi le *lab-ah* lui a consacré une journée d'étude dont l'argumentaire était formulé de la manière suivante : « La matérialisation des fonctions d'enveloppement et de contenance à l'hôpital, le protocole qui les régit et l'esthétique qu'elles dégagent interrogent sur leur capacité à prendre en compte la sensorialité et la sensibilité des personnes en souffrance. Alors, comment repenser avec les designers la conception de ces enveloppes ? Comment qualifier l'hospitalité des services de soin à travers le prisme d'une sensation physique et psychique intime : celle de se sentir enveloppé ?⁴³⁹ »

L'autonomie

Nous l'avons dit et répété, l'hospitalité dans les lieux de soins est une ressource pour que les hôtes, autrement dit les patients, s'en affranchissent. Le design de l'hospitalité vise donc à favoriser l'autonomie de la personne. Cette dernière est une valeur paradigmatique de notre société démocratique libérale comme l'affirme le sociologue Alain Ehrenberg : « L'un des plus puissants idéaux de cette société de l'autonomie généralisée est l'individu capable, quels que soient ses handicaps, ses déviations ou ses pathologies, de s'accomplir en transformant ses handicaps en atout par une création qui augmente sa valeur en tant que personne. Appelons-le l'idéal du potentiel caché⁴⁴⁰. » Ainsi, un design de l'hospitalité pourrait se définir par les modalités artistiques et esthétiques offertes aux usagers, permettant à chacun de se situer, de s'orienter, de reprendre confiance, de vivre des expériences et de s'appuyer sur son « potentiel caché » pour reprendre le fil de sa vie dans le milieu ordinaire ou dans un milieu adapté selon le caractère chronique de son affection.

Néanmoins, cette idée de l'individu capable de résilience, dès lors qu'elle devient une injonction conditionnelle à l'inclusion sociale, donne lieu à de vives critiques. En effet, il est du droit fondamental de chaque être humain de ne pas être capable, temporairement ou durablement, de ne pas être autonome et de ne pas être innovant. Les processus de création à l'hôpital aspirant à améliorer son habitabilité ne sont pas de l'ordre de l'injonction. Ils relèvent seulement du registre de l'expérience et de l'attention. Car vivre une expérience existentielle, donner forme à l'indicible et le partager avec des sujets et des objets, c'est une manière de se sentir existant, sans être sous le joug de l'exigence

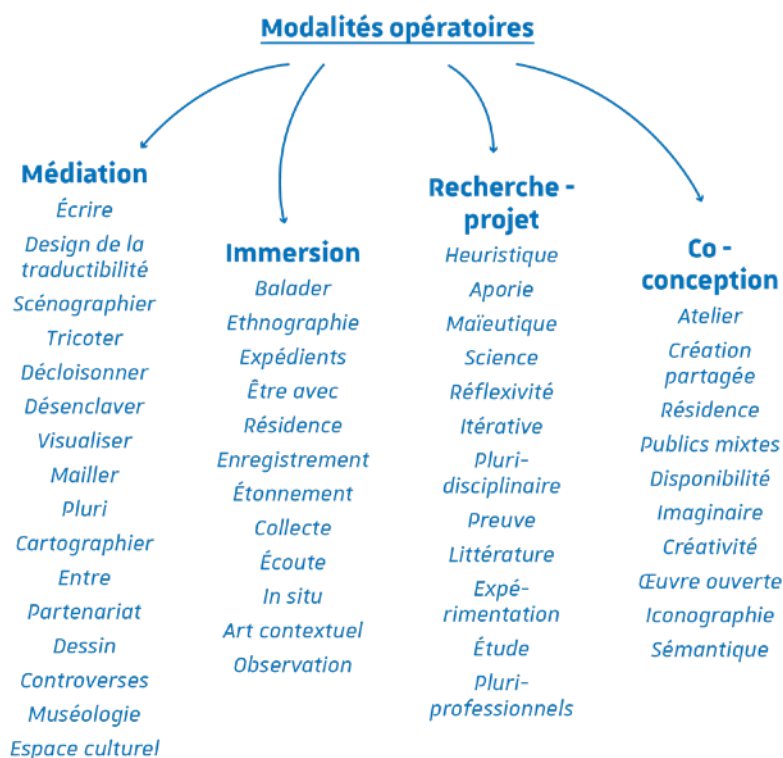
439 Journée d'étude Design et Santé, l'enveloppe et le soin, le 30 mars 2021 au GHU Paris.

440 Alain EHRENBURG, *La mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*. Odile Jacob, 2018, p. 20.

d'autonomie adressée aux individus contemporains. En cela, l'instauration artistique doit rester vigilante à ne pas se faire la complice d'un modèle de la performance individuelle, y compris celui de la résilience, qui est paradoxalement à l'origine de nombreux troubles psychiques de nos contemporains.

Les modes opératoires

Les conduites créatrices comme les opérations poïétiques s'incarnent dans des méthodologies et des postures que nous nommons les modes opératoires. Elles sont nombreuses mais nous en retiendrons seulement quatre qui nous paraissent incontournables dans cette théorisation de l'instauration artistique par un design de l'hospitalité : la médiation, l'immersion, la coconception et la recherche-projet.



La médiation, l'art du drogman

La place et le rôle prépondérant de celui que nous avons appelé le *drogman* est une condition à l'instauration artistique de l'hospitalité par l'art et le design. Cette dernière ne peut pas avoir lieu sans s'allier les parties prenantes d'un système complexe, dont le point

d'équilibre est toujours à l'intersection de l'intérieur et de l'extérieur de l'hôpital. Les milieux de la santé et ceux de la création sont exogènes l'un à l'autre et leur rencontre est difficile sans l'intercession d'un *drogman* – le médiateur culturel, le chargé de la culture, le designer... maîtrisant les deux langages et détenant des compétences de traduction.

Mais l'instauration a besoin de temps. Le *drogman*, en se mettant au service de l'institution, bénéficie du temps long de ses transformations. Il est seul en capacité de prolonger les interventions plus ponctuelles des créateurs/concepteurs extérieurs, dans le fonctionnement et la routine de l'hôpital. Réciproquement, il traduit la culture hospitalière à ses interlocuteurs en déminant progressivement le terrain de l'institution. En l'absence d'un *drogman* au sein de l'organisation hospitalière, la médiation repose essentiellement sur les épaules des artistes et des designers intervenants et devient dès lors une composante majeure de leur démarche. Car dans la logique de l'instauration artistique à l'hôpital, le simple dépôt d'une œuvre ne suffit pas. Un travail de médiation est à engager entre les œuvres et les récepteurs, entre le monde de la création et celui du soin, entre les usagers et les professionnels impliqués et les artistes, entre l'hôpital et ses partenaires du territoire. À cette condition seulement se créent les conditions d'une instauration durable.

L'immersion ou la prégnance du contexte et de l'in situ

Le design de l'hospitalité ne peut pas se déployer sans s'immerger dans son contexte et problématiser son action à partir de lui. Sur le plan des modes opératoires, cela se traduit par une préférence très nette pour les ateliers in situ avec les personnes concernées et les résidences des artistes et designers, aux dépens de la commande classique ou de l'achat et de l'installation d'œuvres. Si ces dernières modalités n'ont pas à être exclues des pratiques hospitalières, elles ont généralement peu d'impact pour l'instauration artistique car elles ne répondent pas aux conduites créatrices et ne génèrent pas les opérations poïétiques telles que définies ci-dessus. L'immersion, l'observation participante, les ateliers de création partagée, le faire ensemble sont autant de modes opératoires qui apportent leur contribution à une instauration effective de l'hospitalité.

La coconception des milieux

Espace et objets doivent être investis d'un nouvel élan pour jouer pleinement leur rôle *esthétique*, afin de générer des expériences existentielles de sens et de sensibilité, dans des contextes et des moments de vie où la maladie, la souffrance et la peur en font perdre la teneur. Un immense chantier est à ouvrir pour créer les espaces et les outils de médiation au service de la coconception des milieux hospitaliers avec les usagers, les proches et les professionnels. Les designers, architectes et paysagistes assument dès lors un rôle

de médiation entre le processus de conception et les aspirations des usagers dans un faire ensemble, plutôt que dans une programmation d'expertise. Ils apportent néanmoins leur compétence dans les synthèses créatives donnant formes au travail collaboratif. La conception des outils de traduction pour que chacun puisse se représenter l'espace, les couleurs, les objets, les sons est un enjeu de la démopraxie.

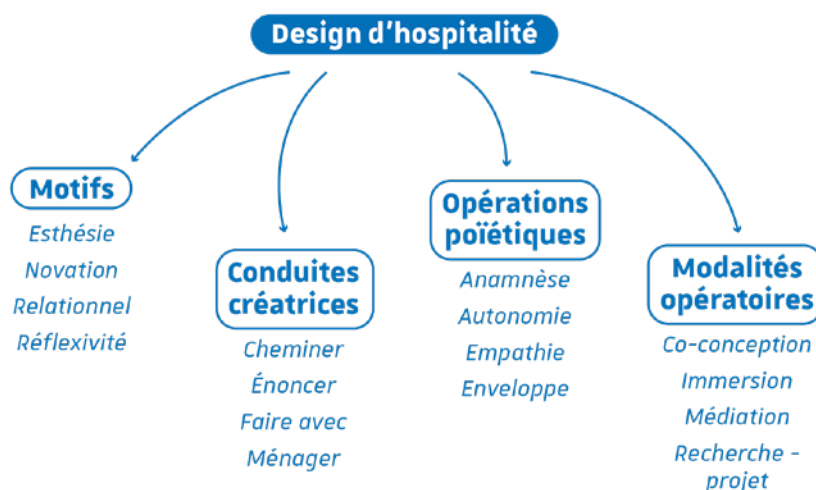
La Recherche-projet

La Recherche-projet est un mode opératoire structurant et heuristique dans un *faire design* de l'hospitalité. Elle consiste à développer le projet à partir des avancées les plus prometteuses de la recherche, tout en n'en traitant que la part utile à la projection. Elle se dote en outre des outils d'évaluation de la novation artistique ou de design permettant d'apporter des données probantes, tant sur le plan de la qualité de l'hospitalité en recueillant les usages et les ressentis des participants que sur celui des impacts thérapeutiques pour les usagers et la qualité de vie au travail des professionnels. Pour ce faire elle s'articule avec les méthodologies de recherche scientifique des disciplines médicales et infirmières mais aussi des sciences humaines et sociales, de manière à faire une moisson la plus riche possible des transformations induites avec et par le projet. La Recherche-projet à l'hôpital est un incontournable pour les projets innovants à vocation de déploiement. Cette modalité est explorée dans le chapitre 4.

2. Du design de l'hospitalité au design d'hospitalité

À cette étape de notre réflexion, nous proposons de modifier l'appellation de « design de l'hospitalité » en « design d'hospitalité ». Les contours de l'objet de notre étude se sont en effet redéfinis au détour de la recherche. Les termes de design de l'hospitalité laissent penser que celui-ci peut concevoir et fabriquer de l'hospitalité dans un lieu. Or son intervention concerne les conditions, les contextes, les environnements, les supports invitant et soutenant des relations entre les personnes mettant en pratique une éthique de l'hospitalité, l'accueil d'une altérité et une attention au bonheur d'autrui. L'hospitalité reste de la responsabilité des sujets engagés dans une relation. Tous les témoignages des usagers impliqués dans ces projets vont dans ce sens. En revanche les artistes et les designers pratiquent eux-mêmes l'hospitalité dans la relation qu'ils instaurent avec les patients et les professionnels. Ainsi parler d'un design « de l'hospitalité » c'est essentialiser et objectiver un concept qui n'existe qu'en s'incarnant dans le mouvement des relations. En outre la théorisation de la poïétique de l'art et du design à l'hôpital s'intéresse à la manière dont

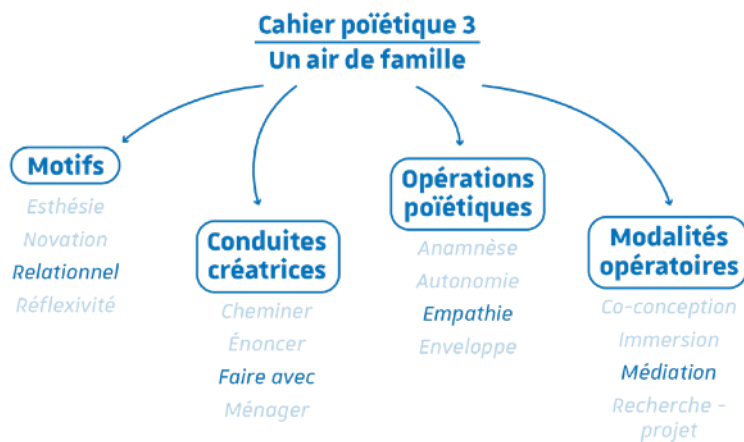
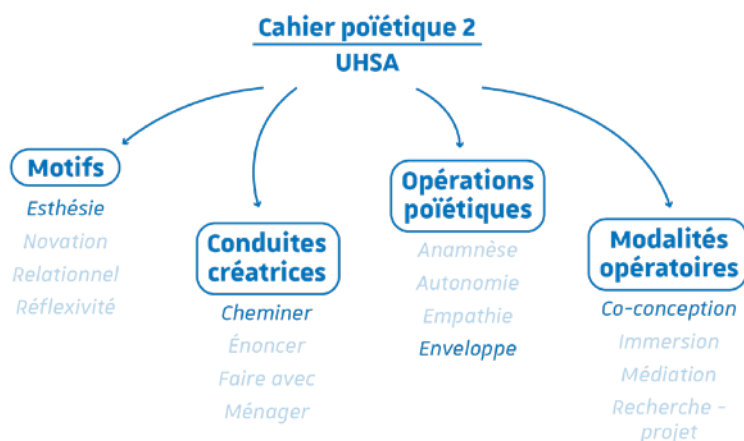
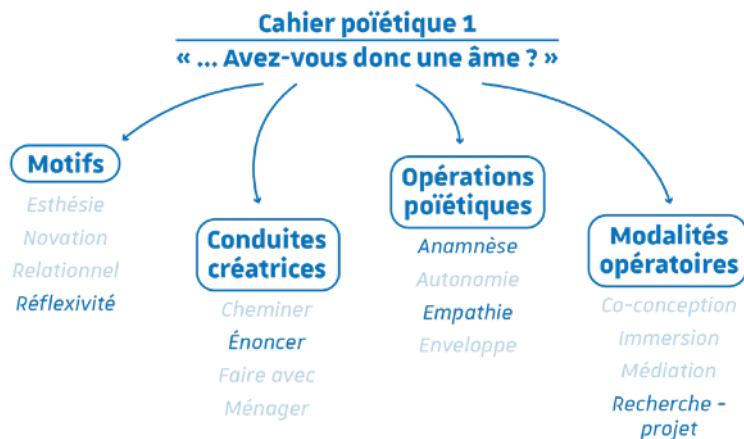
ils peuvent être consubstantiellement des disciplines d'hospitalité, dont ils sont porteurs de qualités dans les formes, les intentions et les processus qui en font en soi des agents d'instauration artistique d'hospitalité. C'est pourquoi nous souhaitons parler dans la suite de ce travail d'un « design d'hospitalité » car il rend plus intelligible la dimension intégrative de l'hospitalité dans le design.



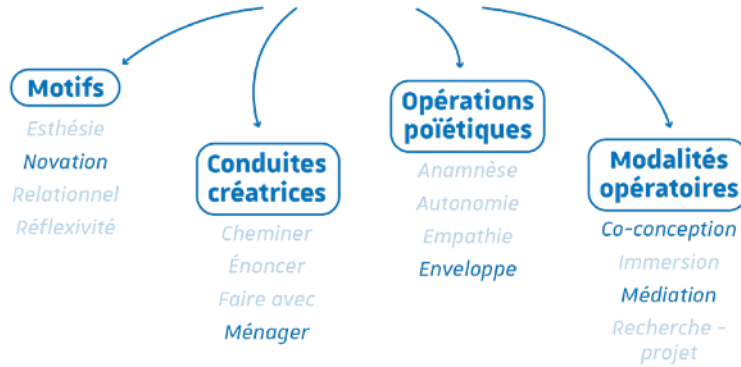
À ce stade, la question de la puissance transformatrice de l'instauration artistique à l'échelle de l'institution reste néanmoins irrésolue. Car rien ne prouve encore que cette instauration artistique de l'hospitalité se traduise de manière significative dans les organisations, les règles, la gouvernance, le management, les pratiques des établissements hospitaliers ayant accueilli ces conduites créatives. Nous proposons donc de parler d'instauration – manifeste plutôt que de changement culturel global de l'organisation. Car pour qu'un changement soit acté, il doit pénétrer toutes les dimensions de l'institution. Néanmoins nous pouvons d'ores et déjà affirmer que l'instauration artistique de l'hospitalité par l'art et le design a une fonction d'énonciation qui vient atténuer l'énoncé technocratique de l'hôpital.

La visualisation donne à comprendre les correspondances entre les quatre composantes de l'instauration artistique : les motifs, les conduites créatrices, les opérations poïétiques et les modes opératoires. Elle met en lumière la multiplicité des agencements possibles entre elles à travers la qualification de l'instauration artistique de chaque projet. Elle présente des possibilités sans englober tous les possibles. L'aboutissement systémique et synthétique de la recherche n'est pas seulement de fournir une grille de

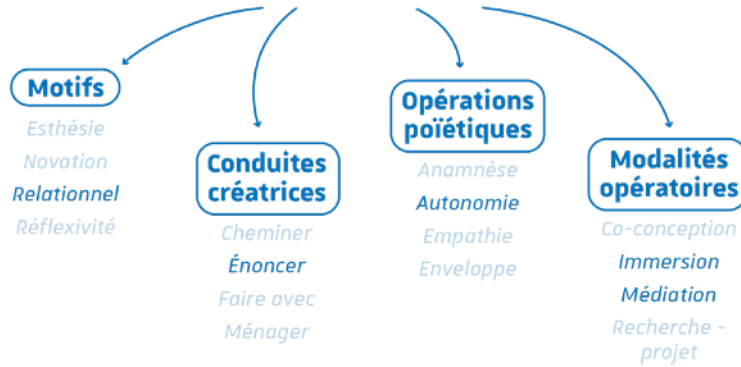
lecture poïétique des projets mais aussi un système de compréhension plus riche de la poïétique de l'art et du design en milieu de soin, comme en témoignent les visualisations ci-dessous.



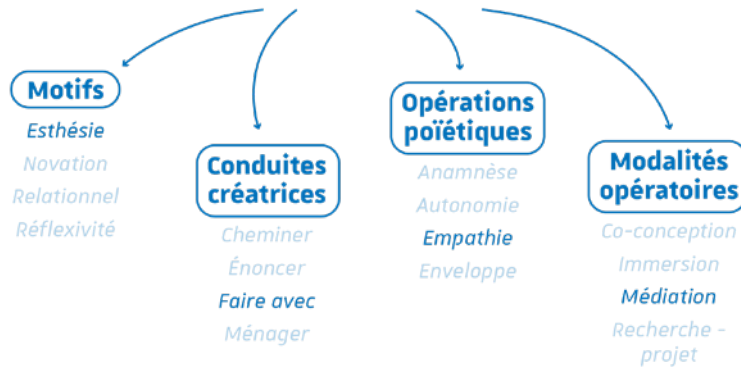
Cahier poétique 4
Mobilier d'accueil, Cabanon vertical



Cahier poétique 5
Le patient, l'hôpital et son quartier



Cahier poétique 6
De mon corps à l'autre



Chapitre 4.

Instauration artistique de l'hospitalité dans 8m² : une recherche-projet

*À quel brumeux voyages
S'égarer ton esprit
Scintillant et marbré
Des craintes de l'enfance
Reposent dans cette maison
Les fins de nos vies
Dans une terrible attente
Chaque journée est vide
Disparus et vivants s'entremêlent
Et se dissolvent dans le même regret
Souvenirs aimés et colère
Au présent s'entrechoquent
À quels brumeux voyages
Splendides et hors du monde
Se livre ton esprit ?*

Ce chapitre présente une recherche-projet en design pilotée au GHU Paris par l'auteure, en parallèle de l'écriture de la thèse en collaboration avec les designers du *lab-ah*⁴⁴¹ et une équipe médicale et paramédicale. L'objet est de transformer une chambre d'isolement en espace d'apaisement dans une unité de soins intensifs. Ce projet est appréhendé

441 Coline Fontaine, cheffe de projet au *lab-ah* et Jeanne Sintic, stagiaire puis volontaire en service civique au *lab-ah*.

comme un terrain d'application des hypothèses de l'instauration artistique de l'hospitalité. Le caractère épistémologique de cette démarche réside dans l'étude poïétique que l'auteure de la thèse mène sur l'action en train de se faire.

La conduite des opérations créatrices visant à traduire les problématiques soignantes en propositions formelles et sensibles fait en effet l'objet d'une expérimentation et d'une analyse continue. Autrement dit, l'expérience menée avec l'unité de soins intensifs du 28ème secteur se présente comme un terrain d'application et de vérification du caractère performatif du processus de création à l'hôpital, dès lors que celui-ci intègre les quatre dimensions de notre hypothèse : le motif de la réflexivité ; le motif relationnel incluant la participation, l'empathie et l'expérience ; le motif esthétique dans sa double dimension sensible et signifiante ; et enfin le motif de la novation dans ce que le projet créatif apporte de nouveau, en l'occurrence pour l'ensemble du GHU Paris. Car cette initiative du 28ème secteur constitue le prototype d'un outil thérapeutique portée par la communauté médicale et par la direction. En outre, à l'instar d'Umberto Eco⁴⁴², cette poïétique de la création d'un espace d'apaisement porte son attention non seulement sur les processus de conception et de production, mais aussi sur les usages, les procès d'interprétation et d'énonciation, favorisant l'appropriation par les utilisateurs.

Les enjeux de cette production nous ont conduit à investir la théorie de l'action telle qu'elle est développée par Paul Ricœur⁴⁴³ et à considérer l'homme souffrant comme une extension de l'homme agissant. Elle éclaire en effet le sujet de la souffrance mais aussi celui de la violence, les deux cohabitant forcément dans une unité de soins intensifs en psychiatrie. Selon lui, l'étude sur l'agir humain se déroule selon un rythme ternaire : décrire, raconter, prescrire. Cette trilogie est sensiblement comparable à la méthodologie du design - observer, diagnostiquer, concevoir, produire - si ce n'est la spécificité de la visée projective de cette dernière qui la situe du côté du *poïen*.

En outre, la philosophie de l'agir humain s'intéresse à la prescription qui « désigne d'un terme générique toutes les déterminations de l'action à partir des prédicats « bons » et « obligatoires » »⁴⁴⁴. Là encore, un parallèle est à faire avec la méthode de la poïétique qui consiste à explorer et à étudier toutes les conditions, matérielles et immatérielles, de l'avènement d'une œuvre. Cependant les prédicats qui importent à Paul Ricœur

442 Umberto ECO, *L'œuvre ouverte*, Seuil, 1965.

443 Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Éditions du seuil, 1990.

444 Paul RICOEUR, *ibid.*

sont constitutifs de l'éthique et non de la poïétique. Observer le déploiement de cette recherche-projet en design, en mobilisant les concepts de la théorie de l'agir en même temps que ceux de la poïétique, l'inscrit donc de fait dans une réflexion éthique sur la conception à l'hôpital.

La dimension instauratrice de notre démarche poïétique s'est rapidement heurtée à la logique prédominante dans le champ de la recherche en santé, celle des preuves scientifiques de l'impact d'un nouvel objet dit « thérapeutique », ici l'espace d'apaisement, sur les usagers et les pratiques soignantes. Dès lors, les enjeux de la recherche en design dans le monde de la santé reposeraient sur la possibilité d'articuler les méthodes poïétiques avec celles de la médecine fondée sur les preuves.

1. Transformer une chambre d'isolement en espace d'apaisement : à l'intersection d'un projet de service et d'un projet de recherche en design

Le projet médico-soignant : apaiser l'ambiance du service

Le contexte d'une unité de soins intensifs en psychiatrie

L'équipe médico-soignante du 28ème secteur de psychiatrie prend en charge la santé mentale d'une partie de la population du 20ème arrondissement de Paris. La psychiatrie française est sectorisée, ce qui signifie que chaque service prend en charge la santé mentale des habitants d'un territoire de 60 000 à 100 000 personnes et propose dans ce périmètre une gradation des prises en charge, depuis la simple consultation (dans les centres médico-psychologiques) jusqu'à l'hospitalisation en soins aigus (dans les unités de soins intensifs). Elle gère trois unités du site d'hospitalisation d'Avron. L'une d'elles est une unité protégée de dix lits. Elle se situe au 1er étage du bâtiment et accueille des personnes hospitalisées sous contrainte en phase aigüe de leurs troubles psychiatriques (schizophrénie, bipolarité, psychose, dépression sévère).

Deux chambres d'isolement sont situées en face du bureau infirmier et à côté de la coursive, ce qui rend possible un accès vers l'extérieur. Elles sont isolables du reste du service par une porte coupe-feu. Elles ont été repeintes en blanc mais les salles de bain, séparées de la chambre par un petit couloir, n'ont pas été réhabilitées. L'une des chambres

est fermée en raison d'un problème récurrent d'écoulement de la douche vers la chambre, ce qui crée des infiltrations d'eau dans le secrétariat situé à l'étage du dessous. Au début du projet, en juin 2020, la chambre attendait des travaux de rénovation structurelle.



Illustration 137 : plan de l'USI du 28ème secteur

© lab-ah, GHU Paris, psychiatrie & neurosciences

Les patients sont hospitalisés pendant une durée allant de quelques jours à trois semaines. Pendant le temps de leur hospitalisation, ils sont très « désorganisés⁴⁴⁵ » sur le plan psychique : « leur rapport au temps, à l'espace et aux autres est en friche⁴⁴⁶ ». Leurs perceptions sont altérées. Ils sont dans une hyperstimulation désorganisée de leurs sens

445 Le syndrome de désorganisation correspond à la perte de l'unité psychique entre idées, affectivité et attitudes. Ce syndrome est marqué par des manifestations affectant notamment les cognitions, les émotions et les comportements.

446 Les caractéristiques du contexte sont notamment issues d'un entretien exploratoire mené avec la cadre de pôle et la cheffe de pôle le 6 février 2020. Les passages entre guillemets sont des citations extraites de l'entretien.

et de leur pensée, dans un moment d'explosion psychique et physique. Beaucoup d'entre eux sont très jeunes et présentent une comorbidité d'addiction, sachant que les toxiques aggravent considérablement les états de désorganisation psychique.

De ce fait, ces patients ont des temps de concentration très réduits et les activités sont difficiles à mettre en œuvre. Leur quotidien s'organise autour des activités d'hygiène, d'entretien de leur chambre, de repas, d'ergothérapie, de relaxation, d'écriture (« ils écrivent beaucoup le déroulement de leur hospitalisation pour ne pas oublier »), de lecture, de coloriage de mandalas et d'entretiens infirmiers et médicaux. Les temps de vacance sont néanmoins nombreux : être dans sa chambre (ils peuvent la fermer de l'intérieur), écouter leur playlist (certains ont accès à leur smartphone mais sans la puce), sortir accompagnés dans le patio.

L'équipe de l'unité est composée de deux infirmiers et d'un aide-soignant, d'un praticien hospitalier, d'un cadre, d'une assistante sociale, soit au total un effectif de huit infirmiers et quatre aides-soignants de jour et quatre infirmiers et deux aides-soignants la nuit. Soutenue par son encadrement, notamment la cheffe de pôle, le Dr Catherine Boiteux, et la cadre supérieure de santé de l'époque, Laetitia Thomas, l'équipe a initié une réflexion pour transformer une de ces deux chambres d'isolement en « chambre d'apaisement », dans une perspective pérenne.

L'équipe a déjà fait des recherches auprès d'autres établissements psychiatriques dotés de « chambres d'apaisement » mais sans aucune formalisation permettant une transmission. Il n'est pas certain que les réalisations qui se cachent derrière ce terme relèvent d'un même modèle, ni même d'un même concept. Nous avons, dès ce stade précoce des échanges, considéré qu'un travail de recherche sémantique serait à conduire pour donner un nom définitif à cet espace. En effet, le mot « chambre » est chargé de connotations liées à la sphère intime qui ne se prête pas nécessairement à une fonction d'accueil de tous les patients, car elle est un lieu à soi et pour soi où l'on dort. Le terme « salon » est envisagé dès le premier entretien car il évoque un lieu ouvert aux autres, temporaire et sur invitation. Mais cette piste est rapidement abandonnée au profit du mot « espace » en raison du souhait des soignants de lui attribuer un caractère thérapeutique actif, le mot « salon » invitant seulement au loisir. Quant à la notion « d'apaisement », on comprend aisément qu'elle est en miroir de celle « d'agitation » dont souffrent les patients de cette unité.

Prévenir le recours à la contrainte et à l'isolement

Le point de départ du projet de création d'un espace d'apaisement par cette équipe réside dans un constat. L'une des deux chambres d'isolement est généralement occupée par un « patient subsistant », autrement dit un patient adressé par un autre service. Une situation peu appréciée par les médecins et les soignants qui considèrent que les risques de violence et d'accidents sont augmentés quand ils ne connaissent pas la personne et que leur responsabilité se trouve engagée dans un contexte dont ils n'ont pas la maîtrise.

Quelques mois plus tard, l'article 84⁴⁴⁷ de la loi du 14 décembre 2020 sur l'isolement en psychiatrie durcit considérablement les conditions de séjour en chambre d'isolement des usagers, rendant cette pratique de plus en plus contraignante pour les professionnels et confortant leur motivation à trouver des moyens d'éviter au maximum ce « dernier recours ».

Dès les prémices de la commande, l'équipe énonce des objectifs que l'article 84 n'a fait que consolider. L'espace d'apaisement est avant tout considéré comme un outil de soins, visant à prévenir la crise chez les patients hospitalisés, afin d'éviter le recours à toute forme de contrainte. Il s'agit, selon la formulation de l'encadrement du service, de prévenir l'agitation en proposant un espace contenant⁴⁴⁸ aux patients du service, pouvant accueillir des activités, même sur des durées courtes. Cet espace serait proposé à des patients qui arrivent dans le service mais dont l'état d'agitation ne justifie pas la prescription d'isolement sans que la chambre d'accueil suffise à les contenir. Il serait également investi pour moduler leur anxiété à des moments particulièrement critiques de leur séjour, tels que le passage du jour à la nuit. Retarder et éviter le recours à l'isolement, mais aussi raccourcir sa durée, sont les objectifs affirmés par l'équipe. Actuellement, il n'y a pas de travail de « préparation à la sortie » car il faut souvent libérer la place pour d'autres patients accueillis en urgence. Enfin, l'espace d'apaisement, que nous proposons de nommer EA dans la suite du texte, serait un support à la médiation entre soignés et soignants, en offrant un lieu accueillant pour mener des entretiens informels ou partager une activité.

447 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665379

448 La notion de « contenance » sera reprise dans le paragraphe sur les enveloppes.

À ce stade, les professionnels ne pensent pas pouvoir se passer complètement de la chambre d'isolement, en particulier dans les situations de violence. La chambre d'isolement reste adaptée, de leur point de vue, par exemple le temps qu'un traitement fasse effet à l'arrivée d'un patient que l'équipe ne connaît pas ou lorsqu'un patient est « débordé » par les toxiques.

Ils envisagent alors l'EA et la chambre d'isolement dans une continuité de la prise en charge des patients avec l'objectif de réduire le plus possible les séquences et le temps d'isolement. Mais penser ce continuum, c'est aussi repenser l'expérience de la chambre d'isolement, jugée « traumatisante » par la majorité des usagers⁴⁴⁹.

Pour répondre à ces besoins, le *lab-ah* propose dès lors de construire une recherche-projet avec l'équipe soignante de l'unité de soins intensifs du 28ème secteur autour d'un projet de design susceptible d'accompagner le déplacement de l'isolement, qui relève du registre de la sécurité, vers celui de l'apaisement, qui s'inscrit dans le prendre soin.

Vers une recherche par le faire design

La double question de recherche

La question de la recherche-projet à laquelle nous tentons de répondre s'inscrit dans le double domaine de l'*evidence based medicine* et de la théorie du design. Du point de vue de la théorie du design, elle se pose de la manière suivante : comment traduire la valeur hospitalité dans le monde du sensible, en créant une relation entre esthésie (les sensations), esthétique (les formes) et éthique (les valeurs), à l'occasion de la conception d'un « espace d'apaisement » ? Rappelons que l'hospitalité est entendue comme l'ensemble des signes, des espaces, des formes et de tout langage symbolique permettant à chaque usager de s'inscrire dans un réseau de sens où s'affirment, dans la dignité, son statut de sujet autonome, la connexion à son être-intime et à son être-au-monde, et où la part de culture et d'imaginaire désaltère l'aridité de sa souffrance.

En outre, la question de recherche se pose aussi dans le champ thérapeutique, la valeur phare étant issue de la philosophie du Rétablissement et pouvant se formuler ainsi : comment le design d'un tel espace soutient-il l'autonomie des usagers et les pratiques

449 HAS, Haute Autorité de Santé, *Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode recommandations pour la pratique clinique*, février 2017.

soignantes pour la prévention et la gestion des crises d'agitation et d'anxiété ? En point de mire de ces deux approches, l'enjeu est de diminuer en nombre et en durée le recours à des séquences d'isolement.

Situer la méthodologie

La responsabilité de la recherche-projet en design qui nous incombe au *lab-ah* offre une opportunité précieuse de compléter la méthodologie d'étude de cas par une étude en temps réel. La recherche-projet autour des apaisements intègre le programme des projets de design expérimentaux du *lab-ah*, dont Marie Coirié, designer, et l'auteure sont responsables. Le groupe de la recherche-projet est co-piloté par la cheffe de pôle, la cadre de pôle, la cadre du service et l'auteure. Il est composé des professionnels de l'unité protégée du 28ème secteur et d'une équipe projet du *lab-ah*⁴⁵⁰.

La posture consiste à se situer à mi-chemin entre une observation participante inspirée des méthodes ethnologiques, trop chronophage dans un contexte opérationnel, et une analyse *a posteriori* qui nous priverait de la possibilité d'articuler la dimension heuristique de la recherche à l'action en cours. En conséquence, cette étude poïétique ne se fait pas à partir de « l'œuvre » réalisée mais tout au long de son déploiement. À l'inverse des cahiers poïétiques, elle n'interroge pas la structure de « l'œuvre » pour en déduire les intentions et les modes d'intervention des concepteurs mais elle en soutient le raisonnement et les itérations à chaque phase de production par l'installation d'un espace réflexif commun à toutes les parties prenantes.

Car la méthode adoptée n'en reste pas moins inscrite dans une épistémologie de la poïétique, en tant qu'étude des processus de création et de production d'un objet – une œuvre – qui advient au monde et le transforme par sa puissance d'être et ses usages. En l'occurrence, la conception et la réalisation d'une nouvelle catégorie spatiale dite « espace d'apaisement », potentiellement reproductible dans d'autres services du GHU Paris. En vérité, ce qui est mis en mouvement par ce projet c'est à la fois le *poïen* et la praxie : le *faire*, fabriquer un espace, et la *pratique*, les pratiques soignantes. On leur adjoindra la notion d'*aesthesis* – susciter et étudier les perceptions, les ressentis des utilisateurs de l'EA. Pour autant, ces trois dimensions ne jouent pas le même rôle dans la dynamique de la recherche et du projet : le *faire* est le moteur du projet sur lequel s'appuie la production

450 Dr Catherine Boiteux, Laetitia Thomas, Béata Iwanczuk, Marie-Hélène Créachcadec, Etienne Bertrand, Marie Coirié, Coline Fontaine, Jeanne Sintic, Anne-Lise Vernejoul, Lou Radigois, et toute l'équipe paramédicale de l'USI.

des connaissances, l'*aesthesis* est le moyen par lequel sont attendues les transformations de l'expérience des usagers et la *pratique* soignante est le mouvement de transformation, observé et attendu par la recherche-projet partagée avec l'équipe infirmière en vue de diminuer le recours à l'isolement.

Nous avons explicité la recherche-action comme mode de collaboration avec les professionnels. La méthodologie de la recherche-action :

*est une stratégie d'intervention dynamique au caractère social ; elle vise donc principalement le changement au travers d'une démarche réflexive de production d'une connaissance nouvelle articulée à la résolution de problèmes susceptible de contribuer à améliorer une situation jugée problématique. Ciblant des besoins concrets, elle se distingue d'autres types de recherches par son mode de cogestion : chercheurs et acteurs sociaux sont partenaires dans toutes les étapes de la recherche. Elle est tantôt initiée par les propositions d'un chercheur, tantôt par la sollicitation d'un milieu qui souhaite améliorer certaines pratiques en lien avec un problème précis.*⁴⁵¹

Notre projet prend sa source de manière concomitante dans la sollicitation de l'équipe du 28ème secteur, adressée au *lab-ah*, et dans la proposition de l'auteure d'intégrer cette action dans sa recherche doctorale et en tant que directrice de projet. Pour autant, est-ce une recherche-action ?

Une recherche-création ?

La recherche-action ne recouvre pas totalement le périmètre de cette démarche car nous ne pouvons pas faire abstraction des qualités mêmes du design en tant que pratique de création. Ce dernier nous invite à développer une recherche qui s'appuie sur la production d'un artefact sur laquelle on théorise une connaissance.

En cela, nous rattachons ce projet à la famille de la recherche-création en pratique artistique qui fait actuellement l'objet d'un vaste mouvement de réflexions et de recherches. Mais avec Paul Gosselin, « à ce stade de la réflexion, on peut dire qu'un des aspects qui caractérisent la recherche en pratique artistique serait le fait qu'elle est

451 Joëlle MORISSETTE, « Recherche-action et recherche collective, quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.2, n°25, p. 35-49.

réalisée par des personnes qui sont engagées aussi dans une pratique⁴⁵². » Alors que nous pouvions penser que la pratique en question concernerait seulement le champ artistique, d'autres auteurs ouvrent des options :

Il y a recherche-création dès lors que d'autres praticiens, appartenant au champ de l'art comme à d'autres champs, tels ceux du savoir et des techniques, peuvent puiser dans les œuvres produites et les processus qui les ont façonnées des éléments susceptibles d'alimenter leurs propres activités. La recherche-création suppose ainsi, fondamentalement, un partage et elle s'opère dans la constitution d'une ou de plusieurs communautés d'intérêts autour des objets et des processus de l'art⁴⁵³.

Les auteurs définissent ensuite trois types d'intéressement : celui de la communauté artistique qui peut s'emparer de pistes d'innovation ; celui de la communauté des chercheurs dès lors que le champ des savoirs en art s'en trouve alimenté ; celui de la communauté des technologies et des sciences, notamment médicales, qui y puise des ressources pour ses activités propres. Ils plaident pour lever le malentendu sur le mot recherche : dans le monde artistique la recherche se confond avec le processus même de création. Dans la recherche, « l'expérience artistique n'est pas évacuée mais elle se double de dynamiques d'intéressements collectifs délibérés et explicités comme tels. » Mais on peut lire plus loin : « Force est de reconnaître que nous avons affaire à une réflexion de nature émergente, encore en devenir, et qui apportera à terme ses constats scientifiques pour dessiner les caractéristiques de la Recherche. »

Ainsi, la recherche-action ne souligne pas la spécificité de l'objet de création à laquelle elle s'applique et la recherche-création mobilise des catégories de praticiens parmi lesquels on retrouve les acteurs scientifiques et les designers mais pas les porteurs de projets, les *drogmans* auxquels s'identifie l'auteure.

452 Pierre GOSSELIN, « La recherche en pratique artistique. Spécificité et paramètres pour le développement de méthodologies », in Pierre GOSSELIN, Eric LECOQUIETEC (dir.). *La recherche création. Pour une compréhension de la recherche en pratique artistique*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p.21-31

453 Izabelle PLUTA, Mireille LOSCO-LENA, « Pour une topographie de la recherche-création », *Ligeia*, n°137-140, p.39-46

Du côté des Anglo-Saxons, la méthodologie dite *art-based research*⁴⁵⁴ se rapproche de notre démarche en ce qu'elle mobilise toutes les potentialités sensibles et performatives de l'art pour augmenter et déployer la compréhension de l'expérience et de la psychologie des parties-prenantes d'un projet, *a fortiori* dans un contexte thérapeutique. Elle pose donc les bases de l'art-thérapie. Nonobstant la mobilisation de la création au cœur des interactions sociales autour d'un projet commun, cette méthodologie ne recouvre pas non plus tout à fait notre approche. En effet, alors que l'art-thérapie a pour priorité d'explorer les potentialités thérapeutiques et de développement personnel des participants d'un projet par la pratique artistique, notre dynamique est toute entière tournée vers la transformation améliorative d'une situation donnée.

Nous devons en conséquence adjoindre à notre réflexion la visée épistémologique projective de la recherche en design qui consiste, selon Alain Findeli, « à concevoir une théorie de l'interaction homme - environnement grâce à une démarche analytique et dans une visée de transformation en interactions préférables⁴⁵⁵ ». Et ce en s'intéressant avant tout à l'expérience de la vie quotidienne des hommes et des femmes, car il s'agit de l'objet de recherche et d'intervention du design. C'est pourquoi nous sommes conduits à redéfinir la recherche-action et la recherche-crédation en recherche-projet, ou recherche par le design, même si Alain Findeli pense que la recherche-projet en design ne peut être menée que par des designers.

L'ensemble de ces approches pose le postulat que le garant de cet exercice de recherche et de création se situerait soit du côté de la création (artistes, architectes, designers en tant que concepteurs-opérateurs acculturés aux méthodes et outils de la Recherche), soit du côté de la recherche (chercheurs, universitaires, doctorants en tant que porteurs légitime de la production d'un savoir « sur » ou « avec » un concepteur). Mais choisir la recherche-projet, plus adaptée au design, ne permet pas non plus de lever l'implication selon laquelle seul le designer peut développer une approche heuristique et épistémologique de sa propre production. Alors, comment la définir ?

454 Shaun MCNIFF, *Art-Based Research*, Jessica Kingsley Publishers, 1998.

455 Alain FINDELI, « La recherche-projet en design et la question de la question de recherche : essai de clarification conceptuelle », *Sciences du design*, vol.1, n°1, 2015, p. 45-57.

Des logiques cognitives complémentaires ?

La recherche en poïétique articule bien les trois logiques méthodologiques mobilisées dans la recherche-action, la recherche-création ou la recherche-projet en une boucle féconde et ouverte : la logique inductive, abductive et déductive. Autrement dit, elle investit les trois postures de Création, Production et Scientifique. En effet, cette recherche assume la posture doctrinaire de la création, « je crois, donc je fais » et on en constatera concrètement le résultat dans l'aménagement même de l'espace d'apaisement. En cela elle mobilise principalement la logique abductive qui utilise une vision créative pour résoudre un problème. Dans notre cas, il s'agit de projeter une synthèse créative sur un espace dont les qualités sensibles permettraient de prévenir les débordements émotionnels de personnes en proie à des troubles psychiques. Pour autant, du fait que cette visée créatrice s'appuie sur un certain nombre d'hypothèses de recherche liées aux interactions entre formes et hospitalité, l'induction est également active. Elle est reliée à une posture de production qui tient compte du contexte dans lequel le projet se déploie, tout en s'assurant de sa reproductibilité au regard des hypothèses posées. Enfin, la troisième logique à l'œuvre, celle de la déduction, permet de tirer des conséquences générales de ce processus dans une posture scientifique, qui met en place un dispositif de vérification, afin de conceptualiser une théorie diffusable à tous. Rappelons en effet que l'objectif, à terme, est d'être en mesure d'évaluer l'impact de ces propositions en art et design sur les pratiques soignantes et l'état émotionnel des patients, à l'aune d'indicateurs quantitatifs (nombre de séquences d'isolement ; durée de séjour ; prises de calmants avant et après la création du salon d'apaisement) et qualitatifs centrés sur les compétences, les pratiques et le vécu des soignants ainsi que sur l'expérience et les ressentis des usagers.

Ainsi défendons-nous une forme de recherche impliquée dans une perspective poïétique, c'est-à-dire centrée sur les conduites créatrices et sur la totalité de l'expérience faisant advenir et devenir l'œuvre, tout en tenant compte des cadres culturels et sociaux dans lesquels elle s'inscrit. Car réinscrire les processus de conception et leur évaluation dans la culture, ses schèmes et ses variations, offre des éléments de compréhension de leur puissance d'instauration, c'est-à-dire de décalage avec une situation donnée.

Il se trouve que dans la situation actuelle, c'est au titre de directrice de projet que nous portons cette recherche-projet en design. S'ajoute à cette fonction celle de doctorante qui ouvre l'écart indispensable à une prise de distance. Somme toute, la difficulté épistémique pour qualifier la méthode de cette recherche réside dans le statut même de son pilote, ni artiste, ni designer, pas encore chercheur, mais porteur de projet. Si la recherche-projet en design nous semble la plus en adéquation avec notre démarche, elle nécessite un écart avec la définition qu'en donne Alain Findeli, puisqu'elle est pilotée

par une directrice de projets, et non pas par un designer. Toutefois, le binôme qu'elle constitue avec Marie Coirié, designer, et la coopération constante avec Coline Fontaine, Jeanne Sintic, Anne-Lise Vernejoul et Benjmain Salabay, designers également, illustrent le sens du *faire design* qui implique des alliances pluriprofessionnelles, dans lesquelles les designers ont toute leur place mais pas toute la place. Pour aller plus loin dans la manière de qualifier et de situer cette démarche, nous allons devoir faire un détour du côté de la posture de l'auteure.

Situer le chercheur dans un faire design

C'est l'histoire d'un homme qui entre dans un café.

Il s'exclame « Me voici, c'est moi ! »

... et en fait, ce n'était pas lui.

Histoire humoristique anonyme

Notre posture ne sera donc pas celle du chercheur observateur, même impliqué dans son terrain, ni celle d'un créateur qui documente et théorise sa production, mais celle d'un acteur-chercheur d'un *faire design*. Un *faire design* qui ne peut se penser en dehors de la diversité de ses parties prenantes - des créateurs et des professionnels, des chercheurs et des techniciens, des décideurs - dont le processus global de projet, sa réflexivité, son intentionnalité et sa mise en œuvre, sont pilotés par un « curateur/directeur de projet », que nous avons nommé dans ce travail le *drogman*. S'ajoute à cette fonction, qui a d'ores et déjà été celle des expériences précédentes, la nouvelle posture de chercheur. Celui qui assure en continu la théorisation et la traduction entre les mondes hospitalier et créatif, et à présent avec le monde scientifique. Car nous assumons simultanément plusieurs fonctions : celle de direction de projet au titre du *lab-ah*, fonction à laquelle sont associés les designers du *lab-ah*, celle de cadre de direction participant à une politique transversale de moindre recours à l'isolement pour le GHU Paris, pilotée par d'autres directions, et celle de chercheur au titre de la rédaction de cette thèse.

Pour déplier une herméneutique du Soi dans ce contexte singulier, nous nous reportons à Paul Ricœur pour lequel la théorie de l'agir pose la question du « qui ». L'herméneutique du soi c'est l'écart entre la *mêmeté* et l'*ipséité* dans le sujet. La dialectique de l'*ipséité* et du *même* se traduit par la mise en tension du Moi observateur et du Moi agissant. En outre, ce Moi s'atteste lui-même par l'agir dans une situation d'interlocutions multiples dans laquelle le « Je est un nous ».

Afin d'éclairer le jeu d'acteurs de cette recherche-projet, nous allons faire l'exercice de répondre à cette question du « qui ». Pour commencer, identifions les parties prenantes de la recherche-projet. L'équipe-projet du *lab-ah*⁴⁵⁶ est composée des designers en charge des outils de participation, de visualisation et des propositions d'aménagement. L'équipe médico-soignante⁴⁵⁷ est commanditaire et bénéficiaire du projet mais aussi partenaire de la conception et de l'évaluation. Les usagers du service sont participants et bénéficiaires du projet. Ils sont impliqués dans la recherche en tant qu'ils témoignent de leur expérience et énoncent des recommandations. Les membres du groupe institutionnel « espace d'apaisement » garantissent la compatibilité des initiatives et des propositions avec les contraintes et les axes stratégiques de l'institution. La direction générale définit la place stratégique de ce projet et décide des moyens à lui allouer.

Qui parle ? L'auteure de la thèse est le locuteur de la recherche. Néanmoins, elle intégrera dans ce discours des séquences langagières issues de l'ensemble des parties prenantes du projet, sans pouvoir toujours les distinguer. Car les phénomènes d'intelligence collective font qu'il arrive que l'on ne sache plus très bien comment se constitue une idée, une observation, surtout en phase d'immersion. De surcroît, le travail participatif et collaboratif avec l'équipe soignante et les usagers tisse de manière très étroite les dire et les faire avec les supports de visualisation des diagnostics et les propositions de projets. Ces derniers s'élaborent à partir du savoir expérientiel des soignants et des usagers.

De qui parle-t-on ? On parle essentiellement des usagers en psychiatrie et des soignants participant à l'expérimentation. Mais en deuxième ligne, on parle aussi de tous ceux qui font l'hôpital et de la fonction de ce dernier dans la société contemporaine.

Qui agit ? L'équipe projet agit pour le projet mais toutes les parties-prenantes agissent également dans ce sens.

Qui se raconte ? Les usagers se racontent à l'équipe projet. Les professionnels soignants se racontent à l'équipe projet. L'équipe projet se raconte dans la conception du projet. L'auteure se raconte dans sa thèse et dans le projet car « le soi est impliqué à titre réfléchi dans des opérations dont l'analyse précède le retour vers lui-même⁴⁵⁸. »

456 Jeanne Sintic, Coline Fontaine, Marie Coirié, Anne-Lise Vernejoul.

457 Encadrée par le docteur Catherine Boiteux, Laetitia Thomas, Béata Iwanscuk et Marie-Hélène Créachcadec.

458 Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 28.

Somme toute la démarche de l'action et de la recherche nouées par le *faire design* est un processus d'attestation de soi telle que défini par Paul Ricœur : « l'attestation garde (...) quelque chose de spécifique du seul fait que ce dont elle dit l'être-vrai, c'est le soi ; et elle le fait à travers les médiations objectivantes du langage, de l'action, du récit, des prédicats éthiques et moraux de l'action⁴⁵⁹. » S'il semble évident que cette attestation de Soi est une motivation profonde de l'implication du porteur de projet, se pose la question de savoir si elle l'est également pour les autres parties prenantes de l'action. Quand les cadres de l'unité de soins font un retour selon lequel « l'équipe infirmière a déjà fait évoluer son appréhension de l'isolement et ses pratiques », peut-on dire qu'il s'agit d'une attestation de soi collective en mouvement ? Quand le *lab-ah* se trouve en capacité d'affirmer de nouvelles modalités d'intervention dans l'institution à partir de cette expérience, associant dès l'amont la recherche à l'action, peut-on dire qu'il est lui aussi travaillé par une attestation de Soi collective ? Comment chacun s'atteste-t-il lui-même dans ces attestations collectives ? Et surtout, dès lors que l'attestation de soi se définit « comme l'assurance d'être soi-même agissant et souffrant » et que cela implique que « cette confiance sera tout à tour confiance dans le pouvoir de dire, dans le pouvoir de faire, dans le pouvoir de se reconnaître personnage de récit, dans le pouvoir enfin de répondre à l'accusation par l'accusatif : me voici⁴⁶⁰ ! », il devient évident que l'enjeu éthique de l'action, en tant qu'attestation de soi, concerne avant tout les usagers de l'espace d'apaisement.

Ainsi, une poïétique de l'hospitalité dans un contexte où la souffrance psychique porte profondément atteinte à l'appréhension d'un soi unifié, un soi auquel on peut attribuer sans doute aucun ses états de conscience, ses perceptions sensorielles et ses émotions, serait fondamentalement construite en soutien à l'attestation de soi par les personnes hospitalisées en psychiatrie. En effet, la souffrance psychique se caractérise généralement par le sentiment que l'accusatif « me voici ! » ou « c'est moi ! » se noie dans un magma anxiogène du « en fait, ce n'était pas moi ! ». Ce détour par l'attestation de soi nous permet dès lors de répondre à la question : « qui est le sujet moral de l'imputation ? ». Il est sans conteste le patient, l'usager, la personne prise en soins, la personne concernée.

459 Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 350.

460 Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 35.

Définir les étapes de la méthode

Finalement, la méthodologie de recherche par le *faire design* mobilise à la fois la démarche heuristique, en ce qu'elle est tournée vers la découverte de moyens de résolution du problème posé, et la démarche phénoménologique, en ce qu'elle permet au chercheur d'investiguer le phénomène auquel il s'attache par sa propre immersion dans le contexte donné. À l'intersection de ces démarches, on trouve les travaux du psychologue Clark Moustakas qui propose dès 1968 sept phases de recherche heuristique et phénoménologique au regard desquelles nous allons définir nos propres étapes⁴⁶¹ :

- ♦ 1. L'engagement initial : c'est le moment de la formulation du problème mais aussi d'une réflexion introspective du chercheur au regard de ses motivations personnelles et existentielles à l'égard de son sujet de recherche.
- ♦ 2. L'immersion : elle est définie par l'auteur comme le moment où le chercheur s'immerge complètement dans son sujet et introspecte sa propre expérience. Dans notre cas, l'immersion est un moment du projet de design dans lequel chercheur et designers s'immergent dans le contexte d'accueil du projet et suscitent des interactions pour en comprendre finement le fonctionnement et les problématiques.
- ♦ 3. L'incubation : elle est le moment du « lâcher-prise », du temps de dormance à partir duquel devrait jaillir la découverte essentielle à la recherche. Elle s'assimile dans notre démarche plutôt au temps de partage et de synthèse de ce que l'équipe projet a ressenti et observé pendant l'immersion. Cela prend la forme de supports concrets à partager avec toutes les parties prenantes.
- ♦ 4. L'illumination : c'est le moment du jaillissement, de l'idée, de l'hypothèse qui donne tout son sens à la recherche. Pour nous, il s'agira du moment de conceptualisation et de conception *ad hoc* donnant forme à l'espace.
- ♦ 5. L'explication : elle est identifiée comme le moment de communication et de socialisation de la recherche. Elle prend à la fois la forme d'un atelier de coconception avec les parties prenantes et de communication au sein de l'institution.
- ♦ 6. La synthèse créative : elle consiste pour l'auteure à faire la description narrative de sa recherche. Au sein du projet, cette étape recouvre la proposition formelle dessinée par les designers de l'équipe, sous la direction conceptuelle du chercheur.

461 Anne LIEUTAUD, Sylvie OUELLET, « Processus créatif et mutation de paradigme chez le chercheur », *La logique de la découverte en recherche qualitative*, Juin 2013, Fribourg, Suisse.

♦ 7. La validation : cette dernière étape essentielle sort le chercheur de sa subjectivité pour s'engager dans une logique de validation et/ou de réfutation de sa recherche grâce à des outils positivistes. Nous mettons en œuvre un protocole d'évaluation d'usage et d'impact de l'espace d'apaisement qui met à l'épreuve les hypothèses ayant présidé à sa conception.

Ainsi, le cadre méthodologique heuristique de Moustakas est une référence inspirante et structurante mais qui ne recouvre pas tout à fait les étapes de notre démarche. Nous proposons de les revisiter de la manière suivante :

- ♦ 1. Saisir un besoin, reformuler la demande, créer l'alliance avec les parties prenantes du projet.
- ♦ 2. Explorer le sujet, identifier les avancées de la recherche (à travers la revue de littérature exploratoire) et partager ses enseignements avec les parties prenantes.
- ♦ 3. Poser la question de recherche et les hypothèses, les partager avec l'équipe projet et les parties prenantes, trouver sa traduction dans le projet de design.
- ♦ 4. Engager la méthodologie de projet en design :
 - ♦ immersion
 - ♦ diagnostic partagé
 - ♦ atelier d'idéation
 - ♦ synthèse créative
 - ♦ production
 - ♦ outils d'évaluation
- ♦ 5. Faire l'étude poïétique de l'ensemble du processus du *faire design*, de ses outils et de ses propositions pour développer une théorie de la conception en contexte de soins et garantir des boucles d'itération avec l'action.
- ♦ 6. Réaliser une évaluation qualitative et quantitative croisant les préoccupations d'usage et d'impact, tout en permettant une boucle de rétroaction sur les hypothèses.
- ♦ 7. Assurer le déploiement institutionnel par l'élaboration d'outils de partage de la conception et de valorisation de la recherche.

Ces étapes, à la différence de la proposition de Moustakas, intègrent en leur point d'équilibre le moment du projet dans sa double composante de conception et de production. Elles structurent en conséquence la recherche par le *faire design*.

Nous aimerions nommer cette méthodologie de recherche - qui joue de la plasticité des périmètres de définition de la recherche-projet en design, de la recherche-création et de la recherche-action, tantôt articulées en poupées russes, tantôt formant un

kaléidoscope – « une recherche-projet par le *faire design* ». Il nous semble que cette appellation recouvre bien les caractères énoncés ci-dessus même si elle présente l'inconvénient d'être peu mnémotechnique. Aussi, pourrions-nous plus simplement l'appeler *un design d'hospitalité*, c'est-à-dire nommer le champ d'intervention au plus proche des modalités de l'action par la visée éthique ou une *recherche-projet en design d'hospitalité*.

2. Synthèse de la revue de littérature exploratoire : preuves des effets d'apaisement et escamotage de la poïétique

Cette revue de littérature⁴⁶² est destinée à enrichir la recherche-projet en design d'hospitalité conduite par le *lab-ah* et l'équipe de l'unité de soins intensifs du 28ème secteur du GHU Paris psychiatrie & neurosciences dans la perspective de transformer une chambre d'isolement en espace d'apaisement.

Le périmètre de la revue de littérature

Ce travail repose pour une grande part sur les recherches bibliographiques élaborées par l'équipe de la bibliothèque Henri Ey, que nous remercions, autour des mots clés « isolement, contention, dispositif apaisement ». Nous n'avons pas retenu l'ensemble des articles car il ne s'agit pas d'une revue académique systématique. L'objectif est d'évaluer en amont de la recherche-projet l'état d'avancement des connaissances sur la conception et les impacts de l'espace d'apaisement en tant qu'outil thérapeutique.

La revue de littérature a retenu les articles scientifiques à l'international consacrés d'une part aux études sur le vécu des chambres d'isolement et d'autre part aux études sur les impacts des espaces d'apaisement développés dans des services de psychiatrie. Elle a accordé une priorité aux articles rendant compte eux-mêmes d'une revue de littérature dans le domaine afin de bénéficier d'une vision la plus large possible des résultats

462 Cette revue de littérature a été réalisée par l'auteure avec des contributions de : Catherine Lavielle, Nadine Rodary, Céline Bentz, Caroline Dugène, documentalistes de la Bibliothèque Henri Ey au GHU Paris ; Coline Fontaine, designer, *lab-ah* ; Jeanne Sintic, designer stagiaire, *lab-ah* ; Gaspard Bouhallier, doctorant en histoire de la psychiatrie, *lab-ah* ; Dr Catherine Boiteux, cheffe de pôle du secteur 28 ; Etienne Bertrand, Infirmier USI secteur 28.

identifiés. Trente-deux références documentaires en constituent le corpus. Malgré son incomplétude, ce dernier constitue une première ressource d'aide à la conception qui s'enrichira au cours de la recherche.

Dans une première rubrique, la revue de littérature s'intéresse à la thématique de l'isolement. Il s'agit dès lors de comprendre la nature de la controverse entourant la pratique de l'isolement en psychiatrie pour mieux appréhender les caractéristiques d'un espace potentiellement préventif et/ou alternatif à celle-ci. Pour ce faire, il nous semble important de situer la relation entre psychiatrie et isolement dans une perspective historique. Quelle est la place du concept d'isolement dans les origines de la clinique de la folie ? Et en quoi la psychiatrie française actuelle en est-elle l'héritière ?

La deuxième rubrique de la revue de littérature concerne les espaces d'apaisement en psychiatrie à proprement parler. Nous nous intéressons aux études qui ont été conduites sur ces espaces dès lors qu'elles éclairent leur définition, leurs attendus, leurs effets sur l'anxiété et les limites des protocoles utilisés.

Controverse autour de l'isolement

Contrainte et isolement : des techniques anciennes et indissociables de la prise en charge en psychiatrie

Comme le démontre Gaspard Bouhallier⁴⁶³, « la diffusion des moyens de contention en psychiatrie est concomitante à la naissance de l'asile public ». Il démontre toutefois que les critiques sont presque aussi anciennes :

Longtemps désignée comme progressiste, ayant fait « disparaître peu à peu les chaînes en fer », l'emploi de la camisole a néanmoins fait l'objet de critiques dès le milieu du XIXe siècle. Le développement de modèles alternatifs à la contention, dont le modèle anglais du no-restraint développé par John Conolly à l'asile d'Hamwell dans les années 1830, remet en cause la pertinence de la camisole. Le no-restraint, repose en effet sur l'abolition de toute mesure coercitive. Les malades en état d'agitation devaient néanmoins

463 Gaspard BOUHALLIER est doctorant au LARHRA, Université Lumière Lyon 2, et en contrat CIFRE au *lab-ah*. Il fait une thèse d'histoire sous la direction d'Isabelle von Buelzingsloewen. Il a contribué à la revue de littérature pour sa partie historique.

être temporairement isolés dans une chambre matelassée et continuellement surveillés par le personnel soignant. La chambre d'isolement constituait alors un progrès humaniste dans la prise en charge des malades au regard de la contrainte mécanique⁴⁶⁴.

Mais à son tour la chambre d'isolement a été remise en cause au cours du XX^{ème} siècle. En effet, « si les techniques de contrainte ont évolué, notamment suite à l'apparition des premiers neuroleptiques au début des années 1950, et que la mise en œuvre de la politique de secteur a contribué à dés-hospitaliser la prise en charge, l'isolement et la contention sont cependant demeurés effectifs dans une partie des services hospitaliers⁴⁶⁵. »

Ainsi, l'héritage culturel de l'isolement et de la contrainte dans l'histoire de la clinique psychiatrique pèse dans la controverse sociétale qui entoure ces pratiques. Celles-ci renvoient à une conception punitive de la prise en charge psychiatrique et créé un point de fixation sur la dangerosité des patients. Pour la psychiatre Nathalie Giloux, « la chambre d'isolement a une architecture carcérale qui l'inscrit dans le passé. Les patients ne s'y trompent pas et il n'est pas rare que certains parlent de leur « détention en chambre d'isolement » et évoquent l'aspect punitif du traitement »⁴⁶⁶. Anne Dumont a pu également observer, dans une étude sur les pratiques de contention à l'hôpital du Vinatier, que l'isolement relevait principalement d'indications sur la dangerosité supposée de patients et de mesures de sécurité prises en urgence⁴⁶⁷.

Malgré le caractère historique de telles représentations, il faut bien constater que la contention persiste aujourd'hui, tant dans les discours sécuritaires de la communication politique, dénoncés d'ailleurs par de nombreux professionnels, que dans certaines

464 Gaspard BOUHALLIER, « Qui a peur de la camisole de force ? », L'Histoire, 2021. Disponible sur : <https://www.lhistoire.fr/qui-peur-de-la-camisole-de-force%C2%A0>

465 Gaspard BOUHALLIER, *ibid.*

466 Nathalie GILOUX, « La chambre d'isolement, un lieu sans objets », in Jean-Paul FILIOD (dir.), *Faire avec l'objet, signifier, appartenir, rencontrer*, coédition Chroniques sociales et Ferme du Vinatier, 2003, p.116-127.

467 Anne DUMONT, Nathalie GILOUX, Jean-Louis TERRA, « Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron », *L'information psychiatrique*, vol.88, août 2012, p. 687-693.

pratiques psychiatriques⁴⁶⁸. Ce *continuum* de la figure de l'enfermement en psychiatrie est également souligné par les sociologues Benoît Eyraud et Delphine Moreau : « Le parcours, a travers différentes périodes de l'histoire, des formes du recours à la contrainte dans un hôpital particulier montre que les tensions à l'œuvre se rejouent de façon récurrente, se référant à des justifications variées : soin, droit des malades, dignité, protection de la société⁴⁶⁹. » Les auteurs confirment, à l'issue de cette étude qui a porté sur l'hôpital du Vinatier, la permanence de ce trait culturel originel de l'enfermement qui se manifeste également dans les pratiques d'isolement : « En étudiant ces régulations sur plus d'un siècle, nous avons montré une diversité des usages des règles juridiques et administratives qui coexiste avec la grande stabilité dans le temps du cadre juridique de l'enfermement psychiatrique⁴⁷⁰. »

L'hypothèse selon laquelle ces représentations culturelles héritées de l'aliénisme persistent dans la matérialité des espaces coercitifs aujourd'hui est donc à considérer avec attention. Car elle implique de prendre en considération les représentations culturelles de tous les acteurs, individuels et collectifs, concernés par le projet de transformation des espaces liés à la contention et à l'isolement.

Repères juridiques et institutionnels : réguler une pratique portant atteinte aux droits de la personne

Gaspard Bouhallier le rappelle dans sa note de synthèse : « C'est en effet depuis les années 1990, dans le prolongement des réformes sur les modalités d'hospitalisation en psychiatrie, que les pouvoirs publics se sont plus amplement intéressés aux différentes techniques de contrainte exercées dans les hôpitaux psychiatriques. Considérées par les juristes comme attentatoires aux libertés des malades, les pratiques de la contention et de l'isolement ont fait l'objet de recommandations des autorités publiques visant à en délimiter l'usage. Ainsi, avec la loi du 26 janvier 2016, elles furent requalifiées en « pratiques de dernier recours ». Leur emploi serait strictement limité au cadre des hospitalisations sans consentement et soumis au contrôle d'un juge des libertés et de la détention. »

468 Christophe BITTOLO, « La camisole ne va pas de soi ! Note sur l'actualité de la contention et de l'isolement en psychiatrie », *Revue Connexions*, n°110, 2018, p. 183-190.

469 Benoît EYRAUD, Delphine MOREAU, « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits*, n° 90, été 2013, p. 117-134.

470 Benoît EYRAUD, Delphine MOREAU, *ibid.*

Cet encadrement des pratiques contraignantes en psychiatrie est vivement encouragé par la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) d'alors, Adeline Hazan, qui constatait, dans un rapport de 2016, « une utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels »⁴⁷¹.

Le 19 juin 2020, rappelant ainsi la prééminence d'un droit humain fondamental, le Conseil constitutionnel a jugé que l'article L3222-5-1 du code de la santé publique relatif aux pratiques de la contention et de la mise en chambre d'isolement en psychiatrie était contraire à son article 66 qui dispose que « nul ne peut être arbitrairement détenu »,. L'article 84 est alors remanié dans le sens d'un durcissement des règles d'isolement. Mais celui-ci est jugé pratiquement inapplicable par la majorité des professionnels de la psychiatrie.

En conséquence, la pratique de l'isolement fait l'objet, depuis quelques années, de nombreux travaux visant à la limiter, à en préciser les recours et les modalités, et à la contrôler. Néanmoins, ces efforts de réglementation se heurtent à une aporie de la contention en psychiatrie. Celle-ci porte en effet atteinte de manière ontologique aux droits humains alors que la vocation de l'hôpital pose ces mêmes droits au fondement du soin. Pour résoudre cette aporie, sans doute faudrait-il interdire ces atteintes aux droits des usagers et concevoir des modalités de gestion de la violence avec les usagers eux-mêmes qui soient compatibles avec le respect de leurs droits et de leur dignité.

L'élaboration des bonnes pratiques pour les situations de grande vulnérabilité

En parallèle de ce mouvement de réforme et de maîtrise par la loi des pratiques de contention et d'isolement, les acteurs, usagers et professionnels, et les autorités publiques ont travaillé à établir des bonnes pratiques. Il n'est pas utile d'en donner le détail ici ; nous nous contenterons de rappeler les recommandations principales énoncées par la Haute autorité de santé (HAS) et par la Conférence de consensus en santé « l'agitation en urgence ».

Retenons en premier lieu que le recours à la contrainte doit se faire lorsque toutes les autres démarches thérapeutiques ont été mises en échec. Sur ce point les rapports de la HAS et de la Conférence de consensus se rejoignent : « La prise en charge relationnelle

471 Le Contrôleur général des lieux de privation de libertés, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, p. VIII.

est une obligation médicale puisqu'elle désamorce dans un nombre important de cas l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle⁴⁷². »

Ces rapports déterminent également les caractéristiques des personnes auxquelles ces mesures coercitives peuvent s'appliquer : « Les mesures de contention s'adressent au patient dangereux pour lui-même ou son entourage, le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace⁴⁷³. ». Celui-ci doit manifester des formes d'agitation incontrôlable empêchant l'examen clinique normal. La HAS cite également les recommandations du Conseil de l'Europe formulées en 2004,

relatives à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Article 8 : Principe de la restriction minimale. Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui⁴⁷⁴.

Les conditions de surveillance du patient placé à l'isolement sont également précisées : « Chez le patient dont l'agitation a été contrôlée, les modalités de surveillance comprennent la mise à l'écart au calme et une surveillance clinique rapprochée⁴⁷⁵. » En outre, un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement est réalisé à la fin du processus d'isolement. Une trace écrite de cet entretien doit être retrouvée dans le dossier. Les études auxquelles nous ferons référence montrent que ce dernier point est peu respecté dans les services.

472 Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) » Recommandations du jury. Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui lui a attribué son label de qualité.

473 Conférence de Consensus, *ibid.*

474 HAS, *op. cit.*

475 HAS, *ibid.*

On entend par isolement, entre autres définitions collectées par la HAS auprès des soignants, « le confinement involontaire d'une personne, seule dans une chambre ou dans un espace dont elle ne peut pas physiquement partir⁴⁷⁶ ». On notera avec étonnement une mention concernant la chambre d'apaisement : « il s'agit d'une amélioration architecturale en vue de créer un espace dominé par le confort et le bien-être afin de favoriser, dans le cadre de l'isolement, l'apaisement du patient et l'alliance thérapeutique⁴⁷⁷. » L'évocation de l'apaisement, parmi les tentatives de définition de l'isolement, prête à confusion et explique en partie la défiance exprimée par les associations d'usagers de la psychiatrie, notamment dans un courrier récent adressé au GHU Paris, alimentée par le soupçon que les espaces d'apaisement « cachent » des pratiques d'isolement contre lesquels ils s'érigent.

L'espace d'apaisement n'a en réalité pas vocation à être fermé et ne peut pas être confondu avec la chambre d'isolement, ce qui est par ailleurs souligné dans un autre paragraphe des recommandations de la HAS⁴⁷⁸. Pour autant, il vise également la gestion des états d'agitation mais dans une dynamique d'*empowerment*. Notre hypothèse de travail consiste malgré tout à envisager que le design de l'espace d'apaisement pourrait irriguer celui de la chambre d'isolement et non pas le contraire. En effet, les chambres d'isolement ne semblent pas devoir disparaître à court terme et leur amélioration en termes de potentiel d'apaisement et de respect de la dignité humaine est requise. Néanmoins, la démarche relative à la conception d'un espace d'apaisement au GHU Paris répond à la volonté de diminuer, voire de faire disparaître, les moyens de contention en psychiatrie. La HAS en envisage la possibilité :

Que peut-on faire pour prévenir une mauvaise utilisation ou un usage excessif des moyens de contention ? Tout d'abord, l'expérience montre que, dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à la contention, notamment mécanique, peut être réduit considérablement. Les programmes mis en œuvre à cette fin dans certains pays semblent avoir donné de bons résultats sans entraîner d'augmentation du

476 HAS, *ibid.*

477 HAS, *ibid.*

478 HAS, *ibid.*

recours à la contention chimique ou au contrôle manuel. Il est donc permis de se demander si la suppression totale (ou presque totale) de la contention ne serait pas un objectif réaliste à plus long terme⁴⁷⁹.

Une expérience de l'isolement très négative pour les patients

La HAS souligne dans son rapport intitulé « Isolement, contention⁴⁸⁰ » que la collecte de témoignages du vécu de la chambre d'isolement auprès des usagers laisse apparaître des ressentis très problématiques et bien éloignés des objectifs thérapeutiques affichés. Elle déplore en outre que trop peu de chercheurs se soient intéressés à l'expérience des patients dans cette situation. Alors que pour les soignants, la chambre d'isolement reste un dispositif qui aide le patient à prendre conscience de son état et à reprendre le contrôle sur son agitation, les études existantes révèlent que l'isolement est une expérience chargée d'affects négatifs et souvent perçue comme une punition. La chambre d'isolement incarne ainsi la double possibilité ontologique du terme hospitalité, de l'hôte et de l'ennemi. Cette aporie de l'hospitalité trouve en effet une apogée dans ce vécu irréconciliable des patients et des soignants. Quand les premiers expriment leur désarroi d'être victimes d'une telle violence, les seconds expliquent ce geste comme une mesure de protection contre la violence des patients : hostilité et hospitalité.

Dans cette revue de littérature, le rapport du CGLPL cite cinq études conduites auprès de patients hospitalisés placés à l'isolement dans les jours précédents les entretiens⁴⁸¹. Menées à partir d'un corpus étroit de patients, par entretiens ou par questionnaires, ces études révèlent des sentiments de colère, d'humiliation et d'injustice chez les personnes

479 HAS, *ibid.*

480 HAS, *ibid.*

481 Les 5 études sont : Tom MEEHAN, Cathryn VERMEER, Carol WINDSOR, « Patients' perceptions of seclusion : a qualitative investigation », *Journal of advanced nursing*, vol.31, 2000, p. 370-377. ; Pat MAYERS, Nelleke KEET, Gunter WINKLER, Alan J. FLISHER, « Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 56, 2010, p. 60-73. ; Nicole CANO, Laurent BOYER, Camille GARNIER, MICHEL A, Raoul BELZEAUX, Jean-Marc CHABANNES, et al., « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. », *L'Encéphale*, vol.37, 2011, p. 4-10. ; Raija KONTIO, Grigori JOFFE, Hanna PUTKONEN, Lauri KUOSMANEN, Kimmo HANE, Matti HOLI, et al. « Seclusion and restraint in psychiatry : patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. » *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 48, 2012, p.16-24. ; Marcel VAN DER MERWE, Eimear MUIR-COCHRANE, Jonathan JONES, Maria TZIGGILI, L. BOWERS, « Improving seclusion practice : implications of a review of staff and patient views. » *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, vol.20, 2013, p.203-15.

ayant subi une mise en isolement. Les témoignages soulignent un certain nombre de dysfonctionnements ayant, de leur point de vue, nourri un vécu négatif, voire traumatisant pour certains. Le manque d'information en amont et pendant l'isolement est identifié comme un facteur délétère de l'expérience du patient. Il en va de même pour la communication avec l'équipe soignante, avant, pendant et après l'isolement, jugée très insuffisante. L'absence de possibilité d'exprimer ses sentiments a généré en outre beaucoup de frustration alors que l'utilisation de la force a été jugée irrecevable par les patients ayant eu à la subir. La dimension punitive ressentie par les usagers est reliée au sentiment de perte d'autonomie, en raison de la contrainte globale qui s'exerce. L'absence d'activité, justifiée par les soignants par la nécessité de diminuer les stimulations, a été vécue comme une source d'ennui voire de détresse.

Quelques études qualitatives ne se sont pas seulement intéressées à l'expérience du patient placé en chambre d'isolement mais aussi à leurs propositions d'amélioration. Ces dernières sont présentées dans la thèse du docteur Raphaël Carré⁴⁸². Elles concernent le repérage dans le temps au sens large : l'heure mais aussi le climat, l'extérieur, le jour et la nuit, un délai pour sortir d'isolement, si c'est la nuit, une petite lumière, au lieu de rester dans le noir. Elles soulignent l'aspiration à une certaine autonomie : que la nourriture et l'eau soient davantage accessibles, qu'il soit possible de fumer, de regarder la télévision, d'écouter de la musique, d'être en position semi-assise. Enfin, certains patients insistent sur la délivrance d'informations que peuvent apporter les soignants durant la contention et l'intérêt de pouvoir parler de son expérience de contention a posteriori.

Bapst et Guillemin citent pour leur part dans leur revue de littérature⁴⁸³ une étude finlandaise⁴⁸⁴ qui s'est intéressée au vécu des patients lors de l'isolement. À travers des interviews, les patients ont pu proposer des suggestions d'amélioration de pratiques et d'alternatives à l'utilisation de l'isolement qu'ils résument ainsi : « Les patients suggèrent dans cette étude un traitement plus humain, des évaluateurs externes (médiateurs ou

482 Raphaël CARRE, *Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients*, [thèse]. Toulouse, Université Paul Sabatier, 2014.
<http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf>

483 Aurélie BAPST et Alan GUILLEMIN, « Les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte. Une revue de littérature actualisée. » *Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers*. Promotion 2013-2016.

484 Raija KONTIO, Grigori JOFFE, Hanna PUTKONEN, Lauri KUOSMANEN, Kimmo HANE, Matti HOLLI, et al., *op. cit.*

aumôniers), des informations mises à jour, des accords écrits et un environnement plus convivial. Ces mesures permettraient de rendre l'isolement plus confortable. Les patients souhaiteraient participer activement à leur prise en soins. » Quatre modalités apparaissent des alternatives possibles à l'isolement aux yeux des patients : des interactions plus empathiques avec les soignants, des activités pour éviter l'ennui, la contenance par l'attention de la communauté thérapeutique et des traitements médicamenteux. De plus, les patients souhaiteraient avoir une chambre individuelle ou un endroit calme au sein du service ou il serait possible de se relaxer en écoutant de la musique.

Du point de vue de la méthodologie du design, l'expérience des usagers est centrale dans les options de conception des environnements et des services susceptibles d'améliorer leur ressenti tout en étant au service des besoins et des attendus thérapeutiques des équipes. Au regard des enseignements de ces études, un nouveau cahier des charges pourrait être établi pour les mises en isolement. Celui-ci, tout en respectant les recommandations de la HAS et la mise en œuvre des modalités cliniques ad hoc, pourrait donner à repenser :

- ♦ l'information du patient, en amont, pendant et après l'isolement ;
- ♦ l'environnement physique qui devrait être enveloppant, chaleureux, rassurant, personnalisable ;
- ♦ des supports d'expression pendant l'isolement ;
- ♦ la possibilité de faire des choix et de conserver son autonomie ;
- ♦ les supports et les modalités de communication avec l'équipe soignante.

Une efficacité thérapeutique non démontrée

Le document de la HAS cite également la revue de la littérature réalisée par Nelstrop et al. en 2006⁴⁸⁵ qui a retenu 36 études. Ces études présentent des limites, comme la petite taille de l'échantillon, l'existence de biais, des manques de clarté sur les mises en œuvre, notamment des moyens de contention, et l'absence de population contrôle. Néanmoins, aucune de ces études ne permet d'affirmer que l'isolement ou la contention sont des interventions sûres et/ou efficaces pour la gestion à court terme de la violence. Ils concluent en conséquence que ces interventions ne devraient être utilisées qu'avec

485 Louise NELSTROP, Jackie CHANDLER-OATTS, William BINGLEY, Tony BLEETMAN T, Frank CORR, Jane CRONIN-DAVIS, et al., « A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. », *Worldviews on Evidence Based Nursing*, vol.3, 2006, p. 8-18.

précaution et seulement en dernier ressort, lorsque les autres méthodes pour calmer la situation ou le patient ont échoué. Ces recommandations ont été reprises par la HAS et la CGLPL et incluses dans la loi.

Cette incapacité à apporter la preuve de l'efficacité thérapeutique de la contrainte est confirmée par la revue de littérature de Cochrane⁴⁸⁶, mise à jour en 2012. Les auteurs concluent en effet qu'

aucune étude contrôlée n'évalue la valeur de l'isolement ou de la contention chez les patients atteints de troubles mentaux graves. Des effets indésirables graves associés à ces techniques ont été documentés dans des revues qualitatives. Des méthodes alternatives de prise en charge des comportements indésirables ou dangereux doivent être développées. L'utilisation continue de l'isolement ou de la contention doit donc être remise en question sur la base d'essais randomisés bien planifiés et documentés pouvant être généralisés à la pratique courante.

Améliorer l'environnement

L'architecture et l'aménagement des chambres d'isolement sont des sujets essentiels dans toute démarche consistant à garantir l'humanité de la prise en charge et la dignité des patients dans le but de limiter les effets délétères de cette expérience. En conséquence, la HAS comme la conférence nationale des présidents des CME des hôpitaux psychiatriques ont édicté des principes pour assurer au minimum des conditions de séjour décentes en termes de superficie, de luminosité, d'accès à l'eau et aux sanitaires, etc. Nous n'avons pas trouvé d'étude relative au respect de ces principes dans les CHS de France.

Le document de la HAS stipule que « l'aménagement de ces chambres doit être favorable à l'apaisement et permettre de disposer d'une literie de qualité avec la position allongée tête relevée possible ; il doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes et offrir la possibilité de visualiser une horloge. Un équipement télévisuel et musical doit pouvoir y être utilisé en toute sécurité. Les personnes placées en chambre d'isolement doivent pouvoir recevoir leurs visiteurs dans des conditions respectueuses. »

486 Elia ES SAILAS, Mark FENTON, « Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses », Cochrane Database of Systematic Reviews.

Au-delà de l'aménagement strict de la chambre d'isolement, une étude hollandaise de van der Schaaf et al.⁴⁸⁷ explore l'impact des caractéristiques environnementales des services de psychiatrie sur l'incidence et la prévalence de l'isolement. Les auteurs émettent en effet l'hypothèse que certaines caractéristiques environnementales influent sur le recours à l'isolement. Une étude quantitative qui a porté sur les composantes de l'environnement de 199 services de psychiatrie hollandais corrobore ce constat. Parmi les caractéristiques environnementales augmentant le risque que les patients soient isolés, elle identifie des mesures spéciales de sécurité ainsi qu'un nombre important de patients dans le bâtiment. En revanche, certaines caractéristiques diminuent le recours à l'isolement : un plus grand espace privé par patient, un niveau de confort plus important et une meilleure visibilité sur le service (cameras, couloirs plus larges, bonne vue d'ensemble). Il est donc intéressant de prendre en compte les caractéristiques de l'ensemble du service pour aborder la question centrale de l'environnement matériel et architectural de la chambre d'isolement. Car l'objectif principal est bien de prévenir le recours à l'isolement.

S'il est indispensable de diffuser des recommandations d'aménagement susceptibles de garantir la dignité du patient mis en isolement, il nous paraît utile de souligner que les démarches qui fondent le design de service sont absentes de ces réflexions. Pourtant, les méthodes participatives impliquant les patients et les soignants auraient toute leur place, ainsi que la conception et la visualisation d'un agencement susceptible de répondre à la problématique de l'environnement matériel, des supports d'information et de médiation, des supports numériques et des pratiques relationnelles autour de la gestion de la crise.

Espace d'apaisement, prévenir le recours à l'isolement ?

De la contention à la contenance, un pas vers l'espace d'apaisement

L'une des notions mobilisées par les équipes soignantes en psychiatrie pour expliquer l'usage de la contention est la contenance. Vésiane de Truchis-Ramière précise dans un article que « contenir c'est parfois proposer ou imposer un arrêt, pour sortir d'une

487 Ps VAN DER SCHAAF, Elise DUSSELDORP, KEUNING F.M, JANSSEN W.A. & Eric. O. NOORTHOORN, « Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion », *The British Journal of Psychiatry*, vol.202, 2013, p. 142-149.

situation de crise et de danger pour le patient et son entourage, et pouvoir, alors, reposer la question de sa douleur narcissique au centre de notre réflexion, et non de sa folie ou de sa dangerosité sociale⁴⁸⁸. »

Les professionnels de la psychiatrie se trouvent souvent pris dans l'injonction paradoxale d'envelopper et de contraindre. Les savoirs des soignants sont alimentés par les travaux de Mélanie Klein et de William Bion sur les processus psychiques de contenance, mais aussi par les théories de Didier Anzieu sur la notion d'enveloppe et sur les fonctions du Moi-Peau. Elles sont reprises et enrichies par René Kaës à propos des « conteneurs » et par Donald Winnicott sur la fonction maternelle du holding. Ces derniers font reposer leur rôle thérapeutique sur la capacité de contenance de la désorganisation psychique. La question est donc de savoir si l'isolement et la contention sont des supports de contenance dans la relation thérapeutique. Or rien n'est moins sûr. C'est pourquoi, un champ de recherche s'est ouvert sur les alternatives contenantantes et enveloppantes à l'isolement et à la contention dans les services de psychiatrie. Nous ne les aborderons pas dans leur diversité mais nous concentrerons notre étude sur l'espace d'apaisement.

Témoignant du passage de l'isolement à l'apaisement, Vésiane de Truchis-Ramière partage son expérience en ces termes :

Pour illustrer cela, nous parlerons de notre « pièce d'apaisement » qui devient de plus en plus un espace géographique repéré comme un outil de soin, tant pour les soignants que pour les patients. Pendant un certain temps, beaucoup de jeunes patients passaient par la chambre d'isolement. À cette époque-là, les enfants y étaient mis contre leur gré et y restaient seuls, plus ou moins longtemps. Il s'agissait avant tout de mettre à l'abri le collectif d'un débordement singulier tout en sécurisant celui-ci. Les soignants restaient peu ou pas dans cet espace avec l'enfant isolé. Il me semble qu'ils étaient alors persuadés que seul l'isolement permettrait de faire passer la crise. Ils ne pouvaient peut-être pas s'imaginer comme rassurants, contenantants et donc facteurs de changement. Pourtant, petit à petit,

488 Vésiane DE TRUCHIS-RAMIERE, « De la mise en chambre d'isolement à l'accompagnement en pièce d'apaisement... », *Revue Empan*, 2013, n° 89, p. 74-79.

un changement s'est opéré : les soignants ont commencé à rester avec les enfants dans cette « pièce d'apaisement », à border de mots l'injonction d'isolement et à mettre en geste la contenance⁴⁸⁹.

Qu'est-ce qu'un espace d'apaisement ?

L'espace d'apaisement relève de la famille des dispositifs de prévention et des alternatives à l'isolement. La HAS, dans son guide de bonne pratique⁴⁹⁰, définit la chambre d'apaisement de la manière suivante :

Un espace dont le but est de calmer les sens et où le patient peut expérimenter des stimuli visuels, auditifs, olfactifs et tactiles agréables. La chambre d'apaisement contient des meubles physiquement confortables et agréables pour les sens, de façon à proposer un espace protégé du stress. Une chambre d'apaisement est utilisée pour permettre au patient l'apprentissage de techniques de relaxation et de détente, aussi bien que pour diminuer l'agitation ou un comportement agressif. Ce n'est donc pas une chambre d'isolement, ni un espace hors du temps, ni une punition ou une récompense, à utiliser quand un individu a déjà perdu le contrôle de son comportement. Selon la définition donnée par le St Lawrence Psychiatric Center, la chambre d'apaisement est une chambre d'isolement dont la porte n'est pas fermée lorsque le patient est présent et qui est située à proximité du bureau infirmier. Elle est conçue pour procurer un espace de faible stimulation et une absence d'interactions interpersonnelles afin de permettre une diminution de la tension. La chambre d'apaisement peut contenir des objets, qui ne peuvent pas être facilement cassés ou lancés. Cependant, elle ne doit pas contenir d'objets dangereux, de liens, de crochets, de vitres pouvant être cassées ou tout autre objet pouvant être utilisé pour se suicider ou s'automutiler. Les objets qui peuvent permettre une diminution de la tension doivent être disponibles comme des poufs, matelas, musique, coussins, variateur d'intensité lumineuse, livres et magazines, etc. La

489 Vésiane DE TRUCHIS-RAMIERE, *ibid.*

490 HAS, Outil pour l'amélioration des pratiques, *Mise en place d'espaces d'apaisement. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.* 2016.

chambre d'apaisement doit toujours être utilisée de façon volontaire. [...] Les études ont montré une forte corrélation entre la réduction de l'isolement et de la contention et l'utilisation de chambres d'apaisement. Par exemple, les individus ayant accès aux chambres d'apaisement ont montré une diminution des comportements agressifs ou de rebellions.

Ce dernier point n'est pas confirmé dans toutes les études. La description de ce dispositif de prévention recouvre en partie celle élaborée au cours de la recherche-projet du GHU Paris. Mais pas entièrement comme le montrera le retour d'expérience du prototype. Quoiqu'il en soit, ce qui est important, c'est le chemin que les équipes font pour définir leur dispositif, même si certaines conclusions ont déjà été tirées par d'autres.

Dans nombre d'études, encore émergentes et majoritairement issues d'Europe du Nord, d'Australie et de Nouvelle-Zélande, les EA portent le nom de *Sensory Room* ou *Comfort Room*, traduit par chambre sensorielle. Lindberg et al.⁴⁹¹ la définissent comme un espace situé dans le service offrant aux usagers différentes stimulations sensorielles susceptibles de soutenir leur capacité à réguler leurs émotions et à générer un bien-être. La HAS l'intègre comme un outil du programme de prévention de la violence et de réduction du recours à la contention et à l'isolement. Elle le définit de la manière suivante : « un espace d'apaisement est un espace dédié spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (auto-agressifs ou hétéro-agressifs)⁴⁹². » Ces recommandations mettent l'accent, à juste titre, sur le volontariat et la liberté d'accès des patients à cet espace qui doit rester ouvert. Cette précaution garantit toute tentation de transformer l'espace d'apaisement en chambre d'isolement mieux équipée. Si la HAS ne considère pas l'espace d'apaisement comme une réelle alternative à la chambre d'isolement en raison de son caractère volontaire, il constitue néanmoins une solution de prévention et de désamorçage visant à éviter le « dernier recours ».

491 Mathilde HEDLUND LINDBERG, Mats SAMUELSSON M, Kent-Inge PERSEIUS, Anna BJÖRKDAHL, « The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care », *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, vol.28, 2019, p. 930-939.

492 HAS, *ibid.*

Quelles sont les caractéristiques des espaces d'apaisement ?

Pour la HAS :

- ♦ système d'alerte ;
- ♦ proximité du poste de soins ;
- ♦ accès libre/sortie libre
- ♦ objets anti-stress.

Pour Novak et al. :

- ♦ à disposition : musique, lecture, vidéos, couverture lestée, chaise à bascule, parfum, ballon ;
- ♦ écouter de la musique ;
- ♦ lire.

Pour Lindberg et al. :

- ♦ chaise à bascule ;
- ♦ couverture lestée ;
- ♦ système audio avec musique relaxante et sons de la nature ;
- ♦ lumières ;
- ♦ huiles aromatiques ;
- ♦ balles anti-stress ;
- ♦ tapis mou ;
- ♦ un mur avec des images de forêt.

Pour Wigglesworth & Farnworth :

- ♦ lumières colorées ;
- ♦ projection d'images variées : forêt, poissons, balles ;
- ♦ système audio ;
- ♦ canapé confortable ;
- ♦ peluche ;
- ♦ armoire fermée comprenant des accessoires sensoriels : crèmes parfumées, huiles aromatiques, jeux, bulles.

Ainsi, les caractéristiques redondantes de ces espaces traduisent l'intérêt pour une synesthésie articulant les différentes perceptions sensorielles des malades : tactile, visuelle, auditive, odorat. Ils proposent donc des éléments sensoriels combinant ces perceptions. Mais très peu de détails sont donnés sur les aménagements spatiaux, les choix esthétiques qui sont faits et les qualités de chacune de ces propositions. On notera au passage la pauvreté des recommandations de la HAS. Les articles ne sont

malheureusement pas accompagnés d'images et la dimension poétique de l'étude de ces espaces est absente. Ces études scientifiques développent une approche fonctionnelle, même quand l'objet est sensoriel – ils écoutent de la musique, ils regardent des images de forêt, ils utilisent la couverture lestée et... cela leur fait du bien mais les analyses de la dimension sensible et esthétique sont absentes.

Évaluation de l'impact

Méthode d'évaluation

Nous retiendrons des méthodes décrites dans les différentes études un questionnaire comprenant les items suivants :

- ♦ début et fin de l'utilisation, durée ;
- ♦ demande du patient ou proposition d'un soignant ;
- ♦ auto-évaluation du niveau de stress selon une échelle de 1 à 10 avant et après l'utilisation de l'espace ;
- ♦ commentaire libre.

Ce questionnaire est complété par des entretiens qualitatifs semi-directifs avec des patients et des soignants, et parfois par l'organisation d'un focus groupe avec l'ensemble du personnel soignant. Les témoignages donnent lieu à une analyse de contenu selon une méthode d'analyse inductive visant à construire un sens à partir de données brutes. Certaines études ont utilisé des méthodes quantitatives que nous n'utiliserons pas dans le contexte qui nous concerne. Toutes les études de la revue de littérature ont fait valider leur protocole par un comité d'éthique et se sont assurés du consentement des usagers pour être inclus dans l'étude.

Quels sont les impacts de l'espace d'apaisement ?

La HAS reconnaît que les données de preuve sur l'impact de la mise en place d'espaces d'apaisement sont peu nombreuses mais que les expériences suggèrent l'existence d'effets positifs, notamment la réduction du recours à la contention et à l'isolement. Or, ce dernier point est controversé dans les études anglo-saxonnes consultées.

L'étude australienne de Novak confirme que la *sensory room* améliore nettement les états émotionnels de stress et les comportements d'agitation mais ne conforte pas l'hypothèse selon laquelle son installation a permis de diminuer le recours à la chambre d'isolement. Parmi les propositions d'usage, la couverture lestée a emporté un maximum de suffrage auprès des usagers. Les auteurs insistent, dans leur conclusion, sur les

implications de la réduction de la détresse au profit de l'autonomisation des usagers dans la gestion de leurs états émotionnels par eux-mêmes. Pour autant, le très petit nombre de patients inclus dans l'étude constitue une limite.

L'étude de Lindberg confirme que tous les participants (30 patients répartis dans sept services) ont dit avoir retrouvé leur calme et ressenti du bien-être à l'usage de la *sensory room*. Mais le plus notable dans ses conclusions, c'est le sentiment d'autonomie ressenti par les usagers. Les participants ont expliqué qu'ils avaient eu l'impression qu'on leur faisait confiance et qu'ils se sentaient considérés comme des personnes capables de prendre leur propre décision en choisissant d'utiliser ou non cet espace. Certains d'entre eux ont souligné que la *sensory room* les avait aidés à explorer leur capacité à gérer eux-mêmes leur anxiété et à prendre le contrôle de leurs émotions. Ils ont perçu l'attitude de soutien de l'équipe orientée vers une philosophie du rétablissement. Plusieurs participants ont expliqué que l'expérience positive de la *sensory room* les avait conduits à l'utiliser à plusieurs reprises pour prévenir une attaque de panique. D'autres l'ont adoptée juste avant de se coucher pour se détendre. Dans l'ensemble, les participants ont été positivement surpris par les effets de cet espace. En conclusion, les auteurs recommandent l'usage libre de la chambre sensorielle comme une ressource thérapeutique dans une perspective de rétablissement et d'autonomie. Ils pensent qu'elle constitue un facteur favorable à la diminution du recours à l'isolement dès lors qu'elle s'inscrit dans une diversité de mesures et de pratiques allant dans le même sens.

L'étude de Wigglesworth et Farnworth⁴⁹³ analyse les points de vue des professionnels et des patients sur les usages d'un espace d'apaisement dans un service de psychiatrie judiciaire en Australie. Il est intéressant de souligner que la dénomination de cet espace a fait l'objet d'un vote de la part des patients qui ont choisi le nom de *safe space*, difficile à traduire en français, mais qui désigne un endroit « sûr » et non pas « sécurisé ». Contrairement aux cas précédents, l'accès à la *safe space* est contrôlée par les soignants. Cependant, les patients peuvent réclamer d'y accéder à n'importe quel moment et se placer sous la surveillance du soignant pendant son utilisation. L'élément clé de l'évaluation des effets de l'espace est le SP, *sensory profiles*, une échelle d'évaluation neuro-cognitive de la sensibilité des individus aux stimulations sensorielles, inventée par le psychologue Winnie Dunn de l'Université du Kansas. Les accessoires les plus appréciés

493 Sophie WIGGLESWORTH, Louise FARNWORTH. « An Exploration of the Use of a Sensory Room in a Forensic Mental Health Setting : Staff and Patient Perspectives. », *Occupational Therapy International*, vol.23, 2016, p. 255-64.

sont le mobilier doux, les lumières et la musique. Les conclusions portent sur l'efficacité réelle de la *safe space* sur le niveau de stress de la majorité des patients avec une durée moyenne du temps passé de 30 à 35 minutes. Les auteurs ont constaté que l'efficacité était plus importante dans le groupe de patients ayant pris l'initiative d'utiliser l'espace que dans le groupe qui a été encouragé à le faire par les soignants. L'équipe souligne dès lors combien l'autonomie du patient est importante pour le bénéfice escompté et réfléchit à laisser l'accès à l'espace plus ouvert. Elle souligne également l'importance pour les patients d'avoir accès à un espace en retrait de la vie du service, plus calme. Elle constate en outre que les accessoires sensoriels liés à la nature ont généré des associations positives à cet espace. La limite de l'expérience, et c'est un vrai sujet pour le 28ème secteur, étant les nuisances sonores issues de la rue et de la chambre d'isolement située juste à côté de la *safe space*. Elles ont été jugées par l'équipe soignante comme un facteur contraire à la détente attendue dans ce lieu. L'étude a aussi donné lieu à une réflexion de l'équipe sur les besoins de formation pour accompagner les patients dans leur utilisation de l'espace pour des soins de relaxation. Un focus tout à fait passionnant est fait, dans la conclusion de l'étude, sur l'intérêt pour les soignants de disposer d'outils d'évaluation et de documentation des préférences sensorielles des patients en amont de l'expérience, afin de développer des stratégies informelles à partir de ces informations.

Dans leur revue de littérature, Scanlan et Novak⁴⁹⁴ soulignent l'engouement récent pour les approches thérapeutiques sensorielles. Ils confirment, à partir de dix-huit études, que les espaces sensoriels sont sûrs et efficaces. Mais d'après eux, ils ne suffisent pas à réduire le recours à l'isolement et à la contention. Les activités sensorielles sont à penser dans une perspective de rétablissement.

Trois conclusions se dégagent de cette revue de littérature sur les *sensory rooms* : leur utilisation permet une relation plus positive entre les usagers et les soignants, facilite le retour au calme des usagers et les aide à développer des stratégies autonomes de gestion de leurs émotions. En outre, l'implication de toute l'équipe dans l'implantation d'une *sensory room* dans le service apparaît extrêmement importante.

494 Theresa NOVAK, Justin SCANLAN, Damien MCCAUL, Nathan MACDONALD, Timothy CLARKE, « Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. », *Australasian Psychiatry*, vol.20, 2012, p.401-6.

L'isolement subsumé par l'apaisement, mais où est la poïétique ?

On peut, à l'issue de cette revue de littérature, considérer que l'espace d'apaisement s'inscrit dans un long processus de prise de distance avec l'héritage culturel d'une psychiatrie fondée sur l'enfermement et la contention de la part de dangerosité et de débordement de la folie. Il incarne, parmi d'autres initiatives, un effort d'ouverture vers des alternatives matérielles et relationnelles de soutien à la fonction contenante et enveloppante de la compétence thérapeutique. En conséquence, notre revue de littérature confirme l'opportunité de l'initiative prise par le 28ème secteur de concevoir un espace d'apaisement. Elle attire aussi notre attention sur les points de vigilance suivants :

- ♦ L'importance d'un environnement calme pour l'espace d'apaisement. L'environnement sonore de la rue et les cris des patients placés en chambre d'isolement juste à côté peuvent constituer des obstacles majeurs à la qualité de l'expérience.
- ♦ L'importance d'intégrer l'espace d'apaisement à une dynamique d'équipe autour de la notion de rétablissement, mobilisant d'autres outils et ressources allant dans le même sens.
- ♦ L'opportunité pour l'équipe de se former aux soins sensoriels comme champ thérapeutique nouveau.

Pour Livia Velpry, « La dangerosité n'est pas intrinsèque à un individu ou à sa pathologie, mais résulte d'une conjonction de facteurs conduisant à une situation de risque. Parmi ces facteurs, l'environnement, y compris les modalités de prise en charge, jouent un rôle majeur⁴⁹⁵. » À ce titre, la question du design – au sens de l'imbrication du dessin (choix formels) et du dessein (valeur à incarner) – de l'espace d'apaisement est absolument centrale pour penser sa capacité à constituer une prévention à la « mise en chambre d'isolement ». Or au regard de notre question de recherche initiale – comment traduire la valeur hospitalité dans le monde du sensible ? – force est de constater que cette revue de littérature n'apporte pas d'éclairage sur les processus et les choix de conception formelle et esthétique, c'est-à-dire sur la poïétique de l'espace d'apaisement, et plus largement de l'environnement de santé.

495 Livia VELPRY, « Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie », Revue EMPAN (2019), n°114, 2019.

En effet, les études mobilisées se concentrent sur une logique d'*evidence-based medicine* qui cherche à mesurer les impacts thérapeutiques de l'espace d'apaisement sur les usagers. Celle-ci est incontournable dans un contexte sanitaire où les décisions se fondent sur les preuves des résultats thérapeutiques. Pour autant, elle ne permet pas de comprendre, de théoriser et peut-être de décliner les processus et les choix de conception vectorisés au GHU Paris par un concept philosophique, celui de l'hospitalité.

À ce stade, nous pouvons dire que la recherche-projet sur l'espace d'apaisement mobilise les ressources du *research-informed design (RID)*⁴⁹⁶ qui consiste à intégrer de manière appropriée la somme des preuves scientifiques disponibles, une enquête empirique spécifique au projet, l'expertise et la participation des professionnels et des usagers pour éclairer le processus de conception environnementale au projet, dont l'objectif est de créer un espace d'apaisement susceptible de prévenir le recours à l'isolement.

Cependant, cette étape nous permet d'envisager, à l'échelle du GHU Paris et en appui sur le *lab-ah*, le développement et l'ancrage d'une approche fondée sur l'*evidence-based design for healthcare*. Il s'agirait dès lors de conceptualiser les ressources et de systématiser les méthodes permettant au *lab-ah* d'aider les professionnels médico-soignants et les décideurs hospitaliers à améliorer la compréhension et l'application des options de conception qui influencent l'efficacité des soins, la qualité de vie au travail et la qualité de l'expérience des usagers dans une perspective de rétablissement. Et ce, en se fondant sur les meilleures informations disponibles issues de la recherche et des projets en design existants.

496 Erin PEAVEY, Kiley B, WANDER, « Evidence-Based Design and Research-Informed Design : What's the Difference ? Conceptual Definitions and Comparative Analysis », *Health Environments and Research Design Journal*, 2017.

3. Les intentions d'une poïétique de l'espace pour sortir du souffrir

La violence est-elle soluble dans l'apaisement ?

Alors que la question de la violence n'est pas posée à ce stade de la recherche, elle nous paraît centrale et constitue un fil d'Ariane qui nous ramènera *in fine* au rôle de l'éthique dans l'instauration artistique de l'hospitalité.

Rappelons-le, l'ambition générale de cette recherche - projet en design, du point de vue du processus de conception, est de trouver les formes permettant de traduire symboliquement un langage de l'isolement et de la contrainte, qui relève du registre de la sécurité, en un langage de l'apaisement et de l'enveloppement, qui s'inscrit dans le prendre soin. Poser cette ambition oblige à intégrer dans notre problématique le sujet de la violence. Il est étonnant en effet, alors que la violence est un sujet récurrent en psychiatrie, qu'il n'ait pas encore été abordé dans cette thèse. Cela pourrait s'expliquer par deux facteurs. D'une part, la violence est peu traitée dans les références que nous avons mobilisées, et particulièrement par les auteurs en sciences du design. D'autre part, le sujet a peut-être été un point aveugle pour l'auteure. Nous sommes dès lors en droit de nous interroger : la violence est-elle un objet de déni pour les designers d'innovation sociale, en raison de la résistance qu'elle oppose à tout jugement moral sur les actes d'enfermement et de contention ? Comment faire face à cette réalité pour les designers dont l'aspiration et la projection visent une amélioration du monde vécu et des relations sociales apaisées ? Si l'on veut absolument éviter que les propositions formelles relevant d'un logos de la douceur, de la sollicitude, de la fragilité et de l'enveloppement se fracassent sur des assertions comminatoires sur le mode « cela n'est pas sécurisé et le patient va tout exploser », il est indispensable de penser la question de la violence, en lien avec les environnements et les signaux qui pourraient l'aggraver ou l'atténuer. Car l'argument de la sécurité et de la violence potentielle des patients, à l'égard d'eux-mêmes ou d'autrui, est habituellement convoqué lorsqu'il s'agit de s'opposer à des propositions en rupture avec l'esthétique de la sécurité et de la robustesse. Or, nous défendons dans le travail du *lab-ah* l'idée que plus le milieu hospitalier manifeste des formes de restrictions des libertés et de contrôle, plus la violence est exacerbée. Cette supposition est d'ailleurs

confirmée par l'étude danoise mentionnée dans la revue de littérature⁴⁹⁷. Elle s'appuie également sur la théorie de la psychosociologie de l'espace selon laquelle Abraham Moles et Elisabeth Rohmer affirme que « l'espace n'est pas neutre, il n'est pas un cadre vide à remplir de comportements : il est cause, source de comportements⁴⁹⁸ ». En conséquence, il est essentiel de valider l'hypothèse selon laquelle les espaces hospitaliers ne doivent pas être conçus à l'aune de la sécurité pour contenir la violence des usagers mais comme des auxiliaires et des médiateurs de soins susceptibles de l'atténuer et de la surmonter.

La violence, en outre, ne peut se comprendre en-dehors d'une interaction avec autrui ou avec les manifestations d'autrui (symboliques, spatiales, langagières) et convoque, ce faisant, l'éthique qui en fonde le mouvement. Paul Ricœur rappelle que la règle d'or de l'éthique, qui constitue pour lui la formule de transition entre la sollicitude et l'obligation, réside dans une relation de réciprocité. Il cite pour l'illustrer plusieurs doxas philosophiques et religieuses dont celle de Hillel (Talmud de Babylone, Shabbat, p.31a) : « Ne fais pas à ton prochain ce que tu détesterais qu'il te soit fait. C'est ici la Loi toute entière ; le reste est commentaire⁴⁹⁹ ». Toutefois, cette réciprocité ne fonde pas complètement l'éthique de l'interaction car elle porte une dissymétrie sur laquelle pourront s'arrimer toutes les figures du mal, de l'abus au meurtre. En effet, « le plus remarquable dans la formulation de cette règle c'est que la réciprocité exigée se détache sur fond de la présupposition d'une dissymétrie initiale entre les protagonistes de l'action – dissymétrie qui place l'un dans la position d'agent et l'autre dans celle de patient. » Cette dissymétrie fonde et organise, ne serait-ce que sur le plan discursif, la relation entre soignant et patient à l'hôpital. La démarche du design aurait alors pour enjeu de restaurer le patient comme agent de l'action. Nous pouvons en déduire que cette restauration de l'agir, au sens d'être l'agent de son action dans cette relation dissymétrique participerait à en affaiblir les dérives.

Paul Ricœur distingue trois types de pouvoir fondant des qualités de situations d'interactions différentes qui ont inspiré notre méthodologie. « L'occasion de la violence, pour ne pas dire le tournant vers la violence, réside dans le *pouvoir* exercé *sur* une volonté par une volonté⁵⁰⁰ ». Il s'agit d'une caractéristique propre aux situations de violence et force

497 Ps VAN DER SCHAAF, Elise DUSSELDORP, F.M KEUNING, W.A. JANSSEN et Eric. NOORTHOORN, *op. cit.*

498 Abraham MOLES, Elisabeth ROHMER. *Psychosociologie de l'espace. Textes présentés par Victor Schwach*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1998.

499 Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 255.

500 Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 256.

est de constater la présence de cette qualification dans l'action qui consiste à enfermer une personne malgré elle, même « pour son bien ». Il n'est donc, semble-t-il, pas possible d'extraire la violence d'une situation initiale de contrainte. Se pose, dans ce contexte, la question d'empêcher « les figures du mal » de se déployer dans le creuset de ce *pouvoir-sur*. Car, « dans le domaine même de la violence physique, en tant qu'usage abusif de la force contre autrui, les figures du mal sont innombrables, depuis le simple usage de la menace, en passant par tous les degrés de la contrainte, jusqu'au meurtre. » Le patient n'a dès lors aucun autre recours à opposer à ce *pouvoir-sur* que la violence physique ou les menaces. Il tente de restaurer de la symétrie avec celui qui exerce ce pouvoir exorbitant de le contraindre et de le priver de sa liberté. C'est pourquoi, dans la démarche de projet par le *faire design*, nous cherchons collectivement à instaurer d'autres modes de pouvoir qui seraient non substitutifs mais atténuatifs. D'une part le *pouvoir-faire* défini dans la théorie de l'action comme « la puissance d'agir, la capacité qu'a un agent de se constituer en auteur de son action ». Et d'autre part le *pouvoir-en-commun*, « la capacité que les membres d'une communauté historique ont d'exercer de façon indivisible leur vouloir-vivre ensemble. » Ce dernier point requiert de faire un pas de côté. Peut-on qualifier une équipe soignante et les personnes hospitalisées de communauté historique ? Peut-être serait-elle plus à propos si on élargissait la focale pour se placer à l'échelle de l'institution hospitalière et si on interroge ses réflexions actuelles sur la place du « patient-partenaire » dans le fonctionnement, la décision et les services de l'établissement.

Pâtir - agir

À l'interface de la problématique médico-soignante et de la recherche-projet en design d'hospitalité, tant dans sa dimension théorique que pratique, la question de recherche commune peut être reformulée, à ce stade, de la manière suivante : comment transcrire la valeur hospitalité dans la spatialité et les dimensions sensorielles de l'espace singulier de l'espace d'apaisement, de manière à ce qu'il soutienne les stratégies soignantes et le pouvoir d'agir des patients dans la prévention et la gestion des crises d'agitation et d'anxiété extrême dans une perspective d'amélioration des situations d'interactions violentes ?

Il nous appartient de ne pas perdre de vue que nous avons à penser un environnement pour des êtres abîmés dans le chaos de leur souffrance. Pour Paul Ricœur, la souffrance est une altération du rapport soi-autrui et de la puissance d'agir. Pour les êtres souffrant

« le monde apparaît non plus comme habitable mais comme dépeuplé⁵⁰¹. » Or il s'agit précisément du projet du design de rendre le monde plus habitable. Penser l'habitabilité du monde pour des êtres à l'acmé de leur souffrance, affectant « la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens » c'est porter une attention particulière aux choses et au langage au milieu desquels les patients vont traverser cet enfer. Paul Ricœur identifie une typologie du souffrir⁵⁰² qui se règle sur celle de l'agir selon quatre niveaux d'efficacité potentiellement féconds pour nourrir les intentions liées à la conception de l'espace d'apaisement :

- ♦ La parole : l'impuissance à dire. Entre le vouloir dire et l'impuissance à dire s'élève la plainte, comme un appel à l'aide.
- ♦ Le faire : l'impuissance à faire. Souffrir signifie endurer : être livré à l'autre, même dans la relation de soin.
- ♦ Le récit : les atteintes portées au récit de sa vie alors qu'une vie c'est l'histoire de cette vie. La souffrance enferme dans l'instant, arraché au présent, coupé de la dialectique entre mémoire et futur.
- ♦ La narration : l'atteinte portée à l'interconnexion avec la narration des autres : les repères dans le temps, dans l'espace, dans les mythologies⁵⁰³.

Cette approche nous conduit à imaginer une exploration des possibles selon une typologie :

- ♦ de la contenance, de l'enveloppement ;
- ♦ de la capacitation, de l'autonomie ;
- ♦ de la sensorialité, du sens ;
- ♦ du langage, du signifiant.

Cette typologie est à croiser avec les conduites créatrices et les opérations poétiques issues des cahiers poétiques biographiques présentées dans le chapitre précédent :

- ♦ cheminer (restaurer le récit) ;
- ♦ ménager (restaurer la narration) ;
- ♦ énoncer (restaurer le pouvoir de dire) ;
- ♦ faire avec (restaurer le pouvoir d'agir).

501 Paul RICŒUR, « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, numéro spécial, juin 1992.

502 Paul RICŒUR, *ibid.*

503 Paul RICŒUR, *ibid.*

Un cahier d'intentions

Le cahier d'intentions a pour objet de préciser les hypothèses que nous souhaitons expérimenter à l'occasion de la création de l'espace d'apaisement dans l'unité protégée du 28ème secteur à l'hôpital d'Avron. Il s'agit d'hypothèses à caractère poïétique, relatives au rapport entre les intentions des concepteurs et leurs choix formels. Elles sont issues de l'étude poïétique conduite dans le cadre de cette thèse et des expériences heuristiques menées au sein du *lab-ah*. À la différence du cahier des charges qui impose des contraintes, le cahier d'intentions ouvre des chemins d'expérimentations et de créations.

Les implications de la dénomination de ce cahier d'*intentions* sont loin d'être secondaires. L'analyse conceptuelle qu'en fait Paul Ricœur enrichit considérablement ce parti pris de poser les intentions avant les contraintes, de poser le *pourquoi* avant le *comment*. Les trois emplois du terme *intention* apportent chacun un éclaircissement des rapports entre le *qui*, le *quoi* et le *pourquoi*. Ces trois usages sont : faire ou avoir fait quelque chose intentionnellement ; agir dans une certaine intention ; avoir l'intention de⁵⁰⁴.

Les « actions intentionnelles » se différencient de celles qui ne le sont pas quand elles prennent la forme d'une réponse apportée à la question du *pourquoi*. À ce titre, elles renvoient à la cause qui suscite l'action et en privilégie les aspects objectifs. Elles font référence en l'occurrence aux déterminations de l'action, précisées par l'équipe, concernant leur intention de privilégier la prévention à la mise en chambre d'isolement.

« Agir dans une certaine intention » relève d'un « motif prospectif ». Il est l'équivalent d'un syllogisme pratique : « La vertu du raisonnement pratique, en effet, est de faire apparaître un état de choses futur comme stade ultérieur d'un processus dont l'action considérée est le stade antérieur⁵⁰⁵ », autrement dit « l'action est là, et, pour la décrire, on l'explique ». Cette deuxième acception désigne avant tout la posture du *lab-ah* souhaitant apporter la preuve des effets d'apaisement par l'atmosphère d'un espace.

Enfin, la 3ème acception « avoir l'intention de » réassigne l'action à l'agent en intégrant l'idée du désir, du vouloir. Il s'agit d'une locution, d'une promesse, d'une confession qui incombe entièrement à son auteur et échappe à l'observation et à la vérification. Elle est une attestation de soi. Elle s'applique à différents degrés à toutes les parties-prenantes du projet avec un accent particulier chez l'auteure.

504 Paul RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, op. cit., p. 87.

505 Paul RICŒUR, *ibid.*, p.90

Nous proposons de retenir comme *intentions* pour ce projet les thématiques explorées dans la théorisation du design d'hospitalité :

Les objets quotidiens, supports de la relation d'hospitalité

L'importance de l'objet ordinaire dans la construction de soi et comme médiateur des interactions sociales incite à repenser leur introduction dans les espaces de soin, tels que l'espace d'apaisement, tout en respectant les consignes liées à la sécurité des personnes.

La porosité entre dedans-dehors comme ancrage de l'hospitalité

Nombreuses sont les initiatives créatrices remettant en cause la dialectique du dedans et du dehors. Fortement ancrée dans la structuration spatiale de l'hôpital psychiatrique, Bachelard, philosophe de la poétique, la dénonce comme une spatialisation binaire de la pensée métaphysique sur l'être et le non-être. L'espace d'apaisement préservera des porosités.

Faire avec, restaurer la capacité d'agir

La participation active, tant des professionnels que des usagers, à la définition et à la construction des environnements de travail et de soins est indispensable à la qualité d'hospitalité. En effet, les phénomènes de familiarisation et d'appropriation se trouvent alors facilités par l'adéquation des propositions avec les expériences partagées des usagers. En outre, ce « faire avec... » s'organise autour de mondes imaginaires et de représentations symboliques des personnes impliquées dont les régimes de sens peuvent être saisis et traduits directement par les concepteurs. Reste à imaginer comment le « faire avec » se prolonge dans les usages ultérieurs de cet espace. Dès lors que celui-ci se pense comme un espace restaurant la capacité d'agir et de dire, conformément à la typologie du souffrir, son caractère d'apaisement ne suffit pas. Il doit également présenter des qualités de disponibilité, c'est-à-dire des propositions à activer par les utilisateurs.

Signifier, fondement de l'hospitalité

Les hommes sont des êtres de langage et de sens, plus encore lorsqu'ils sont pris dans des expériences existentielles de la souffrance. Ainsi, s'en tenir à une pure fonctionnalité du lieu c'est les priver de ce qui fonde l'hospitalité : la relation spatialisée et signifiante à l'autre. Pour Lacan, l'existence du signifiant introduit dans le monde de l'homme un sens nouveau. Les expérimentations autour de l'espace d'apaisement auront à cœur de se situer dans le registre de la poésie, du récit et du symbolique comme éléments signifiants ouvrant l'imaginaire dans l'espace mental de ceux qui en font l'expérience, et s'offrant à des interprétations multiples.

Ménager plutôt qu'aménager

Nous entendons ici le terme d'habiter non pas comme une durée prolongée de séjour dans un lieu mais comme une manière de nouer un lien rassurant entre le lieu et le sujet. Cette relation entre bâtir, habiter d'une part et soigner, ménager d'autre part éclaire la collaboration qui s'instaure dans ce projet entre l'équipe de soins et l'équipe de concepteurs du *lab-ah*.

L'expérience esthétique pour sortir du pâtir

Dans la typologie du souffrir, il y a l'idée que souffrir c'est pâtir. Pâtir c'est subir. L'enjeu serait donc de trouver les ressources pour que les patients puissent transformer leur vécu du pâtir en expérience, c'est-à-dire, qu'ils puissent lui donner un sens, une signification dans leur histoire. Aussi, l'attention portée à la qualité de la forme et de l'esthétique de cet espace est décisive pour engager une relation favorable à la transfiguration des affects.

Énonciation, récit et narration

Concevoir l'espace d'apaisement de manière à créer la plus grande versatilité possible d'interprétations et d'aménagements favorise la capacité d'énonciation, ou comme le dit Paul Ricœur, la capacité de dire. Dans un espace aussi contraint que l'espace d'apaisement, qui se prête peu au cheminement, toutes les possibilités de récits et de narrations sont des facteurs d'hospitalité.

Envelopper

Le morcellement de l'enveloppe psychique et la vulnérabilité entraînée par la maladie exacerbe le besoin de réassurance et de contenance physique. Ce besoin, lorsqu'il n'est pas satisfait, s'exprime à travers de l'anxiété, un repli sur soi, ou au contraire de l'agitation et parfois de la violence vis-à-vis de soi ou d'autrui. Ce qui doit être contenu et transformé grâce à l'enveloppe ce sont les angoisses archaïques de dissolution, d'abandon, de fusion, de fragmentation. Les enveloppes s'incarnent dans le champ du soin à travers de multiples formes : les professionnels, leur présence et leurs gestes bienveillants, la relation intersubjective, les soins, à travers toutes les formes de toucher relationnel et enfin le matériel et les espaces. Bien sûr, elles ne sont pas toutes à mettre sur le même plan car elles portent des objectifs thérapeutiques différents. Ce projet se prête à repenser la conception matérielle de ces enveloppes dans toutes ses interfaces avec les usagers in situ.

Transition

Cette dernière intention est primordiale car elle nous permet de contourner l'écueil consistant à créer cet espace comme un sanctuaire, dans lequel nous concentrerions toutes les vertus de l'hospitalité en dépit de ce qui l'entoure. La transition, c'est créer des relations de mouvement et de relais dans le temps, dans l'espace et dans les usages. Les propositions expérimentées dans ce salon de l'hospitalité sont donc à penser dans un *continuum* avec le service, avec l'hôpital, avec la cité, suivant le cheminement de rétablissement de la personne hospitalisée.

4. Le faire design : de la chambre d'isolement à l'espace d'apaisement

Petite phénoménologie de la chambre d'isolement



Illustration 138 : Chambre d'isolement de l'USI du 28ème secteur

© lab-ah, GHU Paris, psychiatrie & neurosciences

Selon les dires du docteur Catherine Boiteux, la chambre d'isolement est « blanche, vide et froide ». Cette description conduit à l'appréhender *de facto* comme un condensé de sensations et d'émotions relevant d'un phénomène de synesthésie. Cet espace crée en effet d'emblée des caractères d'atmosphère définis par Gernot Böhme, « comme une

manière caractéristique de nous affecter⁵⁰⁶. » Ce qui nous intéresse dans cette approche de l'expérience sensible par la production des atmosphères, c'est l'exploration de la relation inextricable entre les états de la psyché et les perceptions sensorielles du corps.

La qualité de neutralité absolue de ces lieux se justifie du côté médico-soignant par la nécessité de limiter strictement les stimulations dans des contextes de grande agitation et de désorganisation psychique. Cependant, la neutralité est bien souvent perçue par les usagers comme un environnement froid et hostile, comme l'illustre ce témoignage d'une patiente de l'unité de soins intensifs : « Quand on nous enferme dans la chambre d'isolement, le cube. C'est glacé. » En associant sa perception du volume (le cube) avec une sensation corporelle (le glacé), elle tente d'exprimer un ressenti émotionnel (l'hostilité). Nous pouvons dès lors évaluer quels sont les enjeux de synesthésie d'un tel espace dont l'ambition affichée est de calmer et de soigner.

Toute la philosophie phénoménologique développe l'idée selon laquelle le sentiment d'existence et la construction du Soi reposent sur la perception, le ressenti et le point de perspective d'un être immergé dans le monde, dans un milieu qui l'affecte et avec lequel il interagit. « La perception est une façon d'être là (*da zu sein*) - comme l'action en est une autre. Alors que dans l'action, l'existence (*Dasein*) nous devient sensible grâce aux résistances qu'elle rencontre, la perception nous rend sensibles à notre existence parce que nous sommes affectés, exposés au monde et que nous vibrons avec ce qui est perçu⁵⁰⁷. » C'est pourquoi, la production des caractères d'atmosphère nous semble proposer un cadre théorique intéressant dans le contexte actuel. Avant de distinguer les éléments de production atmosphérique, il est important de rappeler que l'atmosphère proprement dite est une impression totale et globale dont le détail n'apparaît que secondairement dans la perception d'ensemble. Aussi, celle-ci dépend non seulement des éléments qui ont leur caractère propre mais aussi de leur agencement. En outre, la notion de disposition est à prendre en considération dans notre analyse. Elle désigne un état qui relie l'affection – la manière dont on est affecté – et le sentiment d'exister. Pour autant, perceptions, ressentis et dispositions sont aussi déterminés par l'expérience sociale et les représentations culturelles qui préexistent à l'expérience d'une atmosphère.

506 Gernot BÖHME, *Asthetique. Pour une esthétique de l'expérience sensible*, Les presses du réel, Paris, 2020.

507 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 104.

C'est pourquoi le philosophe Gernot Böhme décompose les caractères d'atmosphère en cinq classes : sociales, synesthésiques, affectives, communicationnelles et les impressions de mouvement. Ainsi, selon lui, nous pouvons créer des atmosphères à partir d'éléments producteurs dont la vocation serait de susciter des expériences globales, transformant profondément les états émotionnels de leurs utilisateurs et la conscience de leur être-au-monde. Par exemple, la douleur et la peur nous rattachent au corps tandis qu'une atmosphère a la potentialité de nous amener à un « sentiment océanique⁵⁰⁸ » qui nous sort de l'emprise corporelle et nous ouvre à une étendue sensorielle, une connivence avec le monde. La tâche essentielle du designer dans cette action sera de configurer une atmosphère en vue d'un effet affectif, qualifié ici d'*apaisement*.

Le cube ou le carré x 6

Le cube de la chambre d'isolement n'est pas parfait au sens mathématique du terme. Malgré cela, il est ressenti comme un « cube », c'est-à-dire comme un carré en volume. Bruno Munari le désigne « Haut et large comme un homme les bras écartés, le carré est, dans les écritures le plus anciennes et dans les gravures rupestres des premiers hommes, le symbole de l'enclos, de la maison, du pays⁵⁰⁹ ». Pour le philosophe Etienne Souriau, « Sa forme est simple, nette, robuste⁵¹⁰ ». Par le vide qu'elle affiche, la chambre d'isolement renvoie plus à l'enclos qu'à la maison et les caractères de simplicité et de robustesse du carré n'apportent pas les inspirations esthétiques qu'elles peuvent générer chez les architectes et les artistes. Ils viennent plutôt confirmer une pauvreté symbolique et atmosphérique.

Pour autant, ce cube constitue le cadre permanent de nos interventions. Composé de quatre parois verticales et deux parois horizontales, il impose une séparation presque totale avec tout phénomène au-delà de ces plans. En conséquence, il instaure une limite stricte entre un dehors et un dedans, un ici et un ailleurs, et entre un Moi et les Autres qui ne sont pas là. Dans un contexte où les pathologies psychiatriques qui affectent les usagers du service sont *aliénantes*, autrement dit elles créent de graves distorsions de l'identification des limites entre Soi et les autres, entre son corps et son milieu, entre son psychisme et ses projections, on peut comprendre que l'incarnation « simple » et « robuste » des limites permettant la différenciation soit un premier geste de prise en

508 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 99.

509 Bruno MUNARI, *op. cit.*, p. 212.

510 Etienne SOURIAU *op. cit.* p.328.

charge thérapeutique. Car « la clôture, la cloison, la partition restent l'outil fondamental de l'appropriation de l'espace ; s'enraciner, c'est d'abord enraciner ses « murs » dans le sol⁵¹¹ ». En cela, le cadre constitue la référence à la construction du « Point Ici⁵¹² ». Or, celui-ci est la condition de l'ancrage corporel du sujet mais aussi de la possibilité de l'appropriation de cet espace-temps que lui offre l'édification des murs. Pour Abraham Moles et Élisabeth Rohmer, « Ici est une pratique sociale, un domaine d'emprise ». C'est en traçant le périmètre de cet espace que la personne peut y déployer son être sensible et se l'approprier comme un « ici » ontologiquement créateur d'un ailleurs, un « ici », promesse d'ailleurs. Cela rejoint notre hypothèse liée à l'aporie de l'hospitalité selon laquelle à l'hôpital, la qualité de l'hospitalité doit être le moteur de son émancipation. Néanmoins, dans la chambre d'isolement, le mur n'est qu'obstacle. Il ne participe pas à la production d'atmosphère. Pour cela, il faudrait lui restituer tout son potentiel perceptif, au-delà de ses propriétés matérielles et fonctionnelles. Le mur est en effet un support, une surface et une frontière topologique, au caractère sémantique et anthropologique. Cette manière de l'aborder ouvre soudainement le champ d'une poétique contributive au déplacement du langage de l'enfermement à celui de l'apaisement.

En outre, formant un cube, c'est-à-dire six carrés en volume, les murs sont agencés de manière à créer des coins. Or, le coin est un espace porteur d'images et de souvenirs d'une poétique de l'enfance, reliés à des émotions très contrastées selon l'expérience de chacun : la peur, la punition (aller au coin) mais aussi le jeu (le frisson d'être caché) et le refuge solitaire et tranquille de l'enfant qui a besoin, soudain, de se blottir et de savourer son immobilité. Comme le dit Gaston Bachelard « il faut désigner l'espace de l'immobilité en en faisant l'espace de l'être. » Le coin pourrait donc devenir, par le pouvoir évocateur de la rêverie poétique, un espace d'expérience existentielle au service d'un espace-temps de la résilience. Encore faut-il que ses profondeurs mémorielles et symboliques soient convoquées par des postures corporelles qui s'y prêtent. S'accroupir en pyjama dans un angle vide, au sol carrelé, ne peut que produire des images d'effroi.

Enfin, la morphologie du carré, par son caractère rigoureux d'instauration d'une limite en quatre côtés, nous interroge sur sa porosité et sa fluidité avec les environs circonvoisins. Autrement dit, en décidant de condenser notre savoir et notre agir sur l'hospitalité dans cet espace de huit m², dans quelle mesure n'apportons-nous pas une caution à son

511 Abraham MOLES, Elisabeth ROHMER, *op. cit.*, p. 70.

512 Abraham MOLES, Elisabeth ROHMER *op. cit.*, p. 58.

absence dans les autres espaces ? En désignant cet espace comme un « carré d'hospitalité », expression que j'ai utilisée dans des échanges et qui a été envisagée comme une dénomination possible pour l'espace d'apaisement, ne venons-nous pas disqualifier, tout en les ignorant, les qualités d'hospitalité du service, de l'hôpital, du quartier, de la société ? Ne venons-nous pas abonder le syndrome du film de Ruben Östlund *The square* ? Ce film s'organise autour d'une installation composée d'un carré lumineux tracé au sol devant le musée d'art contemporain proclamant sur une plaque dorée : « Le Carré est un sanctuaire où règnent confiance et altruisme. Dedans nous sommes tous égaux en droits et en devoirs », actant ainsi le fait qu'en dehors dudit sanctuaire ces mêmes valeurs sont en échec. Et en effet, le film égrène les situations urbaines d'inégalités flagrantes et d'indifférence généralisée, à peine mâtinées de ce qu'il faut de culpabilité. Nous pourrions en rester là de notre parallèle avec la situation de l'espace d'apaisement. Mais ce qui est réellement inquiétant c'est qu'en ce même carré, dont la seule valeur est au demeurant performative, de jeunes communicants mettent en scène l'explosion d'une petite fille blonde et pauvre afin « de faire le buzz » et d'interpeller plus énergiquement l'indifférence de la population à l'égard de la pauvreté, en jouant sur un phénomène d'identification avec la victime... suédoise. Ainsi, le sanctuaire se transforme en scène de destruction tout en restant dans la ligne de dénonciation de la maltraitance que nous exerçons les uns vis-à-vis des autres, et surtout envers les plus vulnérables. L'espace d'apaisement ne doit donc pas devenir le sanctuaire au carré de l'hospitalité de l'institution. Et la chambre d'isolement ne doit pas devenir le carré dans lequel on tolère l'explosion psychique des plus fragiles.

Fort heureusement, les solutions existent pour échapper à l'enfermement de la forme du carré grâce à la spirale logarithmique. Celle-ci se construit à partir du carré et s'évase de l'intérieur vers l'extérieur tout en enveloppant de plus en plus largement l'espace qu'elle entoure. Une image inspirante pour le déploiement des éléments producteurs d'atmosphère hospitalière à l'hôpital.

Le blanc



Illustration 139 : Chambre d'isolement de l'USI du 28ème secteur

© lab-ah, GHU Paris, psychiatrie & neurosciences

À y regarder de près, le design esthétique porte non sur des propriétés (c'est-à-dire des éléments que les choses possèdent en elles-mêmes et qui peuvent avoir une incidence sur leur utilisation, les rendre fonctionnelles ou non) mais au contraire sur des « extases », sur la manière dont ces choses sortent d'elles-mêmes et se présentent dans l'espace⁵¹³.

Pour Gernot Böhme, la couleur est un élément producteur d'atmosphère emblématique du phénomène d'extase. Elle rend compte de ce que les choses donnent à percevoir et à ressentir. Sa perception est également conditionnée par la clarté. On ne peut pas voir les couleurs dans l'obscurité. Ainsi, la couleur rayonne et s'actualise dans la clarté, en cela son essence réside dans son apparence et non pas dans une qualité intérieure. Quant à la couleur blanche, uniformément déposée sur toutes les surfaces de la chambre, elle crée une extase radicale dont le sens et les effets interrogent.

513 Gernot BÖHME, *op. cit.*, p. 172.

Au-delà des effets d'extase, la perception du blanc est immédiatement corrélée avec nos représentations historiques, sociales et culturelles du milieu hospitalier. Comme nous l'avons exposé dans le chapitre 2, Philippe Fagot⁵¹⁴ démontre que la couleur blanche s'est imposée progressivement à l'hôpital au cours du XIX^e siècle sous l'influence combinée de l'hygiénisme, des théories antiseptiques développées par Pasteur et de la laïcisation du personnel infirmier, jusqu'à en devenir un stéréotype.

Le blanc donc, partout, du sol au plafond. Alors que les problèmes d'aseptisation et d'hygiène hospitalière sont sans commune mesure entre un hôpital psychiatrique et un service de chirurgie, on peut s'étonner de ce choix, réitéré dans presque toutes les chambres d'isolement. Nous faisons volontiers l'hypothèse que c'est en raison du signifiant appuyé de la couleur blanche à l'hôpital « construit sur l'idée et sur les faits d'une association prototypique de l'acte de soigner et du lieu des soins avec la blancheur » qu'elle est spécifiquement choisie pour ces espaces dont la vocation thérapeutique fait controverse. En redoublant le signifiant médical et hospitalier, le blanc inscrit dans les esprits le caractère médical de la chambre d'isolement, dont le service thérapeutique rendu a pourtant été jugé quasiment nul par l'HAS. La mise en chambre d'isolement d'une personne en crise ne se justifie plus aujourd'hui par sa légitimité médicale, suscitant un malaise grandissant chez les personnels soignants. Il est très possible que leur souhait de transformation de la chambre d'isolement – blanche – en un espace d'apaisement – coloré – trahisse l'émergence de l'idée que le bien-être ne réside pas dans les stéréotypes de l'hôpital aseptisé. D'autant que se priver de la couleur, c'est écarter son potentiel d'extase dans la composition d'une atmosphère. C'est de surcroît se priver de la possibilité de dédier des espaces à des fonctions, dans un espace initialement indifférencié, dans lequel le lit est l'alpha et l'oméga de toute activité. Or le lit est lui aussi un stéréotype de l'hôpital alors que les patients en psychiatrie n'ont pas d'autres raisons de se coucher que tout un chacun, sauf à être attaché comme cela est parfois le cas en chambre d'isolement.

514 Philippe FAGOT, *op. cit.*

La fenêtre et le temps



Illustration 140 : Chambre d'isolement de l'USI du 28ème secteur avec horloge

© lab-ah, GHU Paris, psychiatrie & neurosciences

Nous dirons un mot enfin, dans cette esquisse descriptive de la chambre d'isolement initiale, de la fenêtre avec son étrange horloge coincée entre le double-vitrage.

La fenêtre crée une faille du dedans vers le dehors dans la limite déterminée par l'ancrage des murs. La chambre est au 1er étage et la fenêtre donne sur un bar réputé comme plateforme de commerce de drogue. Elle cristallise dès lors la dialectique du dedans et du dehors. « L'en dehors et l'en dedans sont tous deux intimes ; ils sont toujours prêts à se renverser, à échanger leur hostilité. » C'est peu dire que Gaston Bachelard trouve là l'expression de la complexité pudique de la fenêtre en ce lieu. Car, comme l'ont expliqué les infirmières, elle est recouverte d'un film permettant de voir à l'extérieur sans être vu. Bien que la vue sur le monde fasse partie des repères spatio-temporels réclamés par les patients, le segment urbain sur lequel elle s'ouvre est hostile (bagarres, deals, alcoolisme) et ne participe pas à rasséréner les usagers de la chambre.

La perte de repères dans le temps est vécue par les patients comme une souffrance et une aggravation de leur sentiment de désorientation. Si la HAS préconise la présence d'une horloge, préconisation appliquée par le GHU, les témoignages font référence à un système de repérage et d'orientation dans le temps plus large : « Une des choses qui m'a le plus marquée et frustrée en chambre d'isolement, c'est l'absence de notion temporelle. Il y aurait quelque chose à faire au niveau d'un calendrier, d'un agenda, pour montrer le

temps qui passe et essayer de se repérer dans le temps⁵¹⁵. » L'horloge incarne, au sens propre comme au sens figuré, le temps suspendu de cette expérience. Elle est coincée entre deux vitres, de guingois, le temps étant en quelque sorte enserré entre le dedans et le dehors. Le temps garantit la continuité de l'identité et l'insertion de l'individu dans une narration, une norme collective. Deux dimensions mises à mal par la maladie psychique. Le positionnement de l'horloge relève ici d'un expédient, à l'initiative de l'équipe soignante, alors que son intégration n'avait pas été prévue dans les aménagements. Les cahiers poïétiques ont montré que les expédients des équipes anticipaient en quelque sorte les bonnes pratiques institutionnelles. Il arrive que les interventions en art et design fassent le pont entre les deux en apportant des qualités de forme et d'usage à cet expédient.

En conclusion, la chambre d'isolement est *ressentie, perçue*, pour certains *vécue* dans son dénuement même. Elle est « vide », « glacée » et « imberbe⁵¹⁶ ». Nous pouvons dire avec Emmanuel Lévinas qu'elle est nue. Or « les choses sont nues par métaphore, quand elles sont sans ornements : les murs nus, les paysages nus. Elles n'ont pas besoin d'ornement, quand elles s'absorbent dans l'accomplissement de la fonction pour laquelle elles sont faite : quand elles se subordonnent d'une façon si radicale à leur propre finalité qu'elles y disparaissent. » C'est pourquoi la transformation de la chambre d'isolement en espace d'apaisement ne pose pas seulement des questions d'aménagement, ni même de ménagement, mais elle implique la nécessaire transmutation de sa finalité. Or, cette finalité réside *in fine* dans la conception et les pratiques qu'en ont et qu'en font les professionnels et les usagers. Cela nous conduit d'ores et déjà à prolonger la question « quelles sont les propositions formelles et sensorielles qui privilégient l'apaisement chez leurs utilisateurs en-dehors de toute référence à l'enfermement ? » par « quelles sont les propositions formelles et sensorielles qui traduisent une attention et une intention de transformation totale de la finalité de cet espace chez les soignants, à partir de l'expérience et des désirs des usagers dans un cadre donné ? ». Ce que révèlent les remarques sur la nudité de la chambre d'isolement « c'est son absurdité, son inutilité qui n'apparaît elle-même que par rapport à la forme sur laquelle elle tranche et qui lui manque. » Dès lors, « dévoiler par la science et par l'art, c'est essentiellement revêtir les éléments d'une

515 Entretien avec Mme A.

516 Citation de Mme P : « la chambre d'isolement est imberbe ». Ce à quoi Coline Fontaine a répondu : « Voulez-vous un espace d'apaisement poilu ? »

signification, dépasser la perception. Dévoiler une chose c'est l'éclairer par la forme : lui trouver une place dans le tout en apercevant sa fonction ou sa beauté⁵¹⁷. » Tel est l'enjeu de la conception d'un espace d'apaisement en lieu et place de la chambre d'isolement.

Récit d'immersion : compréhension, empathie et projection

*Ne me secoue pas, je suis plein de larmes*⁵¹⁸

Miossec

L'immersion que nous avons réalisée, dans la première étape du projet, vise à collecter les expériences et les projections des parties-prenantes du milieu hospitalier. L'écoute de nos propres mouvements émotifs à la découverte de ces expériences vient enrichir cette phase d'attention. En accord avec le philosophe Emmanuel Levinas, nous pouvons qualifier l'immersion comme « une expérience de quelque chose d'absolument étranger, connaissance ou expérience pure, *traumatisme de l'étonnement*⁵¹⁹. » Car « l'absolument étranger seul peut nous instruire. Et il n'y a que l'homme qui puisse m'être absolument étranger – réfractaire à toute typologie, à tout genre, à toute caractérologie, à toute classification – et, par conséquent, terme d'une « connaissance » enfin pénétrant au-delà de l'objet⁵²⁰. »

Initiation : une journée dans le service avec le docteur Catherine Boiteux – le 26 août 2020

Le docteur Catherine Boiteux, cheffe de pôle, nous accueille pendant une journée alors qu'elle remplaçait son collègue de l'unité de soins intensif.

517 Emmanuel LEVINAS, *op. cit.*, p. 72.

518 Cité par M.A.

519 Emmanuel LEVINAS, *op. cit.*, p. 71.

520 Emmanuel LEVINAS, *ibid.*

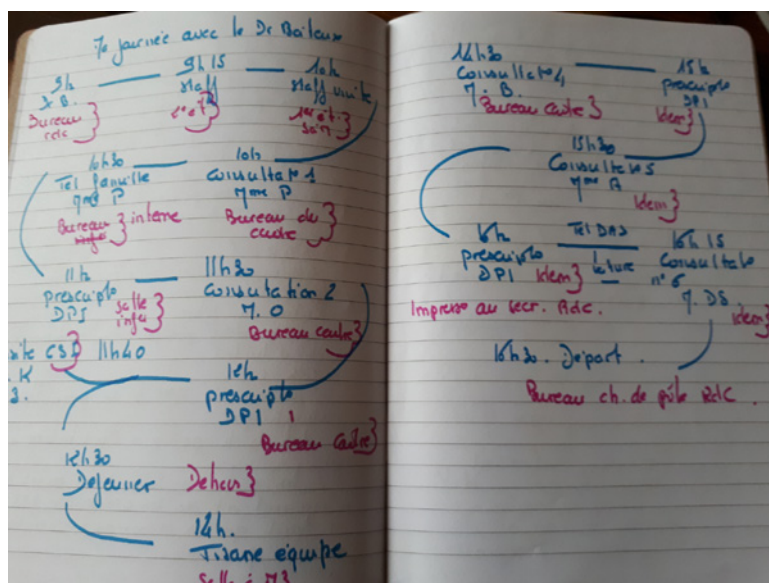


Illustration 141 : Cahier d'immersion de l'auteure

© lab-ah, GHU Paris, psychiatrie & neurosciences

Ce jour-là, les personnes hospitalisées dans le service étaient au nombre de six. Elles ont toutes rencontré le docteur Boiteux, en notre présence.

D'un âge indéfinissable, Mme P. se dissout dans son pyjama bleu. Le regard flou et le verbe confus, elle fait néanmoins preuve de compliance. Face au docteur, elle « comprend qu'il lui faut rester encore un peu ». Mme P. est assistante de direction. Elle souffre d'une pathologie bipolaire déstabilisée. Elle a également été contaminée par le VIH par son compagnon. Elle est sortie en permission vendredi dans un état stable, sur le point de quitter l'hôpital. Mais elle est rentrée le dimanche très « exaltée et désorganisée ». Les soignants disent en staff « qu'elle fait n'importe quoi : elle est montée à califourchon sur un autre patient, elle tape dans les portes, elle a empêché tout le monde de dormir. » Ils pensent qu'elle fait tout pour rester dans le service. L'espace d'apaisement serait tout à fait adapté pour Mme P., disent-ils. Le docteur lui prescrit, outre des médicaments, une heure de repos matin et après-midi dans sa chambre fermée. Prescription formulée de la façon suivante : « isolement sans lieu dédié ».

Jeune homme d'une vingtaine d'année, M. O. affiche une certaine sérénité face au docteur. Il a un visage d'enfant et un sourire timide. Sa sortie est en jeu. Il est atteint d'une schizophrénie sévère qui a résisté à tous les traitements de première intention. Il est arrivé dans le service très énervé avec des accès de violence impressionnants. Il est resté 70 jours attaché. Son délire s'est accroché à la terreur d'avoir exercé des actes de

pédophilie sur son petit frère. Le traitement contre la schizophrénie résistante l'a transformé. Il est devenu charmant. Un soignant dit « on est tous amoureux de lui ». Un autre parle du « miracle de la Clozapine ». La consultation se conclut sur la préparation à sa sortie. Il nous fait un retour sur la chambre d'isolement qu'il associe spontanément à une punition : « ce n'était pas bien ». Il aurait aimé écouter de la musique ou regarder des films quand il se sentait mieux. Il souligne l'ennui en isolement mais aussi en hospitalisation.

M.K n'a pas dormi de la nuit. Il git sur le lit de la chambre d'isolement, les yeux grands ouverts, leur effroi envahit tout l'espace. Son corps est raide. Son cœur bat à tout rompre. Il est dans un état catatonique depuis 24 heures. Il est très jeune. Il a 18 ans et c'est son premier épisode psychiatrique. Le docteur Boiteux évoque un « coma psychique ». Elle dit qu'il est enfermé tout seul dans sa tête avec son délire et que son corps est en état de sidération. Il est arrivé par les urgences, très agité et très violent. On lui a donné des sédatifs mais ce n'est pas la cause de sa catatonie. Ses ECG sont perturbés. L'équipe est inquiète et fait appel au médecin somatique. On ne connaît pas son histoire. Il reste en chambre d'isolement car personne ne sait comment il va se réveiller.

M.B arrive en consultation à très petits pas, soutenu par les soignants et criant : « je vais tomber, je vais tomber ». Il se laisse choir sur la chaise plus qu'il ne s'assoit. Cet homme de 70 ans en paraît bien 20 de plus. Il souffre de polyopathologies comprenant une psychose, un parkinson et un début de démence. Le début de démence vient d'être diagnostiqué à la suite d'un récent IRM. Il a beaucoup crié dans le service et s'est calmé depuis seulement 24 heures. Le traitement fait effet. Cela se passe mal dans l'EHPAD dans lequel il est actuellement. Le Dr Boiteux a fait une demande pour celui de La Roseraie, au GHU Paris, plus en capacité de prendre en charge des personnes âgées souffrant de maladies psychiatriques. Il n'était pas bien encore ce matin. Il a dit : « ça ne va pas bien dans ma tête ».

Quand elle arrive à la consultation, Mme A. est imprégnée d'une infinie tristesse, teintée de méfiance et de crainte. Elle habite aux Pays-Bas, elle est mère de deux enfants et divorcée. Elle est en transit touristique à Paris. Elle parle bien français. Elle est allée à l'Élysée pour expliquer à Monsieur Macron que le COVID-19 se soignait avec des plantes. Les gardes n'ont pas apprécié sa bonne volonté à sa juste valeur. Elle a été adressée au GHU Paris en SDRE (hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État). Depuis son arrivée, elle est sous le coup d'un délire paranoïaque. Maintenant, elle est calme. L'équipe va l'emmener chercher ses sacs à l'hôtel et sa voiture. Dès qu'elle ira mieux, elle rentrera aux Pays-Bas.

Homme mûr, M. DS. cherche immédiatement l'approbation du docteur qu'il trouve « magnifique ». Il est d'origine portugaise et affirme avec force ses origines sociales supérieures et la qualité de sa famille. Il est atteint d'une pathologie bipolaire et a cessé de prendre son traitement depuis presque deux ans. Il est arrivé dans le service suite à un épisode maniaque dans lequel il a insulté sa femme et écrit à son fils qu'il n'était pas son père. Il fait part de ses doutes sur sa paternité et pleure car son fils l'a insulté en retour. Il vient de voir sa femme en visite qui a demandé le divorce. Il annonce qu'il n'y survivra pas car sa femme c'est « sa maitresse, sa femme de ménage, sa cuisinière, sa mère et son père ». Il raconte leur rencontre. Il est dans le déni de sa maladie et le docteur a du mal à lui faire comprendre qu'il doit absolument respecter son traitement. Avec la reprise du traitement, il va sensiblement mieux. Il sortira bientôt.

Ce florilège de détresses humaines éveille l'émotion primitive qui a motivé notre parcours dans les hôpitaux depuis une vingtaine d'année.

À 9h00, nous participons au staff du service. Il a lieu dans une salle de réunion très neutre. Les sujets sont abordés sans hiérarchie et sur le mode de l'efficacité. Il s'agit d'informations courtes concernant l'état des lieux du matériel, des patients et des initiatives à prendre dans la journée. Une liste à la Prévert qui rend compte de la diversité des sujets traités dans un service de soins, du plus prosaïque au plus clinique : stores cassés - apparition d'un patient qui demande son médicament - accueil des patients des autres secteurs qui n'ont plus de lits disponibles, sortie de Mme B. mais pas chez elle, fugue, aller chercher les affaires de Mme A. à l'hôtel, sortie d'une patiente, accompagnement chez le juge des libertés et de la détention, retour catastrophique de Mme P. de sa permission de WE, M. A. est maltraité dans sa famille, retour de permission difficile (se prend pour un acteur de porno et met le feu à sa table de nuit)...

Un second staff se déroule à l'Unité de soins intensifs autour d'un petit-déjeuner pantagruélique. Celui-ci se concentre sur les patients actuellement hospitalisés. Le réfectoire est partagé entre soignants et patients en raison des contraintes de place. Les patients sont donc priés de sortir de la pièce pendant la réunion.

Un moment de calme rend possible une discussion avec un aide-soignant. Il m'explique que l'équipe est attentive aux soins d'hygiène. Un des sujets de l'éthique soignante se porte sur la dignité. Lui-même se donne comme règle de ne tolérer « aucun laisser-aller ». Si nécessaire, il est prêt à changer quatre à cinq fois le même patient dans la même journée. Sa fierté professionnelle se cristallise sur une valeur éthique de sa pratique. Il illustre ainsi que le champ pratique d'une profession se construit à l'intersection des gestes du quotidien et d'un horizon d'idéal, quel que soit le niveau de responsabilité et de qualification de

l'agent. Il l'a confirmé en disant ne pas souhaiter devenir infirmier, alors que sa valeur et sa conscience professionnelles ont amené son encadrement à le lui proposer, car il avait une relation plus concrète et plus humaine avec les patients en tant qu'aide-soignant, par l'entremise du *nursing*, du *care*, de la sollicitude. La sollicitude est au demeurant l'un des trois piliers de l'éthique avec la justice et la « vie bonne ». À l'occasion de cet échange, je me suis étonnée de l'importance de la question de l'incontinence dans les services de psychiatrie. Un sujet qui revient dans nombre de réunions, y compris lorsqu'il s'agit de faire des choix de matériel comme la literie. C. en attribue la cause aux médicaments ou à l'état mental de la personne, l'un et l'autre la conduisant à un certain oubli de soi.

Les patients sont tous en pyjama bleu avec une robe de chambre bordeaux. Il s'agit d'un protocole du service de soins intensifs. Le port du pyjama est un sujet controversé, entre approche sécuritaire - empêcher les fugues, et respect de la dignité - conserver ses vêtements personnels, et symboliquement son identité. La HAS, relayée par le contrôleur des lieux de privation de liberté, recommande un usage limité et encadré du pyjama. Les professionnels arguent souvent du fait que certains patients arrivent par les urgences avec des vêtements très sales, parfois infestés de vermine, et que le pyjama, propre et aseptisé, est proposé dans l'attente soit de nettoyer leurs affaires, soit d'en trouver d'autres. Il faut rappeler à cette occasion que les populations accueillies à l'hôpital psychiatrique public cumulent bien souvent la maladie mentale avec une déprivation sociale et économique dramatique. Les patients aisés se tournent généralement vers le secteur privé, psychiatres de ville et cliniques garantissant un meilleur confort, un environnement matériel de plus grande qualité et probablement une plus grande liberté. C'est pourquoi l'amélioration de l'expérience globale des usagers de l'hôpital public est aussi un enjeu de justice. Les unités de soins intensifs accueillent en outre les pathologies psychiatriques les plus lourdes et les plus graves, en phase aiguë. Créer un écart dans cet espace hétérotopique dans lequel l'hospitalité pourrait se déployer constitue donc une ambition éthique du design hospitalier.

L'événement le plus bouleversant au cours de cette journée a été l'accueil en urgence du jeune homme de 18 ans tombé en catatonie. La cheffe de pôle est inquiète et appelle le médecin somatique de garde pour l'évaluer. J'entre avec elle dans la chambre d'isolement où il est installé. Il est sur le dos, les yeux grands ouverts mais absolument et totalement absent au monde qui l'entoure. Selon le psychiatre, il est enfermé dans son psychisme, dans lequel se déchainent les pires terreurs. Au moment où nos yeux se posent sur lui, une image s'impose. Celle de l'adolescent agonisant dans une cave de la police italienne dans le film de Pier Paolo Pasolini « Mama Roma ». Cette scène de cinéma est elle-même une citation du tableau « Le Christ » de Mantegna.



Illustration 142 : scène de Mamma Roma, Pier Paolo Pasolini, 1962

© Carlotta Films



Illustration 143 : La lamentation sur le Christ mort, Andrea Mantegna, 1480

© Domaine public

La chambre d'isolement serait-elle, dans l'inconscient collectif, un espace sacrificiel, autrement dit un espace sacré ? Cela expliquerait-il les vaines tentatives pour apporter des justifications scientifiques à la permanence de ces pratiques par ailleurs largement réprouvées ? Le caractère sacré de cet espace, d'autant plus qu'il est ignoré par ses adeptes, lui confère une fonction sans rapport avec le discours rationnel. La rationalité dominante de nos sociétés a, dans un même mouvement, relégué le fait religieux dans les temples et diffusé le sacré dans nos vies quotidiennes. Selon Abraham Moles, le sacré surgit quand les hommes ressentent de l'effroi face à un environnement ou des phénomènes qu'ils

ne comprennent pas ou qu'ils ne maîtrisent pas. Or, quoi de plus effrayant, quoi de plus irréductible à la raison que la folie, surtout lorsque celle-ci se manifeste par des comportements hors de toute borne du raisonnable ? Cet effroi du mystère que représente la crise de folie – le sacré est intimement lié au mystère – alimente la qualité sacrificielle, dérivé du latin *sacrificare* qui signifie *faire sacré*, en tant que protection de la collectivité contre l'incompréhensible. Ce faisant, la sacralité de cet espace, renforcée par le déni dans lequel elle est tenue, participe à l'acceptabilité du sacrifice et à la ritualisation des pratiques de ses « adeptes ». Elle fait obstacle à une mise en cause et en mouvement des pratiques et à penser cet espace autrement.

Parmi les autres sujets d'étonnement, nous pouvons évoquer le caractère totalement disruptif de la journée du médecin, notamment en raison de la médiocrité du matériel informatique. Le changement de tâche s'opère environ toutes les dix minutes et la traçabilité des décisions médicales requière beaucoup de temps. Le docteur Boiteux a dû changer trois fois de bureau pour aller jusqu'au bout de ses obligations administratives, une fois parce que l'imprimante ne fonctionnait pas, une autre fois parce que l'ordinateur ne permettait pas l'accès à tel logiciel, la troisième fois parce que le téléphone était cassé. L'épuisement professionnel lié aux dysfonctionnements répétés du matériel et des locaux, et les délais interminables des interventions de la maintenance, constitue jusqu'à ce jour un point aveugle pour les directions fonctionnelles. Il est l'un des sujets conflictuels et d'incompréhension entre les soignants et les administratifs.

Une préoccupation majeure pour le psychiatre dans une journée comme celle-ci est de trouver le juste équilibre dans la médication de chaque patient. Le traitement pouvant changer ou s'adapter à plusieurs reprises selon la manière dont le patient réagit. Nous avons pu constater que la pharmacologie avait pris une place centrale dans les soins psychiatriques. Notre guide rappelle que la psychiatrie reste toutefois « une des disciplines 100% clinique et se fonde sur l'observation du patient », ce qui mobilise un espace-temps important. Elle évoque l'importance de la « clinique de couloir » et plaide pour que le couloir soit un lieu de vie pour les patients et d'interactions avec les soignants. Il est vrai que dans le service, les patients errent beaucoup dans le couloir et interpellent les soignants sur mille et un sujets, prioritairement sur toutes les sources de frustrations liées à la restriction de leur liberté : fumer, manger, boire un café, téléphoner, écouter de la musique... et surtout « quand est-ce que je sors docteur ? ». Tous sont tendus vers la sortie.

La pratique de la psychiatrie repose à tout moment sur une délicate négociation entre l'éthique et la loi. La séquence de l'après-midi consacrée à rappeler les familles qui ont laissé un message au docteur en est une illustration. Le fils de Mme P. exprime

au téléphone son courroux de n'avoir pas été informé de l'autorisation de sortie de sa mère. Il veut que sa mère reste hospitalisée. Le docteur explique alors calmement que la loi autorise à ne pas informer la famille des décisions concernant l'hospitalisation d'une personne. Elle explique les droits de l'usager et de la famille. L'une des règles veut que le médecin ne se substitue pas au patient quand celui-ci peut décider lui-même d'informer sa famille. Malgré le calme et la pédagogie de l'explication, le fils s'énerve et agresse le docteur. Celle-ci finit par déclarer fermement qu'elle n'accepte pas la teneur de cet échange, l'invite à rappeler quand il sera dans de meilleures dispositions et raccroche.

Outils et conception du dispositif d'immersion

Les outils d'immersion sont conçus par l'équipe projet du *lab-ah* dans le but de recueillir la double expérience des soignants et des patients, dans l'espace du service et le temps de l'hospitalisation. Il s'agit aussi de collecter leurs projections et leurs recommandations autour de cette notion d'apaisement. Nous opérons donc un déplacement de la *praxis* vers la *poïesis*. En effet, Aristote nous apprend que la *praxis* n'a d'autre fin que l'action elle-même tandis que la *poïesis* a une fin autre qu'elle-même⁵²¹. Cela éclaire le rôle que le design, par sa vocation projective et de création, peut jouer en interaction avec les « bonnes pratiques » du soin. Il peut être la clé de voûte d'une poétique hospitalière, arc-boutée sur l'éthique des pratiques soignantes.

Les hypothèses d'hospitalité et les inspirations

Notre premier acte a consisté à mettre en commun les références inspirantes pour cet espace d'apaisement. Ces images ont été ensuite organisées avec les entrées thématiques des intentions du projet.

Images et textes ont été imprimés sur des cartons en format A5. Ce jeu de cartes a constitué notre premier outil d'immersion. Nous les avons affichées sur la vitrine du bureau que nous avons occupé pendant toute l'immersion, en lieu et place du futur espace d'apaisement, qui, comme nous l'avions craint, était toujours occupé par des travaux ou des patients.

521 Paul RICŒUR, *op. cit.*, p. 203.



Illustration 144 : illustration d'inspiration sur la porte du bureau d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Nous avons ensuite organisé nos outils de collecte en fonction des grandes coordonnées de l'être humain, conformément à la philosophie phénoménologique : l'homme dans l'espace, l'homme dans le temps, l'homme dans son corps. Les outils étaient simples d'utilisation : une ligne de temps à remplir et à commenter, des post-it à remplir et à apposer sur un tableau des + et des - en termes de sensorialité.

Extraits d'immersions dans le service et collectes

Première immersion - Le 12 juin 2020

Ce jour-là, c'est notre première visite à l'unité de soins intensifs du secteur 28. Nous sommes une équipe de trois intervenantes du *lab-ah* : Coline Fontaine, designer et cheffe de projet, Jeanne Sintic, étudiante en design et stagiaire, et moi-même. Coline et moi connaissons déjà bien le site d'Avron. Pour ma part, j'y suis investie, avec ma collègue, Marie Coirié, depuis 2017. Et Coline est impliquée dans le projet de résidence d'une équipe pluridisciplinaire financé par la CNSA qui s'est déroulé en 2019-2020. Seule Jeanne découvre le site.

Nous avons rendez-vous devant le 129 rue d'Avron, entrée de l'hôpital d'Avron. La signalétique est fort discrète et la porte, dont les barreaux ont été récemment remplacés par un vitrage, est en retrait. Nous appuyons sur la sonnette et attendons sagement. Lorsque la porte s'ouvre, sans bruit pour nous en informer, nous pénétrons dans un immense couloir bordé d'un côté par des vitres occultées et de l'autre par des plaques

de plexiglas bleues et jaunes à travers lesquelles on devine un patio. Nouvel arrêt devant une deuxième porte, grillagée celle-ci. Nous sonnons mais nous pouvons apercevoir le guichet d'accueil à travers la grille. On nous ouvre. Encore un sas, une porte vitrée ouverte et nous voici dans le hall, requis de nous présenter aux personnes, accueil et sécurité ensemble, situées derrière le guichet. À chacune de nos visites, il faudra nous présenter, le sésame du mot « *lab-ah* » ne fonctionnant pas. Seule la mention du Docteur Boiteux, ou de sa cadre, a le pouvoir de déclencher l'initiative d'appeler dans le service pour vérifier que nous sommes attendues et de nous laisser aller. Nous poursuivons à droite, dans un second couloir vide et interminable le long de l'autre côté du patio, dans lequel on aperçoit quelques patients en pyjama bleu et robe de chambre bordeaux, fumant et discutant. Une vague réminiscence d'images stéréotypes de films en prison. Nous passons à l'angle devant une cafétéria fermée, dont le volet en fer est baissé et devant des toilettes condamnées. Depuis la rue, rien ne fait signe, rien n'indique que nous sommes accueillies dans un hôpital. Nous arrivons dans le hall du 28ème secteur. Ouvert aux quatre vents, un salon se blottit dans un angle devant une télévision toujours allumée.

Une fois passé ce recoin, nous montons un escalier, peu visible, jusqu'au 1er étage. Arrivées devant une porte, nouvelle sonnette. Au bout de quelques minutes, la tête d'un soignant apparaît devant la lucarne de la porte et nous identifie. Bruits de clés, la porte s'ouvre. Nous entrons dans un couloir, autrefois peint en orange et bordeaux et repeint dans des gris colorés suite à un travail de recommandations conduit par Benjamin Salabay, designer au *lab-ah*.

Nous sommes un peu désorientées. Ce parcours évoque l'expérience du labyrinthe. Elle consolide la perception du caractère sacré de l'hôpital psychiatrique, en référence au mythe du Minotaure qui est également un récit sacrificiel. Mais plus simplement, le labyrinthe désigne, pour Abraham Moles et Élisabeth Rohmer, tout système où la démarche de l'homme est contrainte. La contrainte est imposée, en tant qu'expérience phénoménologique, dès l'entrée dans l'hôpital psychiatrique.

On nous emmène dans le réfectoire. Cette pièce est petite mais conviviale. Elle a la particularité d'être partagée entre les soignants et les patients. Il y a une télévision mais elle ne trône pas au milieu de la pièce, elle est en retrait et n'est allumée qu'à certains moments. Nous prenons place autour de la table en compagnie de six personnes de l'équipe soignante.

La parole se libère facilement. Ils sont heureux de partager leur expérience et de savoir que leur projet d'espace d'apaisement suscite l'intérêt. Nous sommes accueillies avec du café. Il s'agit, pour cette première rencontre, d'un format réunion plus que d'un atelier. Chacun s'exprime pour qualifier l'unité et la projection qu'il a du futur espace d'apaisement.

Le service est décrit comme une « petite unité de 10 lits dans laquelle les patients sont soutenus qualitativement. Ils ont du mal à quitter le service, service protégé. Ils aiment être ensemble. Certains patients préfèrent ne pas sortir. » Ceci n'a pas été observé à l'occasion de nos immersions. Les patients ont tous manifesté le désir de quitter le service le plus rapidement possible, notamment en raison des nombreuses restrictions à leur liberté.

L'unité comprend deux chambres d'isolement dont une est souvent « squattée » par d'autres services. En outre, les CI sont décrites comme offrant un environnement « blanc, froid, bruyant, solitaire ». Les soignants ont conscience qu'elles sont un « outil sécuritaire mais pas thérapeutique en soi ». Cependant, de leur point de vue, « il existe une frange inéluctable de patients à isoler ». Pour autant, il est évident pour l'équipe que les patients ont besoin de « temps de pause dans un espace dédié ». C'est pourquoi ils ont ce projet de transformer l'une des 2 CI en espace d'apaisement « pas tout blanc, pas tout froid », « Les patients viennent souvent des cités, ne pas leur proposer le même environnement dégradé et violent ».

Les soignants nous proposent de faire visiter la CI dédiée à l'espace d'apaisement. L'expérience physique de cet espace pendant les quelques minutes de visite est assez déconcertante. Un sentiment d'absurdité et de désarroi s'est emparé de nous. Que peut-on vraiment faire de chaleureux dans un cube aussi étroit ? Une sensation de glissade, comme si corps et esprit ne pouvaient plus s'accrocher à rien. Le sentiment du vide, lisse et insensé, c'est-à-dire dépourvu de toute signification. Peut-on réellement ressentir du bien-être dans ce lieu, mitoyen de l'autre chambre d'isolement occupée qui laisse filtrer les cris et les monologues de ses occupants ? Peut-on se sentir ressourcé avec vue sur un PMU agité, plaque tournante de la drogue de la porte de Montreuil ? Nous relevons les efforts touchants des soignants pour offrir quelques repères, tels que l'horloge coincée dans l'épaisseur des deux fenêtres. De même pour la radio collée à la cloison de la salle de bain pour que le patient « puisse entendre la musique ».

À partir de ce premier contact, le doute ne nous quitte plus sur la possibilité de concevoir dans cet espace cube, sans caractère et sans qualité, une atmosphère apaisante. Peut-on réellement faire advenir l'hospitalité dans un espace aussi peu généreux,

lui-même positionné dans une unité aussi contraignante ? Que conservent les murs des cris de rage, de délire, de désespoir des patients successifs qui ont occupé cette chambre ? En quoi cette mémoire des lieux pourrait-elle mettre en échec nos efforts d'attention et de considération ? Après que toutes ces pensées nous aient assailli sans crier gare, nous n'avions plus qu'une conviction : ce lieu était idéal pour mettre à l'épreuve les hypothèses d'instauration artistique de l'hospitalité : un défi !

De retour au réfectoire, vient un échange sur l'EA. L'équipe attend de « calmer le climat au travail, à l'arrivée des patients, en permettant de proposer un espace pour se poser et réfléchir et de diminuer le recours à l'isolement. » Car « baisser la tension d'un patient permettrait de baisser la tension dans tout le service ». En revanche, l'équipe n'envisage pas d'utiliser cet outil pour les « arrivées de nuit, car les patients entrent directement dans leur chambre ou en CI. Quand ils sont sous le coup de la violence du passage aux urgences. Au moment de l'entrée, il n'est pas possible de récupérer ce qui s'est initié ailleurs. » Un infirmier nous explique que le travail soignant repose sur le couple hétéronomie et autonomie - hétéronomie : respecter la loi de l'autre ; autonomie : respecter sa propre loi. À l'arrivée, les patients sont dépendants et le premier pas est de les amener vers l'hétéronomie, d'où l'importance des règles et des cadres. L'espace d'apaisement pourrait donc être un espace de ressource de transition vers l'autonomie. Ce raisonnement fait écho à l'hypothèse selon laquelle l'hospitalité des lieux de soin en santé mentale serait d'aider les usagers à s'affranchir de cette même hospitalité.

Un débat s'est ouvert également sur la notion de stimuli. Nous avons questionné l'assertion souvent entendue selon laquelle la CI avait pour fonction principale de supprimer tout stimuli pour atténuer l'agitation de la personne enfermée. Ceci devant justifier que rien ne soit proposé sur le plan sensoriel. Une affirmation que nous souhaitons questionner. Or l'équipe a reconnu que cela n'était pas si simple et qu'il y avait nécessité d'avoir une réflexion sur la qualité même des stimuli, « ceux qui oppressent, ceux qui aident ». En conséquence, la modularité des propositions sensorielles et des accessoires d'activité a été jugée comme une nécessité de cet espace.

Ces deux objectifs resteront à notre esprit en permanence dans la phase de conception. Car il n'est pas anodin de penser l'EA dans une relation de substitution spatiale, de prévention et d'alternative à la CI. Nous nous surprenons à espérer que l'espace d'apaisement pourrait subsumer définitivement le concept de chambre d'isolement. Même si cela est peu probable, cet espoir devient à ce moment précis l'intentionnalité principale, le moteur du *faire design* de ce projet.

Les soignants ont formalisé certaines caractéristiques attendues de l'EA. Un lieu dans lequel le patient peut être « calme et réfléchi, avec notre surveillance, mais libère l'équipe pour s'occuper des cas aigus. » Il est utilisable « pour les arrivées de jour, plutôt calmes, ou même tout le temps sauf le temps du repas. » On envisage de le proposer comme « un sas de transition pour les premiers jours des patients ». Il sera positionné « à côté du bureau infirmier pour la surveillance. » En outre, il « doit être un outil au service de l'équipe, intégrée par ses membres ». Il s'agit « d'ancrer son utilisation dans la clinique médicale et infirmière ». Dans une sphère professionnelle orientée vers l'efficacité de la prise en charge, l'impact des choix de conception sur la santé des bénéficiaires ne peut pas être occulté. L'équipe médico-soignante entend bien « évaluer l'état du patient avant et après l'usage de l'EA. » En affirmant cette préoccupation, elle nous lance, à nous acteurs du *faire design*, un nouveau défi, celui de la preuve. Nouveau, car dans nos vingt années d'expérience de direction de projets artistiques à l'hôpital, l'argument de la conviction a toujours occulté la nécessité de la preuve, du côté des artistes comme de l'ensemble des acteurs culturels. Or si les actions ne sont pas profondément ancrées dans la clinique et dans la pratique des soignants, elles ne trouvent ni à s'enraciner, ni à se déployer.

À ce stade, la sémantique du lieu n'est pas stabilisée : « un salon ? Trop domestique. Un espace ? Trop désincarné. Une chambre ? Un espace où l'on dort. » Cette question de la dénomination reste en suspens. Elle a été posée dans les ateliers de conception mais sans résultat probant. Elle reste donc ouverte.

[Deuxième immersion – Le 15.09.2020](#)

Personne ne se souvient de notre venue. Ce ne sont pas tous les mêmes professionnels qu'à la première réunion. Ils sont surpris mais ils s'adaptent. Ce jour là, nous pensions investir le futur espace d'apaisement comme une « maison du projet ». Installer déjà les éléments de rêverie et les fragments de collecte pour que chacun puisse poursuivre le puzzle en notre absence et s'approprier les lieux. Mais la chambre en question est en travaux. Nous y entrons et sommes assaillies d'odeurs de moisi et d'humidité. Un tas de gravats occupe le centre de la pièce. On nous installe dans le bureau de « l'interne ». Nous n'avons jamais vu d'interne. Le bureau est tout petit mais il est dans l'axe du couloir, tout le monde nous voit. Nous sommes tous avec masques. Pas facile.



Illustration 145 : Le bureau d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Nous sommes un point d'attraction pour les soignants et les patients. Nous installons nos images. Ils viennent nous voir, mais pas ensemble. Ce jour-là, un conflit a éclaté entre deux patients, l'un a proféré des injures racistes à l'autre. Il a été enfermé dans sa chambre. Les soignants s'affairent, difficile de les attraper mais quand ils entrent dans notre « atelier », ils sont contents et généreux de leurs témoignages. Pour comprendre les interactions, nous reconstituons l'incident à partir du récit d'une infirmière. La personne en crise est désormais isolée dans sa chambre et tambourine sur la porte à intervalles réguliers. On entend souvent ce bruit.



Illustration 146 : Une ligne de temps remplie avec une infirmière

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Madame P. nous rejoint dans notre petit bureau : « Qu'est-ce que vous faites ? Ah... moi j'écris beaucoup. J'ai le premier chapitre de mon livre, si vous voulez. » Elle revient avec les feuilles de son livre et nous les donne à lire. L'écriture est poétique, automatique et chaotique. Madame P. dit « C'est ma vie. » Elle revient maintes et maintes fois pour compléter ces propos, chaque fois quelque chose lui revient. Elle sort, il fait trop chaud. Les médicaments qu'on lui donne la font « baver », elle s'en excuse.

Elle explique sa journée.

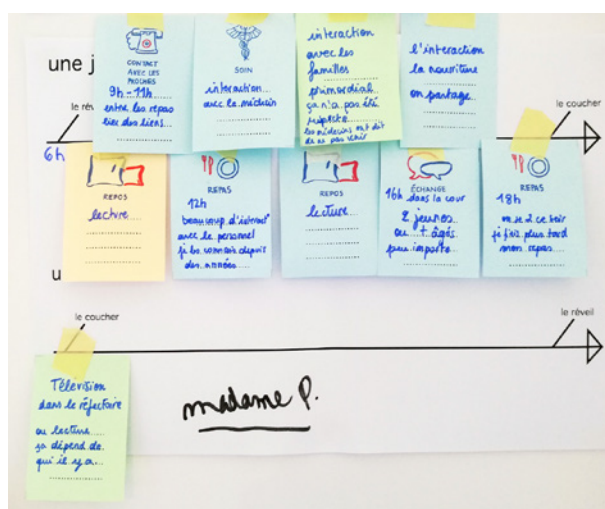


Illustration 147 : Une ligne de temps remplie avec une patiente

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Madame P. choisirait du blanc et du bleu lavande pour l'espace d'apaisement, comme chez elle. Elle aimerait pouvoir y lire et faire de la peinture. Important pour Madame P. de disposer d'un calendrier et d'une horloge pour se repérer dans le temps. Elle dit : « ainsi les patients voient la longueur du temps de leur hospitalisation ». Madame P. raconte son arrivée dans le service et sa mise en chambre d'isolement : « l'énerverment vient d'un manque d'explication, les choses n'ont pas bien été faites. Dans ces cas-là, je vocifère. »



Illustration 148 : Une expérience de la chambre d'isolement décrite par une patiente

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Un homme entre mais il ne veut pas participer à l'atelier. Il voudrait pouvoir récupérer son téléphone portable pour écouter la musique qu'il a pu télécharger en ergothérapie.

Entrée de Madame E. L'infirmière N. la présente. Elle est étrangère, il y a donc la barrière de la langue en plus du masque. Mais Madame E. reste un certain temps et décrit une journée. Madame E. a peur de l'hôpital, son père y est décédé dans des conditions qu'elle décrit comme indécentes. Elle n'est pas dans son pays, elle n'est pas chez elle, elle n'a pas d'argent. À son arrivée, ses vêtements ont été emportés pour être lavés mais elle avait à l'intérieur son tabac (son seul paquet) et les numéros de téléphone de ses amis, dans la poche gauche. C'est perdu. Madame E. a du mal à dormir à cause du bruit de la rue. Elle aime la nature. Elle voudrait avoir une fenêtre qui donne sur la nature, sur la cour. Être hospitalisée ici, pour elle, c'est contre sa nature, la prise de ses médicaments elle la vit comme une agression. Elle aimerait écouter et faire de la musique. « Ici, il y a beaucoup de surveillance. »

Troisième immersion – Le 23.09.2020

Arrivée le matin. Face à la porte fermée de l'unité, un patient nous fait signe dans le hublot. Les patients nous ont repérées. Nous entrons. Atmosphère lourde comme un temps d'orage. L'équipe nous cantonne tout de suite dans le bureau des internes. Deux patientes nous repèrent et viennent volontiers discuter avec nous. Les soignants nous tournent autour sans venir nous voir.

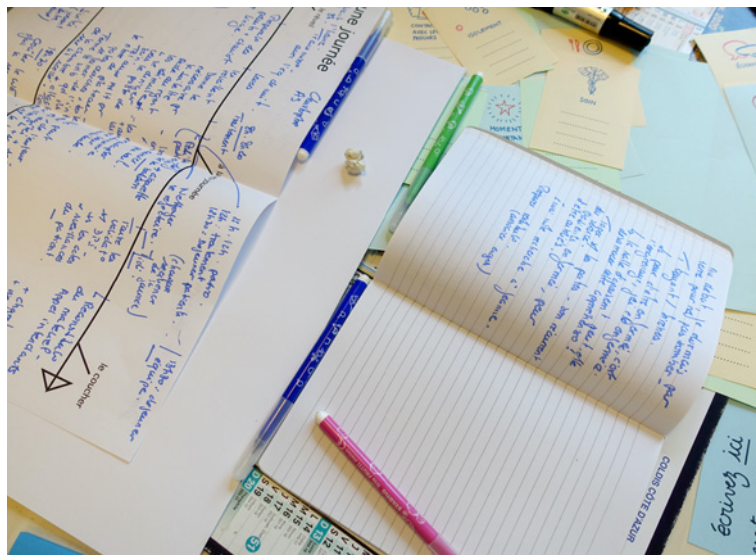


Illustration 149 : Cahier de recueil d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Un jeune homme passe devant la porte, on dirait qu'il dort debout. Il y a un temps de latence important entre le moment où on lui parle et l'action qui suit. Quelques secondes de vide inhabituel. Il répond à nos questions, nous cite une chanson de Niro sur les pauvres et Rothschild. Il écoute du rap et skyrock mais « il n'y a pas que ça dans la vie, y a le travail aussi » et il a besoin de sortir pour trouver un travail.



Illustration 150 : Extrait du mur de recueil d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Somme toute, il nous rappelle un principe de réalité. Il nous arrive de douter de l'utilité sociale de l'art et du design dans ce contexte. Là, pour un instant, nous doutons !

Madame E. nous repère tout de suite et vient à notre rencontre. Elle a un nouveau collier, elle l'a fait elle-même avec les ergothérapeutes. Elle est très coquette, ses ongles sont vernis, elle a du rouge à lèvres et ses yeux sont maquillés. Elle semble attendre nos questions, notre proposition du jour. Après avoir répondu aux questions, elle écrit sa citation et s'en va.

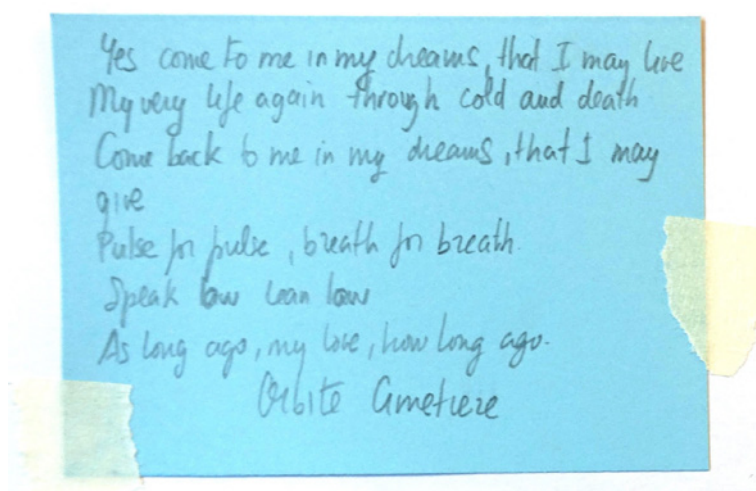


Illustration 151 : Extrait du mur de recueil d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Un nouveau patient Monsieur A., ancien bénévole de la Croix-Rouge, arrive. Il est très sensible à la culture, il commente les cartes de référence en posant un post-it sur une représentation de Soulages comme le montre l'illustration ci-dessous. Il a pris des cours du soir aux ateliers de la Ville de Paris en modelage et en peinture ... « j'aime la culture ». Il raconte une animation qu'il a organisée à la Croix-Rouge « Nous avons créé un planisphère où chacun met un drapeau comme ça les gens savent s'ils ont des compatriotes ». À la question « qu'est-ce qui vous manque ? », il répond : « mon casque » (audio). Il aimerait lire mais il a cassé ses lunettes au moment de la crise.

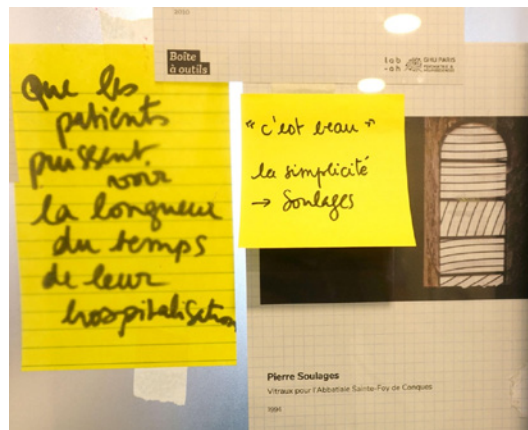


Illustration 152 : Extrait du mur de recueil d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Nous collectons les témoignages liés à la sensorialité.



Illustration 153 : Extrait du mur de recueil d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Marion (ergothérapeute) passe dans l'unité. Nous posons des questions sur la musique et les playlists : les ergothérapeutes mettent de la musique et créent des playlists grâce à Youtube. Elles ont quelques titres enregistrés sur l'ordinateur qu'elles proposent de charger sur le téléphone des patients. Une autre personne compose de la musique avec les patients sur un logiciel informatique mais Marion ne s'en occupe pas. Elle dit : « L'émotion, ça s'accompagne : même une musique qu'on aime, triste ou pas, peut déclencher une émotion forte, importante pour le patient. C'est important d'être là pour pouvoir l'accompagner dans cette émotion. »

La musique revient dans toutes les conversations. Chacun souhaite pouvoir en écouter à tout moment. Elle fait du bien.

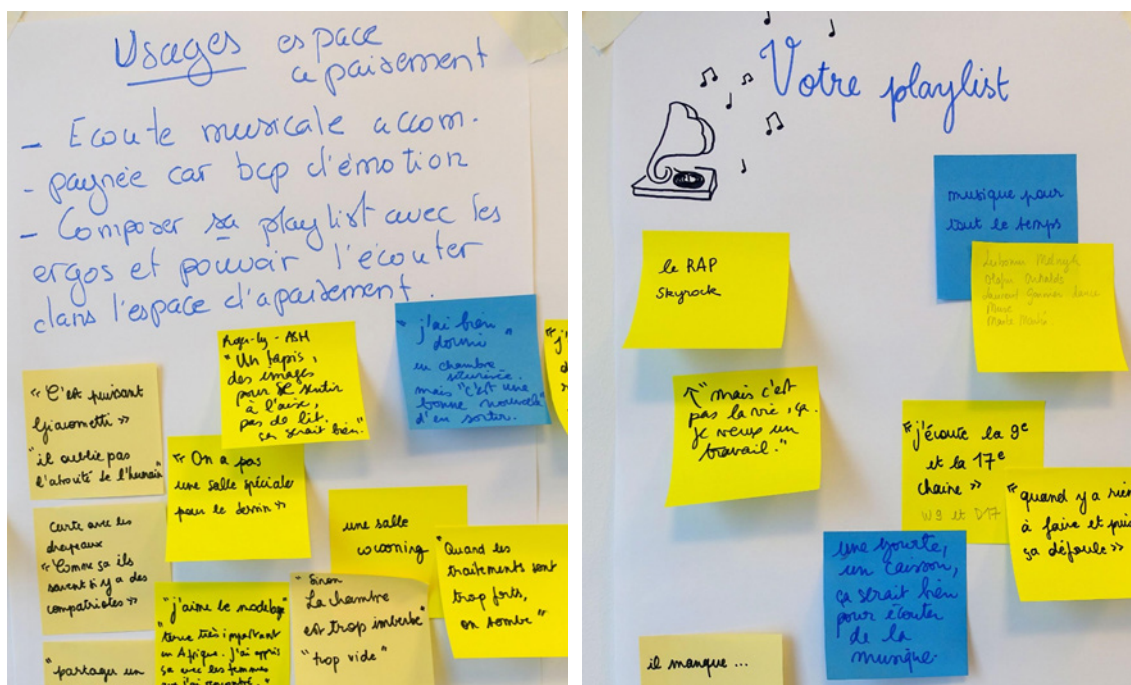


Illustration 154 : Extrait du mur de recueil d'immersion

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le jeune homme reste debout les mains crispées dans son pyjama bleu, comme agrippé aux poches. Il a des notes de musique tatouées sur la main. Il cite Miossec : « Ne me secoue pas parce que je suis plein de larmes » de la chanson « La facture d'électricité ».

Quatrième immersion – Le 12.10.2020 – Nuit

Les patients viennent nous voir avant d'aller se coucher. Ils sont contents qu'il se passe quelque chose le soir. Ils racontent volontiers comment se passe la nuit pour eux et ils sont enthousiastes à l'idée de l'espace d'apaisement.

Mme P. souhaite un espace dédié aux patients. Les soignants seraient invités. Elle veut rendre obligatoire que la porte soit toujours ouverte. « Parce que c'est beaucoup trop fermé en psychiatrie. » « L'apaisement c'est aller et sortir quand on veut. »

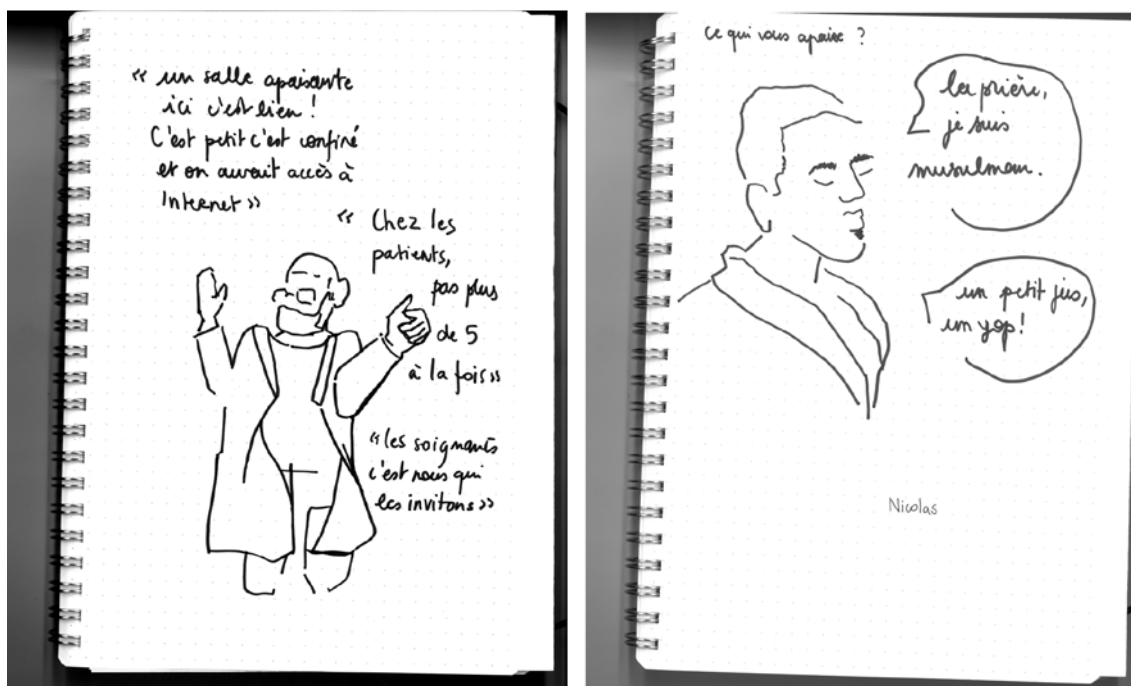


Illustration 155 : Cahier de recueil d'immersion

© Jeanne Sintic, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Madame C. arrive pour témoigner de sa journée auprès de Coline, elle est très expansive, FÉMINISTE ET ÉCOLOGISTE ! Ce soir elle regardera Monsieur Dupont Moretti ! Elle dessine sur la ligne de temps sa journée et sa nuit.



Illustration 157 : Dessin de M.N.

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Entre temps les soignants vaquent à leurs occupations dans le couloir. À dire vrai, ils n'avaient pas été informés de notre venue dans le service et ils attendent le cadre de nuit pour s'autoriser à nous parler. Le cadre arrive, les mains posées sur les hanches : « Adrien Tanguy, cadre de nuit. »

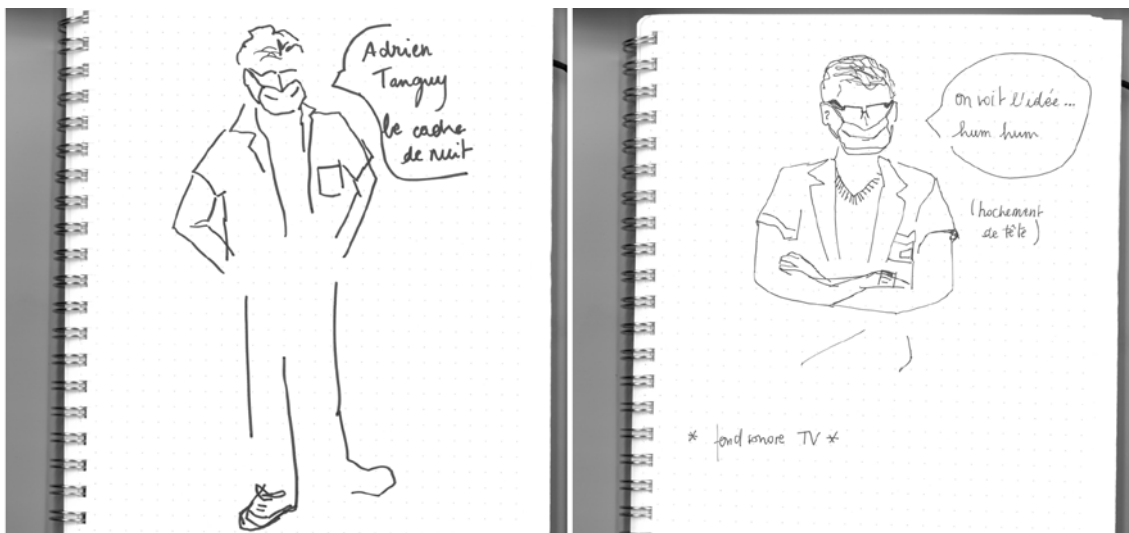


Illustration 158 : Cahier de recueil d'immersion

© Jeanne Sintic, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le cadre de nuit s'installe et nous parle longuement des pratiques de contention qu'il juge régressives tout en admettant que, dans certains cas, il n'est pas possible de faire autrement. Il se lance dans un développement sur l'espace d'apaisement en attirant notre attention sur l'environnement acoustique dégradé, la nécessité de donner accès à la wifi et le matériel électronique pour écouter de la musique dans de bonnes conditions.



Illustration 159 : Cahier de recueil d'immersion

© Coline Fontaine, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Christophe et Michèle sont alors rassurés. Ils s'installent avec nous et se mettent à raconter leur expérience d'infirmiers de nuit. Ils nous assurent avoir « beaucoup de choses à raconter ». Comme toujours, le personnel de nuit est très sensible à l'intérêt qu'on lui porte. Il est souvent en marge de la vie institutionnelle. Toutes les immersions avec les personnels de nuit ont été très bien accueillies.



Illustration 160 : Cahier de recueil d'immersion

© Coline Fontaine, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Ils nous décrivent le déroulement de la nuit du point de vue soignant.



Illustration 161 : Ligne de temps des infirmiers de nuit

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Ils parlent longuement de situations de contention qui les ont mis en difficulté et ils expriment une forme de culpabilité d'avoir à exercer une telle violence sur autrui : « avant tout, nous sommes humains ».

La nuit génère de l'angoisse chez les patients. Les temps d'échanges avec l'équipe infirmière sont salutaires pour les apaiser. Le binôme de nuit est plus stable que le jour et plus facilement repéré par les patients. Mais le fait qu'ils ne sont que deux professionnels génère des ressentis d'insécurité. Ils ont un Bip pour recevoir de l'aide (clés métalliques pour déclencher l'alarme « la main forte »). La nuit, ils sont fermes sur les consignes. Pour pallier les demandes qu'ils ne peuvent satisfaire, ils proposent des alternatives à la frustration : cigarettes (patch), nourriture... Ils sont formés à la gestion de l'agressivité.

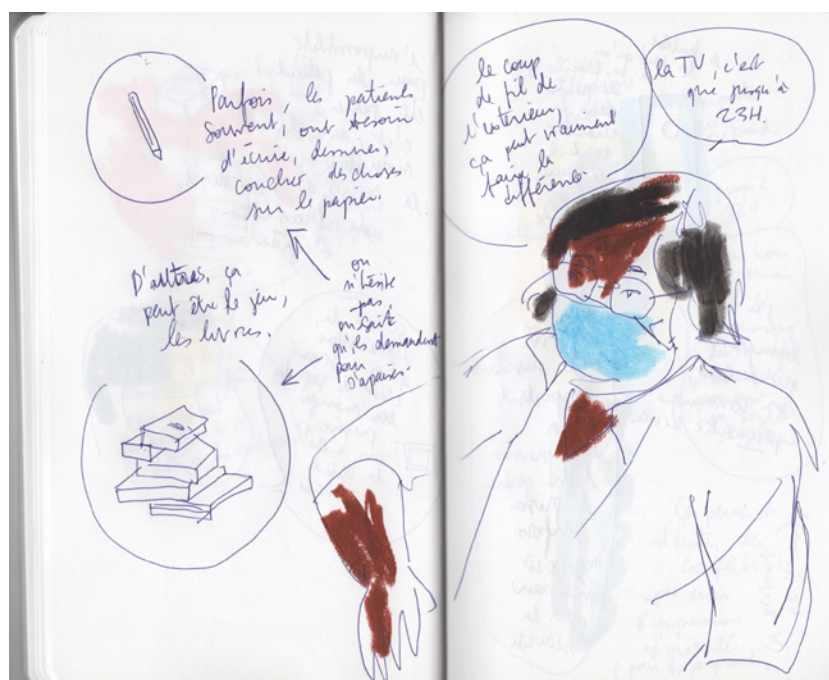


Illustration 162 : Cahier de recueil d'immersion

© Coline Fontaine, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Ils aspirent à pouvoir faire autrement et l'espace d'apaisement leur apparaît comme un outil de prévention précieux.

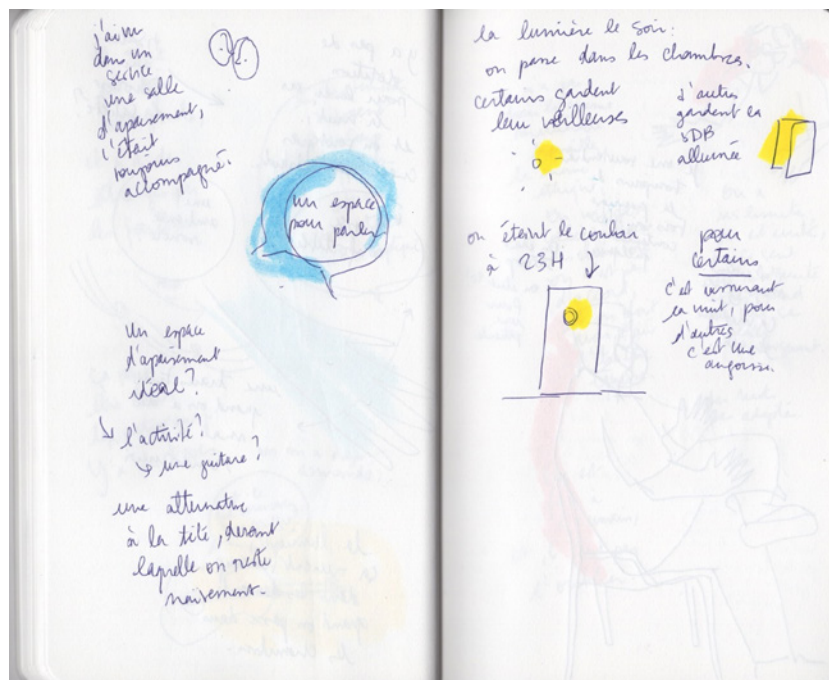


Illustration 163 : Cahier de recueil d'immersion

© Coline Fontaine, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Michèle : « Certains patients contentionnés ont des douleurs, les membres endoloris, alors je leur propose de leur faire un massage avec de l'huile. » Un jour, une patiente a dit « est-ce que vous avez une guitare ? ». Au début, j'ai trouvé ça absurde et après je me suis dit « quel dommage ».

Problématisation et médiation : Les Nouvelles

À l'issue de cette immersion, le confinement nous a empêchées d'en faire la restitution in situ. Nous avons pallié cette difficulté en concevant un support écrit pouvant être adressé à tous, facilement lisible et imprimable pour en partager les contenus. Cette contrainte nous a conduit à imaginer un canal de communication touchant tous les professionnels de l'unité. Nous avons donné comme nom à cette lettre « Les Nouvelles » et nous avons ensuite gardé ce format comme mode d'information du déroulé du projet, au-delà de l'immersion. Pour plus de clarté dans la lecture des enseignements tirés de l'immersion, nous avons organisé notre propos en cinq thématiques saillantes dans les échanges de l'immersion et en cohérence avec les hypothèses et les outils de collecte : le temps, la sensorialité, le faire, se raconter, la nuit. La première lettre visait à contextualiser notre intervention.

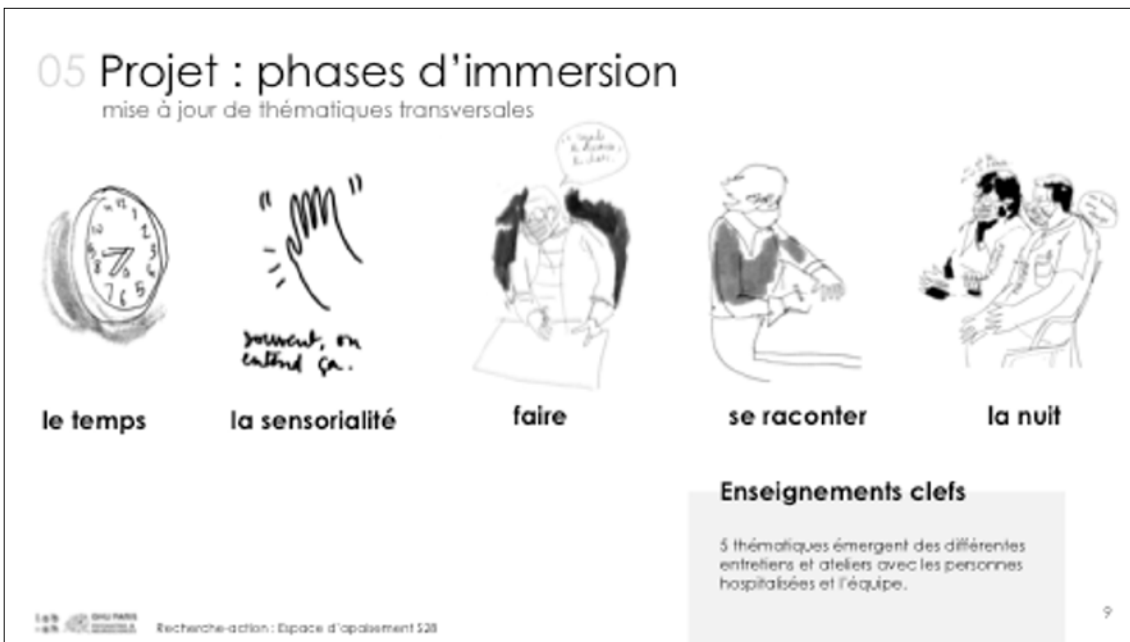


Illustration 164 : Les thématiques des immersions

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Les Lettres sont conçues de la manière suivante : rappeler l'objectif de l'immersion et les outils utilisés pour la collecte d'expériences ; offrir une visualisation, et donc une objectivation, de la situation identifiée ; problématiser chaque thématique à partir de notre analyse. Nous avons également rendu compte de *verbatim* qui nous avaient marquées et que nous trouvions emblématiques. Enfin nous avons invité le lecteur à s'interroger sur la sémantique des termes clés de la thématique et à aller plus loin en découvrant un article issu de la revue de littérature. Les professionnels étaient invités à réagir à chacune des lettres. Peu l'ont fait mais nous avons eu des commentaires très positifs de leur part. Il semble qu'elles aient été beaucoup lues et discutées au sein du service.

Un infirmier nous a notamment adressé un mail de réponse à la Lettre sur le temps, nous invitant à ne pas en rester au temps circulaire et calendaire. Il a présenté un questionnement sur le temps en entonnoir inversé : la journée, la semaine, la durée du séjour, la place du temps de l'hospitalisation dans le parcours de vie. Sa contribution est particulièrement intéressante dans la description du temps du séjour auquel il donne un mouvement :

Il y a également la temporalité du séjour (que je décris très schématiquement, de mon point de vue de soignant, en sachant que c'est très variable d'une personne à l'autre.) :

- L'arrivée en elle-même, qui peut donner une sensation de vitesse (on concentre beaucoup d'interactions et d'actes auprès du patient en l'espace de quelques heures) ;
- Les premiers jours, potentiellement très longs, souvent marqués par des privations de liberté plus ou moins importantes qui s'allègent progressivement au fil des jours, alors qu'à l'inverse les contacts avec l'équipe médicale et paramédicale sont peut-être plus rapprochés et fréquents ;
- Le milieu du séjour, moment où le rythme de l'institution atteint sa « vitesse de croisière » pour le patient qui l'a intériorisé, et qui l'intègre dans sa vie quotidienne ;
- La préparation de la sortie, courte accélération au moment de rejoindre la cadence du « dehors ».

Espace d'apaisement
Fragments d'immersion
temps

N°2 - 18/12/2020

Quel objectif ?
Comprendre l'espace et le temps vécu à l'USI, les moments structurant, l'organisation du service et son planning.

Quels outils ?
Des lignes de temps qui nous ont permis d'appréhender la journée de chacun afin de comprendre et de visualiser le rythme, les activités et les contraintes des patients et de l'équipe médico-soignante sur 24h (les heures de la nuit feront l'objet d'une lettre à part entière).

Esquisse de réflexion
Le temps est vécu par chacun de manière différente, tantôt il file, tantôt il s'allonge, se traîne jusqu'à s'écouler goutte à goutte. C'est une matière plastique dont il faut savoir se saisir. Les soignants lui courent après et les patients tentent de le faire passer, l'annuler l'être autant que les multiples tâches le réduisent comme peu de chagrin. Il y a une contradiction entre les différents temps vécus dans l'unité : du côté des professionnels, les plannings, chronomètres pour accomplir mille et une tâches et du côté des personnes hospitalisées, le temps indéfini, le temps de l'attente. Des soignants racontent ainsi que chaque matin, au réveil, ils « remettent les patients dans leur journée, dans leurs habitudes » pour tenter de rythmer ce qu'une patiente décrit comme « le point mort jusqu'à la sortie ».

Comment soutenir et développer ces actions de repérage et de rythme temporels dans l'unité ? Quels outils imaginer pour aider à gérer ou réguler seul son ennui, s'en saisir et en faire quelque chose à soi ? Comment faire comprendre le temps vécu par les soignants aux patients et réciproquement ?

LIENS DE TEMPS, DES MOMENTS DE VIE ET CARE

HOSPITALIERS
TEMPS VÉCUS

PATIENTS
TEMPS VÉCUS

Quelques liens
une réflexion à consulter et imprimer pour rejoindre les articles mis à disposition dans le bureau infirmier
«The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care», de Mathilde Heiland Lindberg, Mats Samuelsson, Kristina Perreus and Anna Bjorkeloh, 2019

La parole du jour
"Les patients sont rythmés par nos plannings, et il y a, pour eux, des moments de trou. On les institutionnalise."

Quelques mots
Laisser le temps au temps — Ne pas avoir le temps — Marquer un temps d'arrêt — Tuer le temps — Passer le temps — Prendre du bon temps — De temps en temps — Rattraper le temps perdu — Donner de son temps — En temps utile — En deux temps, trois mouvements — Le temps presse — Trouver le temps long

Cette lettre est à vous, envoyez-nous vos contributions ou vos remarques par mail à lab-ah@ghu-paris.fr

lab-ah GHU PARIS
UNIVERSITÉ PARIS SAUTERNAIS

Illustration 165 : Lettre Les Nouvelles – Fragments d'immersion n°2 : Le temps

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

L'atelier de conception collaborative de l'espace d'apaisement

Le cahier des charges

Les enseignements de l'immersion se sont traduits dans un cahier des charges, simple et opérationnel, à partir duquel nous avons élaboré des propositions d'aménagement et d'équipement de l'espace d'apaisement comme supports d'un atelier de conception collaborative.

Clauses du cahier des charges pour l'espace d'apaisement de l'USI du S28 issu de l'immersion.

Les principes transversaux aux thématiques sont :

- ♦ disponibilité : proposer des choix ;
- ♦ relier le dedans et le dehors.

Le temps

- ♦ Objet : se repérer dans les différents temps vécus de l'hospitalisation par les usagers dont beaucoup arrivent dans un état psychique de désorganisation ; donner également des repères spatiaux.
- ♦ L'espace d'apaisement offrira à ses utilisateurs des supports pour :
 - ♦ se repérer dans le temps universel de la journée (date, heure mais aussi jour/nuit), de la semaine, du calendrier annuel ;
 - ♦ se repérer dans le temps social du service (activités, repas...) et prendre conscience que les soignants ont leur propre trajectoire temporelle ;
 - ♦ s'approprier le temps parfois chaotique du vécu du séjour dans le service (arrivée, retour d'une ritualisation du temps, préparation à la sortie) /un support pour écrire les événements qui rythment le temps) ;
 - ♦ positionner le lieu dans l'hôpital, le quartier, la ville, le monde.

La sensorialité

- ♦ Objet : se sentir accueilli et trouver des ressources de gestion de ses émotions grâce à la perception de sa sensibilité par la stimulation de sa sensorialité.
- ♦ L'espace d'apaisement offrira à ses utilisateurs un environnement sensoriel pensé pour adresser un message de douceur avec lequel chacun peut interagir :
 - ♦ des sources lumineuses pouvant s'agencer selon les activités et les ambiances souhaitées ;

- ♦ un dispositif de diffusion sonore et musicale dont les contenus sont personnalisables ;
- ♦ une ambiance colorée étudiée pour soutenir la détente ;
- ♦ un mobilier mobile, adaptable, accueillant.

Faire

- ♦ Objet : soutenir les envies de faire et d'autonomie des utilisateurs comme ressource, entre autres, d'autogestion de leurs états émotionnels.
- ♦ L'espace d'apaisement offrira à ses utilisateurs des objets et des accessoires pour pratiquer un certain nombre d'activités de leur choix :
 - ♦ des exercices physiques demandant peu d'espace (yoga, gym Pilates) ;
 - ♦ de la musique ;
 - ♦ de l'expression plastique ;
 - ♦ de l'écriture ;
 - ♦ de la lecture ;
 - ♦ mais aussi dormir et écouter.

Se raconter

- ♦ Objet : inviter les utilisateurs à exprimer leurs idées, leurs émotions et à mettre en récit (visuel ou littéraire) leurs histoires réelles ou imaginaires.
- ♦ L'espace d'apaisement proposera des ressources concrètes pour s'exprimer, raconter des histoires et se raconter des histoires :
 - ♦ des espaces physiques invitant à s'exprimer (effaçables) ;
 - ♦ des supports amovibles invitant à se raconter des histoires ;
 - ♦ un environnement graphique ouvrant l'imaginaire.

Outils et rendus de l'atelier collaboratif

Ainsi les outils utilisés pour l'atelier collaboratif formalisent-ils un état d'avancement de la conception, à partir des données de l'immersion, mais qui laissent encore plusieurs options ouvertes. Ils sont conçus autour des questions clés des aménagements, des objets, des usages et de la dénomination de la salle : une maquette manipulable par tous pour tester les configurations spatiales (dans 8 m²), un tableau pour le mode d'emploi à ajuster, un jeu à choix multiple pour trouver la juste dénomination, des propositions de mobilier et d'accessoires à choisir et à commenter, et enfin un nuancier de couleurs pour comprendre les représentations associant couleur et apaisement et leur motivation. Cet atelier a fonctionné comme une rotule entre l'immersion et la conception. Il a consolidé les options de projet.

Le scénario d'usage

La clé de voûte de la conception réside dans ce que les designers nomment « le scénario d'usage ». Pour l'équipe de soins, il s'agirait plutôt de définir le « règlement », voire le « mode d'emploi ». Entre les deux dénominations, s'ouvre l'écart de l'autonomie, de la marge de manœuvre, de la liberté de choix. Un scénario d'usage recouvre la modalisation des cheminements possibles et souhaitables, de l'amont à l'aval, de l'utilisation de l'espace et de ses propositions. Un règlement est un ensemble de règles qui s'imposent à tous et ferment tout autre possible, même si la réalité de la vie quotidienne crée en toute circonstance des interstices. Le mode d'emploi se situe du côté de la prise en mains de l'objet ou de l'espace nouveau par ses parties-prenantes.



Illustration 166 : Outil pour l'atelier participatif

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Un désaccord est intervenu dans l'équipe entre les tenants d'un scénario très contrôlé par les soignants et les tenants d'un scénario plus ouvert à l'*empowerment* des patients. Le statut d'outil thérapeutique attribué dès l'amont à l'espace d'apaisement a été mobilisé par les tenants du contrôle, qui lui opposaient le caractère occupationnel et de détente

de tout espace non investi et maîtrisé par les soignants. Ainsi, pour nombre de soignants, le caractère thérapeutique du soin est tributaire du pouvoir qu'il exerce sur la liberté du patient. Ce à quoi les tenants de l'*empowerment* ont fait valoir que le patient pouvait être également acteur de son soin, un agent de sa propre thérapeutique et que dès lors le rôle des soignants devait viser à l'outiller et à lui donner confiance pour ce faire. La revue de littérature sur les espaces d'apaisement confirme cette seconde option. Pour autant, cette controverse se déploie dans toutes ses nuances dans cet écart entre règlement et scénario d'usage et ne se présente pas de manière binaire. Néanmoins, cette représentation du soin interroge la validité de l'opposition entre les espaces occupationnels livrés aux pratiques des patients, censés ne pas être thérapeutiques, et les espaces dits « outils de soin » dont le caractère thérapeutique serait garanti par le contrôle exercé par les soignants. Comment qualifier un espace dont la raison d'être serait justement le respect du pouvoir d'agir des patients en tant que ressource thérapeutique et dans une alliance avec les soignants ?

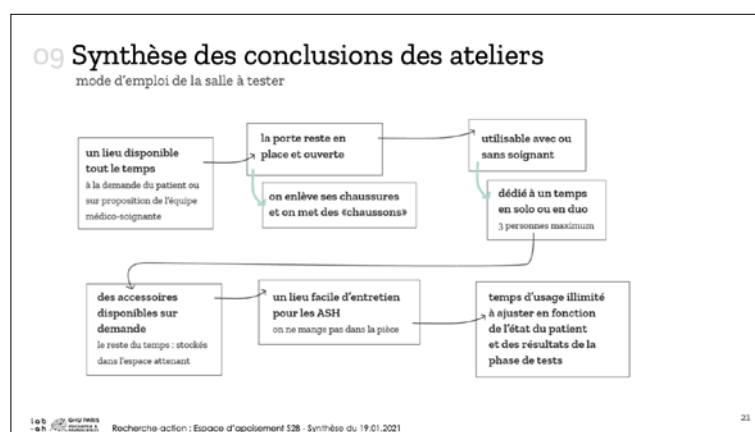


Illustration 167 : Extrait de synthèse de l'atelier participatif

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le désaccord exprimé au sein de l'équipe a trouvé une résolution grâce au statut expérimental de l'espace d'apaisement. Un consensus s'est progressivement établi autour de l'idée de tester des options plus ouvertes, non déterminées *a priori* par l'anticipation de la violence et de la déviance par rapports aux règles, quitte à resserrer les contraintes en cas de difficultés majeures. L'expérimentation, élément constitutif de la culture du design, est peu pratiquée à l'hôpital. Cet exemple modeste incline à considérer qu'elle

serait porteuse d'espoir pour soutenir des changements dans la culture hospitalière. En invitant les parties prenantes d'un projet à ne pas s'enfermer dans des décisions *a priori*, l'expérimentation crée un espace dans lequel l'audace et la prise de risque sont rendus possibles car réversibles.

La dénomination

Le mot apaisement est dérivé du terme « paix ». Alain Rey⁵²² donne comme définition du mot « apaiser » : « d'abord attesté pour « faire la paix » (...), puis avec les valeurs modernes de « faire cesser une chose par la paix » (1167), au pronominal *s'apaiser* « devenir calme » (1165-1170), et aussi, dès 1240, « calmer (une personne) ». » Constatons le glissement sémantique de ce terme au cours de l'histoire depuis la notion de *paix*, qui consiste à « établir une convention entre des parties » et se caractérise à cet égard par son rôle politique et collectif, qui se définit au sein même de l'interaction entre des personnes, jusqu'à la notion de *calme*, qui renvoie à l'état psychologique et émotionnel à l'intérieur d'un individu - même si on peut *calmer* quelqu'un d'autre, il s'agit d'une *action sur* et non pas d'un accord réciproque. Mais le plus intéressant réside dans le paragraphe suivant lorsqu'Alain Rey définit les usages du latinisme IN PACE : « n.m. 1440 est extrait de l'expression latine *vade in pace*, littéralement « va en paix », réduite à *in pace*, que l'on prononçait dans les couvents après la fermeture du cachot où l'on avait mis les condamnés. (...) Par analogie, le mot est employé avec le sens de geôle ». Hostilité et hospitalité, la dialectique entre ces deux termes se retrouve au cœur du travail sémantique de l'espace d'apaisement. Une ambivalence d'autant plus troublante que ce dernier est, dans le cas qui nous occupe, issu de la métamorphose d'une chambre d'isolement.

L'appellation « espace d'apaisement » circulait déjà dans le monde de la psychiatrie, notamment dans la littérature professionnelle, telle que les rapports de la HAS⁵²³. Pour autant, il nous est apparu essentiel de questionner cette dénomination avec l'équipe et les patients car « l'appellation est de part en part un acte d'inscription⁵²⁴ ». Autrement dit, l'acte de nommer l'objet est aussi l'acte de l'implanter, ici et maintenant, dans un contexte donné. Pour ce faire, nous avons identifié, en anglais et en français, toutes les appellations utilisées dans la revue de littérature et nous avons invité l'équipe et les patients à exprimer leurs préférences et leurs réserves en expliquant les raisons de leurs choix.

522 Alain REY, *op. cit.*, p. 2512.

523 HAS, *Espaces d'apaisement...*, *op. cit.*

524 Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, *op. cit.*, p. 71.

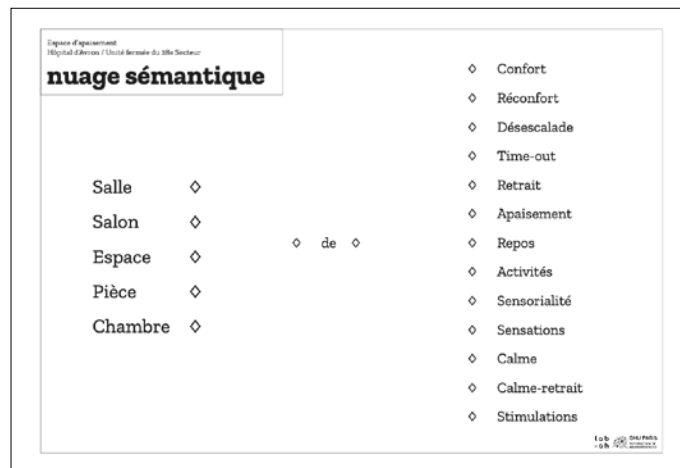


Illustration 168 : Outil pour l'atelier participatif

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le résultat de cet exercice ne propose pas, finalement, d'alternatives à la dénomination « espace d'apaisement ». La principale critique émise par les soignants concernait tous les termes évoquant le calme et l'apaisement. Ils craignaient que cela soit perçu par les patients, en état d'agitation, comme une injonction paradoxale. Aussi, la question est-elle reportée ; à l'issue de la phase test, on décide de compter sur les appellations que les patients pourraient spontanément utiliser pour nommer cet espace. Or le fait que les soignants parlent d'espace d'apaisement risque de limiter grandement la spontanéité d'autres tentatives. Le nom ne fait pas la chose mais il la désigne, encore faut-il qu'il y ait un accord sur le sens.

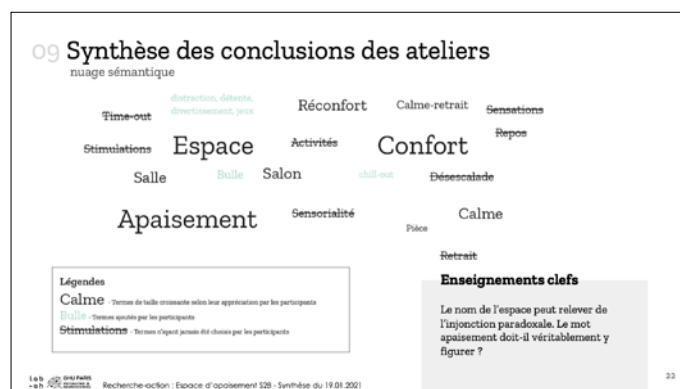


Illustration 169 : Extrait de synthèse de l'atelier participatif

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Équipement, un maximum de possibles dans un minimum d'espace

L'atelier a proposé des choix d'objets, déjà identifiés dans l'immersion par leur fonction, mais pas encore dans leur forme définitive. Pour chaque typologie d'objets, plusieurs options étaient proposées.

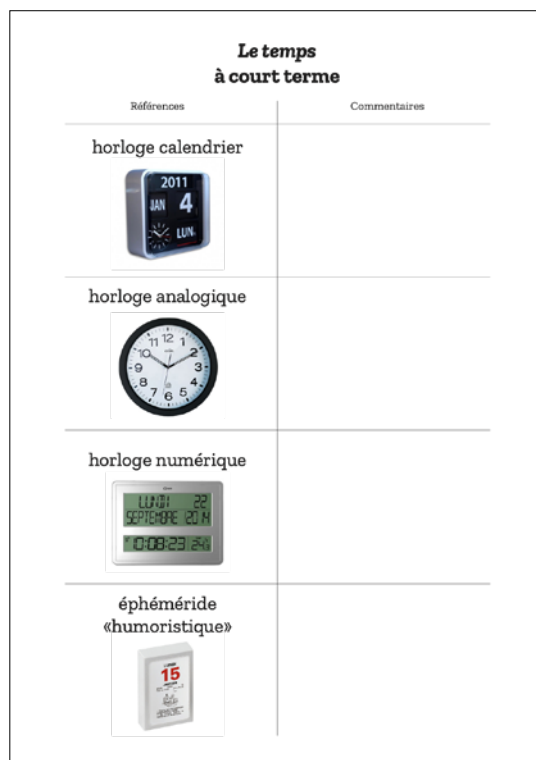


Illustration 170 : Outil pour l'atelier participatif

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Pour qu'il y ait du possible, il faut que s'offrent à l'utilisateur plusieurs options, un choix entre les propositions. Mais au-delà, pour qu'il y ait modalités de réalisation du possible, il faut qu'il y ait interprétation et reformulation de ce qui s'offre. Car selon Pierre-Damien Huyghe, et nous cherchons à vérifier cette hypothèse, « c'est tout à fait essentiel pour qui veut comprendre qu'au fond nous avons toujours de l'avenir⁵²⁵. »

525 Pierre-Damien HUYGHE, *à quoi tient le design. Sociétés, services, utilités*, de l'incidence éditeur, 2018, p.37.



Illustration 171 : Extrait de synthèse de l'atelier participatif

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

La proposition d'images imprimées sur des supports aimantés relève typiquement de la démarche de conception visant à favoriser les modalités du possible. Quatre collections sont à disposition – naturaliste, ornithologiste, exercices de relaxation, portraits des émotions – la personne est invitée à concevoir son propre paysage d'images en les installant sur des barres métalliques. Les trois premières collections sont issues des dessins réalisés par Benjamin Salabay, designer au *lab-ah* pour la gazette que le *lab-ah* a conçue et diffusée pendant les confinements « Le canard confiné ». La 4ème collection est une demande des équipes soignantes qui souhaitaient disposer d'un objet médiateur pour échanger avec le patient sur ses états émotionnels quand la verbalisation est rendue difficile.

*On dira qu'une chose est toujours également une potentialité, qu'elle n'est pas toujours manifeste dans ce qu'elle est et dans tout ce qui lui appartient*⁵²⁶.

Nous cristallisons cette définition de l'objet par Gernot Böhme dans la peinture ardoise recouvrant une partie de la surface murale et invitant les utilisateurs de l'espace d'apaisement à s'exprimer. La chose en soi, dans sa réalité phénoménologique et physique, n'a de sens et ne peut être pensée qu'à partir de l'actualisation de sa potentialité – écrire, dessiner – ou de la modalité de la réalisation de ses possibles.

526 Gernot BÖHME, *Aïsthétique, Pour une esthétique de l'expérience sensible*, Les presses du réel, 2001.

Ces deux exemples sont emblématiques de la poïétique qui a présidé à la définition des objets et accessoires de l'espace d'apaisement : créer des possibles, actualiser les potentialités, restaurer du pouvoir d'agir, ouvrir un devenir.

La couleur

À la fois très technique et très subjectif, le sujet de la couleur est apparu progressivement au fil de nos échanges comme un impensé des établissements de soin qui ne mesurent pas l'importance de ses effets sur nos ressentis et nos comportements⁵²⁷.

Il est vrai que le choix de la couleur dans les opérations de travaux de l'hôpital constitue souvent « un champ résiduel de pouvoir pour les équipes soignantes, un moyen d'exprimer leurs préférences personnelles dans un environnement par ailleurs extrêmement normé [...] »⁵²⁸. Rarement accompagnée, la décision est généralement issue d'un compromis peu satisfaisant ou d'une prise de pouvoir de la hiérarchie. Néanmoins, ce constat est à nuancer dès lors que le sujet est inscrit dans une perspective volontariste relative à ses effets, ici l'apaisement. Qu'il s'agisse des patients ou des soignants, chacun a bien conscience de l'importance de la couleur sur les états émotionnels. Ainsi, les propos tenus dans l'atelier par les soignants comme par les patients apparaissent spontanément un affect avec une couleur : « le bleu, cela me calme, l'orange ça me fait chaud, le mauve c'est tout doux, etc. »

Nous avons alors cherché à concevoir un outil permettant de dégager les représentations plutôt que les préférences. Nous avons supposé l'existence d'un « partage du sensible⁵²⁹ » qui fonderait le lien entre représentations culturelles et préférences sensorielles autour de la couleur, liées au sentiment d'apaisement. Les participants étaient invités à choisir dans un nuancier les trois couleurs représentant selon eux le sentiment d'apaisement et en donner la raison.

527 Barbara BAY, Claire FAYOLLE, *op. cit.*, p. 15.

528 Barbara BAY, Claire FAYOLLE, *ibid.*, p. 52.

529 Jacques RANCIÈRE, *op. cit.*

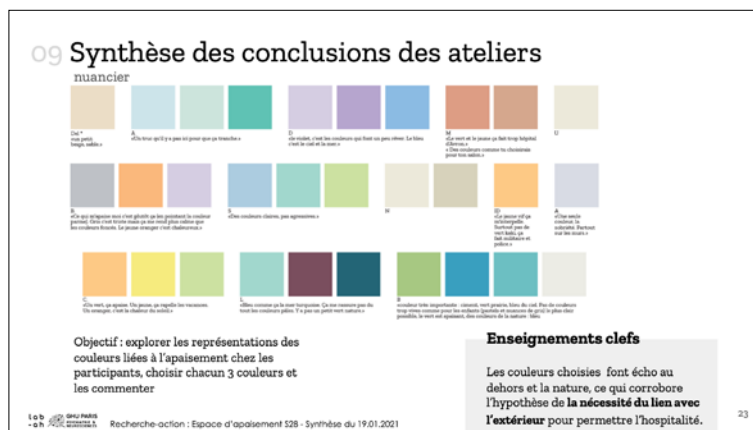


Illustration 172 : Extrait de synthèse de l'atelier participatif

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Cette entrée par les représentations culturelles de la couleur a tracé un chemin entre deux écueils : les goûts personnels et les contraintes techniques et d'hygiène. Les enseignements de cet exercice corroborent l'une des intentions poétiques de l'hospitalité en convoquant dans les imaginaires liés à l'apaisement la nature et singulièrement le grand paysage. Or, la nature est dans la théorie de l'expérience sensible de Gernot Böhme un élément atmosphérique en propre. Autrement dit, elle contribue aux atmosphères de l'environnement de l'être percevant et donc à la qualité de son expérience esthétique et sensible.

Une deuxième étape de la conception collaborative a consisté à synthétiser l'ensemble des options issues de l'atelier en proposant une alternative entre deux atmosphères, celle de la mer et celle de la forêt.

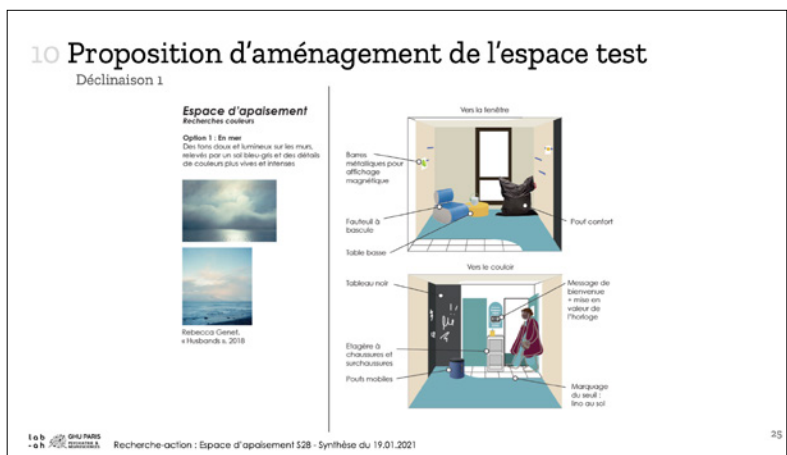


Illustration 173 : Proposition de synthèse créative

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Barbara Bay, dans son article sur la couleur⁵³⁰, explique que l'agence d'architecture BIG a su faire adhérer une équipe soignante à sa proposition de palette colorée en la mettant en parallèle avec les Tournesols de Vincent Van Gogh, dont la double « expertise », en matière de couleur et de maladie mentale, était reconnue en psychiatrie. À la différence de l'agence BIG, la référence aux tableaux, dans ce contexte, ne poursuivait pas seulement l'objectif de fonder une légitimité à la proposition colorée. Il s'agissait aussi de rendre lisible et intelligible le cheminement qui avait conduit à cette proposition et la manière dont elle a cristallisé les contributions de l'atelier collaboratif.

530 Barbara BAY, Claire FAYOLLE, *op. cit.*

Puis une troisième étape a consisté à mettre au vote de l'équipe et des patients quatre déclinaisons colorées de l'option retenue « mer et coucher de soleil ». Les patients ont massivement choisi la déclinaison la plus claire et la plus lumineuse, alors que les votes des soignants se sont répartis entre les quatre propositions. L'équipe a fait le choix de privilégier la préférence des patients.

5. Processus de conception spatialisée pour l'apaisement en soins intensifs

Au regard de notre hypothèse, l'étude poïétique du design de l'espace d'apaisement de l'unité de soins intensifs de l'hôpital d'Avron soutient l'idée que l'instauration artistique se fait par le tissage du motif esthétique. En effet, sa conception est vectorisée par les attendus quant à la manière dont elle pourrait affecter les états d'âme des personnes invitées à s'immerger dans cet espace.

À cet égard, notre effort d'herméneutique de l'espace d'apaisement s'inscrira dans la théorie de la perception, dite esthétique, en ce qu'elle situe la relation entre un sujet et un objet plutôt que dans une théorie esthétique de l'œuvre. Comme l'écrit Gernot Böhme, « en lieu et place d'une description en termes de propriété, l'analyse aïsthésique porte sur des agencements expérientiels⁵³¹. » En effet, l'approche esthétique reconnaît la prégnance de la perception dans l'expérience car « le corps est le point zéro du monde, là où les chemins et les espaces viennent se croiser, le corps n'est nulle part : il est au cœur du monde ce petit noyau utopique à partir duquel je rêve, je parle, j'avance, j'imagine, je perçois les choses en leur place et je les nie aussi par le pouvoir indéfini des utopies que j'imagine⁵³². »

Pour Böhme, l'événement perceptif fondamental est celui de la sensation d'une présence qu'il nomme *atmosphère*. En mobilisant ce concept, nous voulons éclairer la question de savoir si et en quoi ce prototype a été conçu comme une configuration d'atmosphère, susceptible de générer un sentiment de paix et de calme. Ce qui nous intéresse le plus dans le concept d'atmosphère c'est la définition qu'en donne Gernot Böhme, selon lequel « les atmosphères sont quelque chose entre le sujet et l'objet. Elles ne sont

531 Gernot BÖHME, *op. cit.*, p. 10.

532 Michel FOUCAULT, *Le corps utopique, les hétéropies*, Paris, Nouvelles éditions Lignes, 2009, p.19

pas quelque chose de relationnel, mais la relation elle-même⁵³³ ». Les hypothèses poïétiques de cette recherche-projet en design sont incluses dans ce postulat, non seulement à l'égard du résultat mais aussi du point de vue de la méthode participative à partir de laquelle les éléments producteurs d'atmosphère ont été définis.

Atmosphère et disposition dans l'espace d'apaisement

Parce que la commande de cet espace visait explicitement à modifier les ressentis émotionnels de ses utilisateurs, l'ensemble de la démarche repose sur le postulat selon lequel « nous sommes affectés directement par une atmosphère⁵³⁴ ». Généralement, le besoin exprimé quant à la production d'un espace relève d'une approche fonctionnelle et d'usage – une cuisine, un salon, un bureau, etc.– il est donc remarquable que celui-ci émane d'un objectif visant non pas l'usage mais le ressenti, le sentiment, la sensibilité. Nous abordons donc la poïétique de cette proposition comme une résultante de « l'art du travailleur esthétique⁵³⁵ » à produire des atmosphères. S'ajoute la difficulté supplémentaire que leur influence sur les états émotionnels pose comme exigence d'être aussi « thérapeutique ». Dans la perspective du rôle performatif du design en milieu hospitalier, l'ambition d'être thérapeutique est à interpréter dans son sens étymologique issu du grec *therapeutikos* « qui prend soin de » et *therapeutikê* (n.f.) désignant l'art de prendre soin de quelqu'un⁵³⁶. Si Gernot Böhme introduit la question politique dans sa nouvelle théorie de l'esthétique, plaidant pour une production des atmosphères par les « travailleurs esthétiques » visant un monde meilleur, il n'aborde pas le sujet du soin. Or, le prendre soin et l'hospitalité sont considérés dans ce travail comme les piliers de ce monde meilleur auquel aspirent les designers et les artistes. Ainsi, l'enjeu est de comprendre comment l'atmosphère de l'espace d'apaisement s'est configuré ; en quoi il affecte les personnes qui le perçoivent en s'y immergeant ; dans quelle mesure il participe d'une économie de la thérapie, c'est-à-dire d'un soin dans le sens historique⁵³⁷ de « se soucier, de s'intéresser à » plutôt que dans le sens des « actes et pratiques avec lesquels on rétablit la santé. ».

533 Gernot BÖHME, *ibid.*, p.66.

534 Gernot BÖHME, *ibid.*, p.56

535 Gernot BÖHME, *ibid.*, p.126.

536 Alain REY, *op. cit.*, p. 3541.

537 Alain REY, *ibid.*, p.3541.

Cette relation entre l'atmosphère et la manière dont nous en sommes affectés est nommée par Gernot Böhme « disposition ». Le concept de disposition met au jour le rapport entre l'aménagement de l'espace, le développement de l'atmosphère et le sentiment psychologique et affectif qui s'ensuit. « En ce sens, les dispositions sont très certainement des modalités de la présence, c'est-à-dire des modifications de l'espace corporel, autrement dit de la spatialité ressentie en tant que telle⁵³⁸. »

Bien entendu, les modulations des dispositions ne relèvent d'aucune mécanique mais de processus esthétiques, sensibles, perceptifs et psychologiques complexes. D'ailleurs, l'auteur souligne deux modalités différentes d'être affectés par les atmosphères : l'insertion et la discrédance. Dans la modalité de l'insertion, l'espace a une tonalité affective dans laquelle je m'insère et qui suscite en moi une disposition affective en harmonie. Dans la modalité de la discrédance, il y a une discordance dans la mesure où je suis affectée par une atmosphère qui prend une autre direction que l'humeur dans laquelle je suis.

Or le cas de l'espace d'apaisement suscite plus souvent des expériences de discrédance que d'insertion. La discordance entre un état émotionnel caractérisé par les soignants comme « un état d'agitation », « de désorganisation » ou « de crise » et l'immersion dans une atmosphère à la tonalité affective de paix et de calme constitue l'enjeu même du projet. Nous savons, pour l'avoir vécu, que cette discordance aggrave et cristallise parfois notre sentiment négatif, la tristesse par exemple quand elle est confrontée à une atmosphère joyeuse. Cependant, même dans cette expérience, la nature même de la disposition, c'est-à-dire la manière dont l'atmosphère nous conduit à faire « la relation entre « se sentir » (être dans telle disposition) et se trouver en un lieu⁵³⁹ », contribue à mettre à distance cette première disposition, la tristesse, à la reconnaître comme telle, par le contraste même que notre sensibilité perçoit dans cette atmosphère. Cela est rendu possible par le fait que les atmosphères ont une existence en dehors des états affectifs du sujet qui les perçoit. Celui-ci ne projette pas entièrement ses sentiments sur l'atmosphère mais il est affecté par elle, y compris dans une situation de discrédance.

Cette quasi objectivité des atmosphères permet de comprendre qu'il existe une activité, notamment le design, qui consiste à produire des atmosphères par le choix, la conception et l'agencement des objets, des espaces, des signes et de la musique. Car, « à y regarder de près, le design esthétique porte non sur des propriétés (c'est-à-dire des

538 Gernot BÖHME, *op. cit.*, p. 103.

539 Gernot BÖHME, *op. cit.*, p. 98.

éléments que les choses possèdent en elles-mêmes et qui peuvent avoir une incidence sur leur utilisation, les rendre fonctionnelles ou non) mais au contraire, sur des « extases », sur la manière dont ces choses sortent d'elles-mêmes et se présentent dans l'espace.⁵⁴⁰ »

Étude des éléments producteurs d'atmosphère

Nous présentons les options de ce travail en tant qu'éléments producteurs d'atmosphère et générateurs d'extase, c'est-à-dire « ce par quoi les choses font sentir leur présence⁵⁴¹ ».

L'extase : une présence diffuse

La couleur est emblématique des phénomènes de l'extase. En effet, les couleurs n'existent pas en soi mais elles caractérisent les choses dès lors qu'elles sont perçues. Leur perception est rendue possible grâce à la clarté et actualisée par la lumière. La couleur se répand dans l'espace et diffuse une présence de son essence dans l'apparence. En outre, « l'élément extatique des choses ne réside pas dans les couleurs elles-mêmes, mais dans la manière dont elles s'articulent les unes aux autres, par contraste, concurrence, croisement, frontière, etc.⁵⁴² ». Dans le projet d'espace d'apaisement, Coline Fontaine, assistée de Jeanne Sintic, a choisi d'utiliser trois couleurs dont l'articulation transforme l'espace en s'y diffusant, tout en répondant à d'autres attendus du point de vue architectural et d'usage.

Le caractère « extatique » du choix des couleurs, en tant qu'élément producteur d'atmosphère, est en résonance avec l'expérience sensible de la nature. Ainsi, le bleu clair résonne comme un ciel de septembre et ce d'autant plus qu'il embrasse le plafond, se fait enveloppant et sans limite. Le jaune clair invite au clair matin, à l'aube silencieuse et intime portant en elle l'espoir d'un jour nouveau et le noir, recouvrant une surface plus petite, est un rayon de nuit trainant langoureusement son pinceau et apportant le contraste nécessaire à la lumière naissante. Il est aussi une invitation à écrire et à dessiner. Ces trois couleurs vibrent par synesthésie avec les qualités sensibles de la clarté et du recommencement.

540 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 173.

541 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 165.

542 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 175.

En outre, la couleur est un puissant levier pour transformer la perception des limites et des configurations des espaces. En apposant trois couleurs dans un très petit local de 8 m², les conceptrices donnent une amplitude à la spatialité et lui apportent du relief. Elles définissent intuitivement des usages différenciés, donnant la perception d'un lieu plus grand et plus complexe qu'il ne l'est initialement. Ainsi voit-on se distinguer un espace d'accueil où l'on peut poser ses chaussures et lire le mot de bienvenue ; un espace de lecture et de composition d'images ; un espace de repos ou de relaxation avec tapis de gymnastique et pouf.

Couleur et lumière sont étroitement intriquées lorsqu'elles exercent leur puissance extatique dans la conception d'une atmosphère spatialisée. Une fenêtre haute occupe quasiment toute la surface de l'un des murs de l'espace quadrilatère de la pièce. Il était donc assez naturel de s'interroger sur la lumière qu'elle diffusait et la manière dont celle-ci faisait vibrer les couleurs. Cet intérêt pour la fenêtre s'est vu propulsé dans la phase projet par le témoignage d'une infirmière. Celle-ci rendait compte, d'une part de l'inquiétude des patients d'être observés depuis la rue, et d'autre part du désagrément de la vue sur un café où le trafic de stupéfiants provoque des scènes de bagarres. Ainsi la conception d'une vitrophanie pour cette fenêtre était motivée tant par le caractère extatique de l'assemblage de la couleur avec la lumière qu'en réponse à un problème de perception anxigène. Sous la direction artistique de Coline Fontaine et de Marie Coirié, le jeune étudiant designer Enguerran Chauve, alors stagiaire au *lab-ah*, a développé une vitrophanie reprenant les couleurs de l'espace d'apaisement dans un format pointilliste, générant la double vertu de mettre la rue à distance, du dedans vers le dehors et inversement, mais aussi d'amplifier l'extase colorée de l'espace. Parler de lumière, c'est immédiatement convoquer la transcendance et tout notre héritage religieux et spirituel. La primauté de la lumière est le caractère d'extase de toute figure transcendante. Ainsi, introduire une vitrophanie dans cet espace c'est inviter le spirituel au banquet de l'atmosphère.

La musique et le son, par leur propriété de perception diffuse dans l'espace, sont également des éléments producteurs d'atmosphère emblématiques du caractère de l'extase. Parallèlement, le *lab-ah* est engagé dans une recherche-projet en design autour de la modulation de l'anxiété par le son et la musique. L'état de l'art⁵⁴³ réalisé à cette occasion

543 L'état de l'art a été réalisé par Pierre Navarron, designer sonore et Claire Richards, doctorante en sciences et technologies de la musique et du son, Sorbonne Université.

a démontré que la musique avait bien un effet sur les états émotionnels des personnes, selon un processus complexe, et à la condition de prendre en compte le contexte de réception. La musique met en effet en jeu des phénomènes psychologique, affectif, phénoménologique et mémoriel. L'hypothèse princeps de la recherche-projet intitulée Psy-Son⁵⁴⁴ repose sur le constat que l'on n'a jamais pu prouver l'existence d'une forme musicale et sonore aux effets vertueux pour tous. Il n'existe pas de musique spécifique qui « soigne » ou qui « apaise ». En conséquence, l'équipe de la recherche-projet cherche à mettre en œuvre des dispositifs d'intelligence artificielle susceptibles de générer des listes d'écoute musicale dynamiques, adaptées à la singularité de chacun des « écouteurs ». Auparavant, les soignants établissent un « portrait sonore et musical » individualisé pour chaque patient lors d'un « entretien musico-soignant ». Cette démarche implique d'accorder une attention particulière aux conditions de réception, qu'il s'agisse de la qualité de l'expérience sonore ou de l'intégration de cet usage dans un scénario thérapeutique adapté. Pour nuancer ce postulat des effets relatifs à chacun de la musique sur les états émotionnels, il faut rappeler que de nombreuses études ont identifié des caractères sonores et musicaux en relation directe avec le sentiment d'apaisement. C'est ainsi que le « marché » de la musique de relaxation s'est développé. Parmi les items récurrents de ces compositions, la référence à la nature est prédominante.

Nous avons par conséquent proposé deux options d'écoute musicale dans l'espace d'apaisement. Sont accessibles sur une tablette deux types de playlists : éditorialisées et personnalisées. Pierre Navarron, designer sonore, a composé cinq playlists éditorialisées à partir d'un état de l'art sur les musiques relaxantes. Par ailleurs, il est possible, lorsque les patients n'ont pas accès à leur propre playlist, de composer soi-même sa playlist à partir de l'algorithme de Spotify, en amont avec un soignant ou dans l'espace d'apaisement, et de la retrouver à chaque usage. Les expérimentations ont montré que cette deuxième option posait des difficultés, d'une part d'accès sécurisé à la Wifi, et d'autre part d'organisation et de visibilité des playlists lorsqu'elles sont composées par de nombreux utilisateurs sur

544 Le projet Psyson est un coussin rembourré, équipé d'un matériel acoustique au niveau du dos et des oreilles, qui permet à des personnes hospitalisées d'écouter des listes de lecture personnalisées, conçues via l'interface Psyk, elle-même basée sur l'API Spotify. Ce coussin est conçu pour s'adapter à des fauteuils médicalisés standards. Le projet Psyson est porté par un consortium de 3 partenaires : Le GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Le CRD ENSCI-Les Ateliers – ENS Paris Saclay, L'Institut de recherche et coordination acoustique/musique (IRCAM).

un même compte. En outre la proposition consistant à coconcevoir une liste de diffusion personnalisée dans un entretien musico-soignant s'est révélée infaisable sans une formation préalable des soignants à l'outil comme à la conduite de l'entretien.

Ainsi la conception de l'espace d'apaisement intègre pleinement la dimension de physiognomonie des éléments producteurs d'atmosphère, tels que la musique et la couleur, « non comme une essence intérieure mais comme une essence de l'apparence⁵⁴⁵ », une manière de faire sentir le caractère des choses dans les apparences.

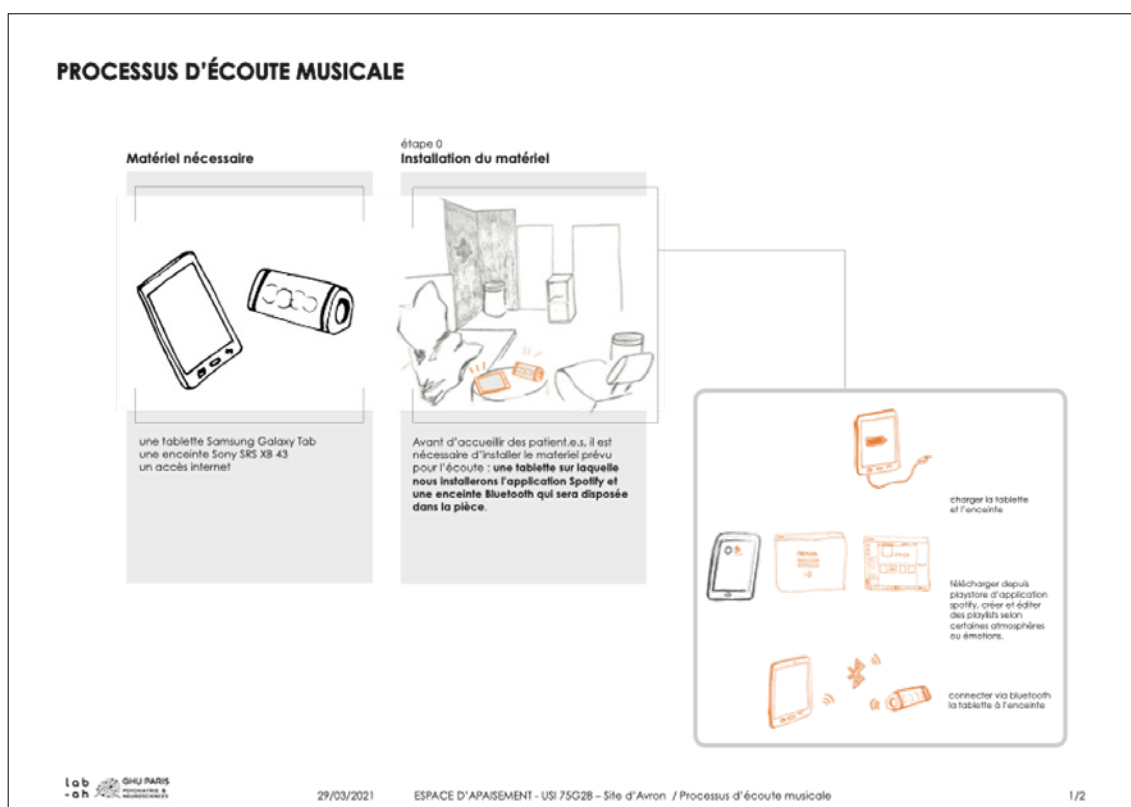


Illustration 174 : Scénario d'usage pour l'écoute musicale

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

545 Gernot BÖHME, *op. cit.*, p. 175.

L'extase, les objets condensateurs

Considérant que la possibilité de manipuler des choses et d'en tirer un plaisir sensoriel fait intégralement partie de la qualité de l'atmosphère, la dimension de l'agir est centrale dans cette proposition. C'est pourquoi elle s'est enrichie d'éléments producteurs d'atmosphères « qui condensent » le caractère extatique des lieux. Gernot Böhme souligne l'importance des objets dans les agencements d'atmosphère à travers ce phénomène de la condensation : « Ce que nous avons vécu d'abord de façon extatique et atmosphérique se condense dans la chose en tant qu'élément producteur⁵⁴⁶ . »

Ainsi l'espace d'apaisement propose-t-il sur des étagères en bois clair des beaux livres d'images et de voyages, comme il met à disposition sur ces mêmes étagères des images aimantées à composer soi-même, dont les choix colorés vibrent avec ceux des surfaces. Ces « choses » ont en commun de prendre tout leur sens dès lors qu'elles sont activées par le sujet. Il en va de même pour les kits d'accessoires, laissés à la disposition des patients. De plus, les « essentiels » de l'espace d'apaisement proposent un tableau ardoise qui en est l'un des emblèmes. Ce dernier superpose le caractère extatique diffu, car il introduit une couleur en contraste avec les autres, et le caractère de « condensation » en raison de l'actualisation qu'il requiert par l'usage auquel il invite le sujet.

Ces éléments renvoient, par analogie, au concept de réalité actuelle développé par Gernot Böhme. En effet, selon lui, « l'esthétique en tant qu'aïsthétique porte sur la réalité actuelle, et non factuelle. Il faut donc exiger qu'elle apporte quelque chose à notre vie menée avec et dans les apparences⁵⁴⁷ ». Les notions de réalité factuelle et de réalité actuelle sont directement inspirées des concepts du « factuel fact » et « actual fact » développés par le peintre Josef Albers⁵⁴⁸ : « Le factual fact c'est-à-dire la réalité factuelle de l'image, c'est l'image en tant qu'objet avec les propriétés objectives qu'on y trouve y compris ses couleurs ; l'actual fact c'est ce qui émane de l'image, la tonalité de l'espace dégagée par les couleurs et les affects⁵⁴⁹ . » Cependant, nous adaptons ici l'utilisation de cette notion de « réalité actuelle » pour désigner l'activation de la chose grâce au pouvoir d'agir du sujet. L'activation a lieu dans la relation qui s'établit entre le sujet et l'objet à travers un verbe d'action - composer, regarder, lire, interpréter, jouer, écrire etc. - mettant

546 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 210.

547 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 220.

548 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 33.

549 Gernot BÖHME, *ibid.*, p. 33.

en mouvement le processus d'énonciation, dont on a déjà vu combien il est individuant. En conséquence, la poïétique de l'espace d'apaisement implique la production d'une atmosphère, en tant qu'élément capable d'influer sur les dispositions affectives des utilisateurs. Cette atmosphère est composée d'éléments au potentiel extatique et d'autres « condensateurs » restaurant du pouvoir d'agir.

Le temps

Rappelons que la possibilité de se repérer dans le temps, aussi bien universel que celui du service, a été une demande unanime exprimée par les patients. Le temps des patients est cadré et institutionnalisé par l'hôpital, avec peu de possibilités pour eux de proposer des chemins de traverse. Or ce caractère répétitif et circulaire des journées d'hospitalisation immobilise le temps, il contrarie sa qualité de flux. Pour Paul Ricœur, cette tautologie temporelle fait obstacle à l'expérience du déictique « maintenant » qu'il situe à la conjonction du « présent vif » vécu et de l'instant cosmologique calendaire. Cette étude poïétique consolide ainsi l'idée que le temps de l'instauration artistique est celui d'un flux ouvert aux possibles, et donc à l'espoir. Un temps qui inscrit chacun dans la narration de tous grâce au partage de repères (calendrier, saison, jour/nuit, etc.). Les propositions d'écoute musicale dans l'espace d'apaisement réintroduisent un temps qui s'écoule, car le son est la matière même du temps. Pascal Dusapin en témoigne dans son activité de compositeur : « Composer, c'est inventer des impulsions et des flux... On ne sait pas ce que ça va devenir. La question paradoxale, ça n'est pas d'achever mais comment ne pas finir. Composer, c'est ne jamais finir⁵⁵⁰. » L'écoute musicale fait partie de l'instauration artistique car elle porte en elle cette texture de l'écoulement du temps.

À l'instar de l'espace, le temps est donc l'une des dimensions constitutives de la phénoménologie du sujet. Instaurer un temps, à la fois repère et promesse, participe pleinement d'une éthique de l'hospitalité. Tout le travail de design sur le temps vise à lutter contre la propension de la souffrance à cristalliser le flux temporel dans l'instant intense et immobilisé de sa propre conscience. C'est cette possibilité même qui rend tout acte de réparation possible. C'est pourquoi, dans une poétique de l'hospitalité, il est indispensable

550 Pascal DUSAPIN, *Composer. Musique, Paradoxe, Flux*, Coll Leçons inaugurales du Collège de France Paris, Collège de France, Fayard, Paris, 2007.

de considérer, avec Emmanuel Lévinas, que l'identité du présent se fractionne en une inépuisable multiplicité de possibles qui suspendent l'instant. Et cela donne un sens à l'initiative que rien de définitif ne paralyse [...] ⁵⁵¹. »

Afin d'éviter l'écueil d'une approche décontextualisée de l'étude poïétique, il est souhaitable de rappeler, en conclusion de cette partie, les enjeux politiques du moindre recours à la contrainte à l'hôpital psychiatrique. Ce dernier ayant toujours été travaillé par la relation entre contrainte et liberté. Il s'agit là en effet d'un objectif affirmé du *faire design* et de la spatialisation de l'hospitalité de peser du côté de la liberté.

L'aménagement de cet espace est en effet le fruit d'une négociation constante et serrée entre toutes les parties prenantes du projet autour des rapports entre liberté et pouvoir, entre *pouvoir-sur* et *pouvoir-faire*. Force est de constater que la créativité des designers du *lab-ah* a été bridée par les multiples contraintes liées à la sécurité et au contrôle des usagers. Et pourtant, les marges d'initiative restaurées au profit des utilisateurs, dans les interstices du cahier des charges, malgré leur modestie, tendent à démontrer que l'instauration artistique de l'hospitalité est toujours possible et souhaitable. Le designer est néanmoins confronté à une aporie d'importance : améliorer l'habitabilité de lieux marqués par la contrainte exercée sur autrui vient estomper ce qui en fait ontologiquement le scandale, et atténue de fait son caractère insoutenable. Ne contribue-t-il pas dès lors à légitimer son existence ?

Nous pensons qu'il n'en est rien. Car, la démarche de design mobilisée dans ce projet a été le catalyseur d'une réelle volonté de faire évoluer les pratiques de recours à l'isolement de l'équipe soignante. Elle leur a offert de nouveaux appuis pour le faire. Michel Foucault disait de l'architecture : « les hommes ont rêvé de machines libératrices. Mais il n'y a pas par définition de machines de liberté. Il n'appartient jamais à la structure des choses de garantir la liberté. La liberté est une pratique. Rien n'est fonctionnellement libérateur. La liberté est ce qui doit s'exercer, la garantie de la liberté est la liberté ⁵⁵². » C'est pourquoi, nous fondons finalement plus d'espoirs sur les transformations culturelles touchant aux représentations et aux pratiques soignantes que sur le potentiel intrinsèque de l'espace d'apaisement. Mais nous apportons la preuve par cette recherche-projet que le design est actif dans la dynamique de réflexivité des équipes et de rééquilibrage des rapports de pouvoir entre soignants et soignés. Il restaure, par ses potentialités mêmes

551 Emmanuel LEVINAS, *op. cit.*, p. 265.

552 Michel FOUCAULT, *op. cit.*, p. 57.

de participation et de modalisation, du *pouvoir-faire* au détriment du *pouvoir-sur*. Ce constat confirme au demeurant la vocation initiale du *lab-ah* en tant que « laboratoire d'innovation culturelle par le design » et non pas en tant que laboratoire d'innovation par le design.

La liberté se conçoit par l'amplitude du pouvoir d'agir de la personne. La liberté de l'individu agissant est déterminée par les possibilités qui sont laissées à ses déplacements, sans franchir pour autant les limites de la loi. Sous ce rapport, le design de l'espace, dans une perspective de l'hospitalité, tend à investir et élargir ce qu'Abraham Moles appelle « le champ de liberté marginale⁵⁵³ ». Celui-ci suppose une certaine élasticité entre les blocs de loi.

Cette élasticité est apportée, dans notre cas, par le déplacement du concept d'isolement à celui d'apaisement, ouvrant de nouveaux interstices au pouvoir d'agir. Nous l'avons vu, le *pouvoir-faire* est une composante essentielle de la restauration du pouvoir d'agir des usagers en psychiatrie. Il constitue les prémices de la recomposition de Soi, en faisant l'expérience des effets de son initiative dans le monde. Pour Paul Ricœur, l'initiative est indispensable à l'*ipseité* du sujet prenant conscience d'un Soi capable d'influer le réel.

Enfin, nous voulons explorer la valeur d'instauration artistique de l'espace d'apaisement pour les patients en explorant les enjeux psychosociaux d'une poétique de la coquille. L'image de la coquille nous permet d'appréhender l'échelle du corps dans cette expérience de l'espace d'apaisement. Elle rend également possible de le penser dans un élargissement des phénomènes d'appropriation des différents cercles qui en constituent l'environnement. La coquille, selon Gaston Bachelard, est une image du repos et de la « tranquillité d'habiter » mais elle a cette particularité d'être construite du dedans. À cet égard, elle réinterroge les marges de liberté et d'influence de l'utilisateur sur l'espace d'apaisement. Ce qui nous intéresse en outre dans cette image topologique et psychique, c'est qu'elle porte autant le mouvement d'aller en-dedans – se lover, se blottir, se protéger – que celui d'aller en-dehors – surgir, sortir, se métamorphoser. La coquille est un objet qu'on abandonnera. La coquille condense à la fois les images de refuge et de sortie d'un être inattendu. Or l'espace d'apaisement est conçu comme une étape dans une trajectoire de rétablissement qui vise à la sortie du patient.

553 Abraham MOLES, Elisabeth ROHMER, *op. cit.*, p. 50.

6. Retour d'expérience du prototype de l'espace d'apaisement

Un protocole d'enquête pour évaluer les usages et les effets de la proposition-test de l'espace d'apaisement à l'unité de soins intensifs du 75G28 a été défini en amont de l'expérimentation. Le format est assez léger et relève d'une observation d'usage de l'expérimentation plutôt que d'une recherche scientifique. Elle s'intéresse aux ressentis sensibles des patients, à l'évolution de leurs états émotionnels ainsi qu'à la manière dont cette ressource nouvelle questionne et éventuellement transforme l'ambiance d'un service.

Les modalités de l'enquête

Outils et données de l'enquête

Cette unité se caractérise par l'absence d'espaces communs de convivialité. Elle est très contrainte sur le plan spatial. À titre d'exemple, le réfectoire fait également fonction de salle TV et de salle de repos pour l'équipe. La qualité du signal wifi est déficiente dans l'espace d'apaisement. En raison de son statut d'unité fermée, les restrictions (téléphone, cigarettes, liberté d'aller et venir) sont nombreuses, l'accès au patio est horodaté et il n'existe pas de terrasse à cet étage. Ces éléments de contexte sont importants pour la compréhension des usages réels de l'espace d'apaisement. En outre, il faut rappeler que la mise en place de l'espace s'est déroulée pendant la période de pandémie et que l'équipe a dû faire face à deux séquences de confinement.

Cette enquête comprend des feuilles de bord, des entretiens avec les usagers et les professionnels, un groupe de retour d'expérience avec l'équipe de l'USI. Elle est complétée par une auto-évaluation de l'équipe médico-soignante et une observation participante menée par l'anthropologue Aurélien Troisoefus du laboratoire santé mentale - sciences humaines et sociales au GHU Paris.

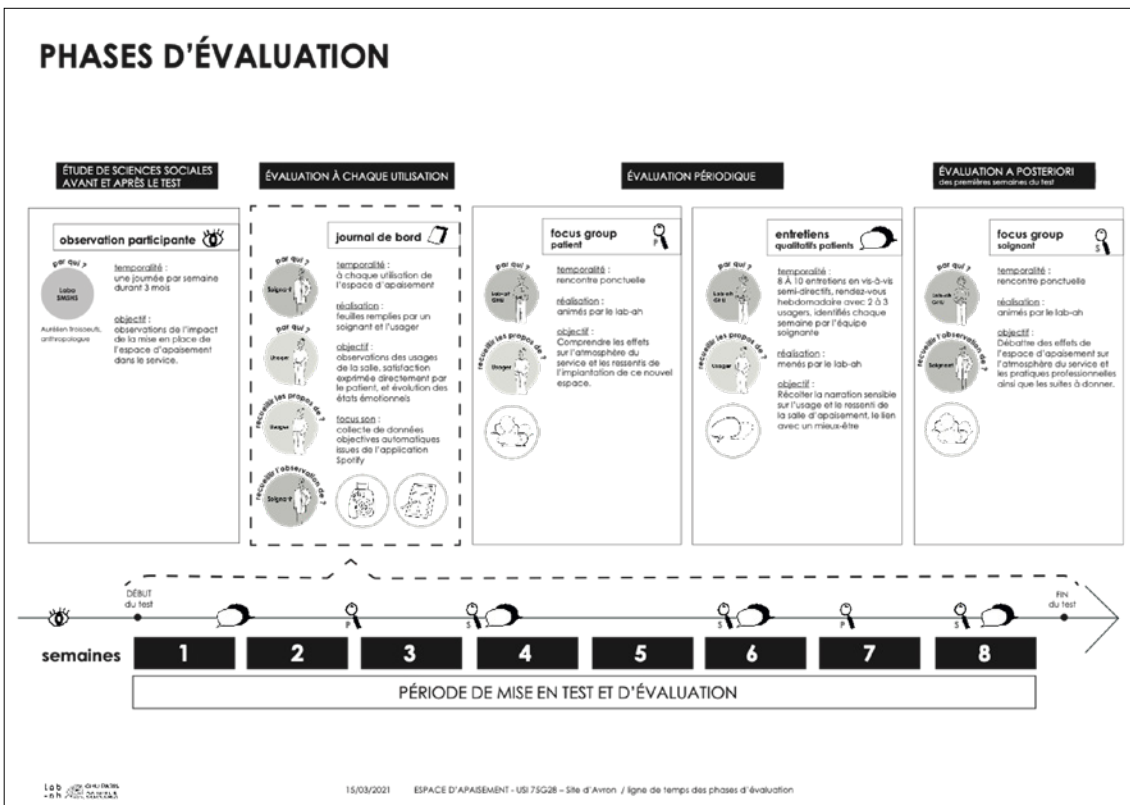


Illustration 175 : Phases d'évaluation

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Le protocole est établi sur une durée de quatre à huit semaines. Il a légèrement été modifié dans les faits. Des entretiens individuels avec les soignants se sont révélés utiles et l'enquête s'est finalement étendue sur quatre mois.

Les feuilles de bord

Onze feuilles de bord soignant et patient ont été rendues par le service qui comprennent plusieurs occurrences concernant les mêmes patients. Au total, six patients sont concernés par ces documents. Elles ont été remplies entre le 11 juin et le 9 juillet 2021.

Le tableau d'analyse est composé de trois parties :

- ♦ les informations communes permettent de décompter les utilisations, le nombre d'utilisations pour un même patient, de faire la moyenne des durées d'utilisation, etc. ;

- ♦ les observations des soignants permettent de rendre compte de l'usage effectif de l'espace d'apaisement (point de vue soignant) et d'établir s'il y a eu changement d'humeur, geste, échanges ;
- ♦ les observations des usagers permettent de rendre compte de l'usage effectif de l'espace d'apaisement (point de vue de l'usager) et d'établir s'il y a eu amélioration de l'humeur.

Informations communes

- ♦ Les pathologies relevées se répartissent entre troubles psychotiques et états maniaques.
- ♦ La durée d'utilisation de l'espace d'apaisement se situe entre 15 mn et 1 heure avec une moyenne de 30 mn.
- ♦ Le nombre d'utilisations déclaré va de une fois à cinq fois.
- ♦ Il y a quasi égalité entre la modalité d'entrée dans l'espace « sur proposition du soignant » (5) et la modalité « à la demande du patient » (6).
- ♦ Les motifs d'entrée déclarés par les soignants sont l'ennui (2), l'anxiété (2), l'accès à la musique (5) et l'angoisse massive une seule fois. La musique apparaît donc comme un élément de forte attractivité.
- ♦ L'entrée dans l'espace s'est majoritairement faite accompagnée par un soignant (7 sur 11).

Feuille de bord soignants

- ♦ Sur les onze occurrences, un seul problème de fonctionnement a été déclaré. Il s'agissait de la connexion Bluetooth pour la tablette. Le dispositif est donc plutôt robuste.
- ♦ L'activité la plus demandée par les patients est la musique, soit l'écoute, soit la pratique (9 sur 11), les deux autres activités se distinguant sont le tableau noir (3) et se reposer (3).
- ♦ Les soignants ont constaté à six reprises un changement d'humeur pendant l'utilisation de l'espace d'apaisement.

Feuille de bord patients

- ♦ Les patients déclarent en sept occurrences « ça va mieux ». Pour les quatre autres occurrences, la rubrique n'est pas remplie par les patients.
- ♦ Les raisons invoquées pour aller dans l'espace d'apaisement ainsi que les activités pratiquées recourent le constat des soignants autour de la primauté de la musique.

La qualité de l'espace est évoquée à une reprise ainsi que le sentiment de liberté qu'il procure.

- ♦ Les patients ont préféré dans l'espace d'apaisement « la musique, la sérénité, la paix, tout, la climatisation, le calme, tout, la découverte du xylophone ».
- ♦ Ce qui leur a déplu (trois réponses) c'est « le manque de temps, le fait que l'espace est occupé tout le temps et la solitude ».
- ♦ Les recommandations collectées sont « du papier, des stylos, un support pour faire des suggestions, un piano synthétiseur, un poste de radio. »

Les entretiens qualitatifs avec les usagers

Deux entretiens, dont un élargi à plusieurs patients, ont été menés avec les usagers ayant utilisé l'espace d'apaisement.

Le premier s'est déroulé dans l'espace d'apaisement, en vis-à-vis.

Le second s'est déroulé dans le couloir, après que nous ayons été délogées de l'espace d'apaisement par un autre patient qui souhaitait écouter sa musique. Quatre autres patients se sont joints à nous au cours de l'entretien et nous avons échangé de manière collective sur les vertus et les améliorations possibles de l'espace d'apaisement.

Avec un autre patient, nous n'avons pas pu établir un dialogue rationnel mais nous avons passé un long moment en sa compagnie dans l'espace d'apaisement. Nous avons observé son langage corporel et nous l'avons écouté. Il a chanté un rap de son invention et nous a fièrement montré comment il tenait en équilibre les deux oiseaux dans l'espace d'apaisement. Pourtant, son médecin nous avait confié qu'il souffrait d'une vraie difficulté en terme de motricité.



Illustration 176 : Un patient dans l'espace d'apaisement

© Chloé Skrodzki, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu structurée en cinq thématiques : qualifications, usages, ressources, ressentis, propositions.

Les entretiens qualitatifs avec les professionnels

Des entretiens approfondis ont été menés avec deux infirmiers de jour et deux infirmiers de nuit. Ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu structurée en six thématiques : situations, qualifications, usages, ressources, ressentis, propositions.

Le groupe de retour d'expérience

Étaient présents à cette rencontre six professionnels du service dont la cadre de l'unité de soins. Les échanges se sont rapidement polarisés sur la tension entre les usages spontanés de bien-être des patients, soutenus par certains professionnels, et le projet de service consistant à investir l'espace par les soignants pour des usages thérapeutiques.

Le guide d'animation était organisé autour des questions suivantes : Que voulons-nous savoir ? Les usages (design) et les effets sur les états émotionnels (impact) ? Quel lien entre soigné et soignant (thérapeutique) ?

Limites de l'évaluation

Cette étude a été déployée à très petite échelle dans un seul service comprenant dix lits. Les enseignements tirés ont un intérêt qualitatif et réflexif, notamment pour documenter la conception des espaces d'apaisement, mais ils n'ont aucune valeur statistique et ne peuvent pas être généralisés.

Les feuilles de bord ont été relativement peu remplies en raison de la forte autonomie des patients dans l'utilisation de l'espace d'apaisement. Les infirmiers n'ont pas pu les inciter à ce moment d'évaluation.

Les entretiens individuels avec les usagers devaient être réalisés par le *lab-ah* sur les recommandations des soignants. Or ces derniers ont été peu disponibles pour interpeller le *lab-ah*. Finalement, le moment le plus riche de recueil d'expériences avec les patients a été collectif.

En revanche, le groupe de retour d'expérience des soignants s'est trouvé entravé par un focus sur les irritants liés à un épisode dysfonctionnel de la tablette et à la tension générée par les usages non anticipés de l'espace.

Cette première étude est complétée par l'étude anthropologique d'Aurélien Troisoefus du laboratoire SM-SHS qui apporte un regard plus immergé sur la vie quotidienne du service autour de l'émergence de l'EA.

La comparaison avec l'évaluation des cinq autres sites tests est indispensable pour parvenir à définir le socle et les marges d'appropriation de ce nouveau dispositif.

Synthèse des enseignements de l'enquête : ambivalence des usages, qualité de l'espace

Un usage paradoxal de l'espace d'apaisement

Le point le plus saillant de l'évaluation d'usage faite à l'USI du 75G28 réside dans l'écart constaté entre les intentions de l'équipe soignante et l'investissement effectif de l'espace par les patients. Il est fortement souligné dans l'auto-évaluation de l'équipe, d'autant plus qu'il crée une tension dans le projet de service, non encore résolue. Dans

son auto-évaluation, l'équipe parle « d'une contradiction entre des usages réels par les patients en situation de dysphorie⁵⁵⁴ latente et les usages souhaités par les soignants adaptés à des situations de dysphorie aiguë⁵⁵⁵. »

En effet, alors que l'équipe a pensé l'espace d'apaisement comme un outil qu'elle pourrait investir pour désamorcer des situations d'angoisse et d'anxiété annonciatrices de crises, les patients l'ont spontanément utilisé en autonomie, comme un espace « à eux », de convivialité, à plusieurs, leur offrant des ressources pour lutter contre l'ennui, un mal-être diffus et des frustrations liées aux nombreuses restrictions de liberté d'une unité de soins intensifs.

À ce stade, la question reste donc ouverte de la compatibilité entre cet usage collectif et de détente par les patients et une utilisation thérapeutique de désamorçage de la crise par les soignants. Le volet formation, qui manque encore au dispositif, aurait vocation à rééquilibrer les usages, entre convivialité et gestion des situations de dysphorie aiguë, dès lors qu'une charte coconstruite entre soignants et usagers pourrait en réguler les priorités.

554 La dysphorie (du grec δύσφορος (*dusphoros*), de δυσ- : « difficile », et φέρω : « à supporter »), ou humeur dysphorique, généralement labile, désigne une perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangent d'inconfort émotionnel ou mental, symptôme de la tristesse, de l'anxiété, de l'insatisfaction, de la tension, de l'irritabilité, ou de l'indifférence.
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Dysphorie>, consulté le 11 septembre 2021.

555 Extrait du document d'autoévaluation de l'équipe rédigé par Etienne Bertrand, infirmier.

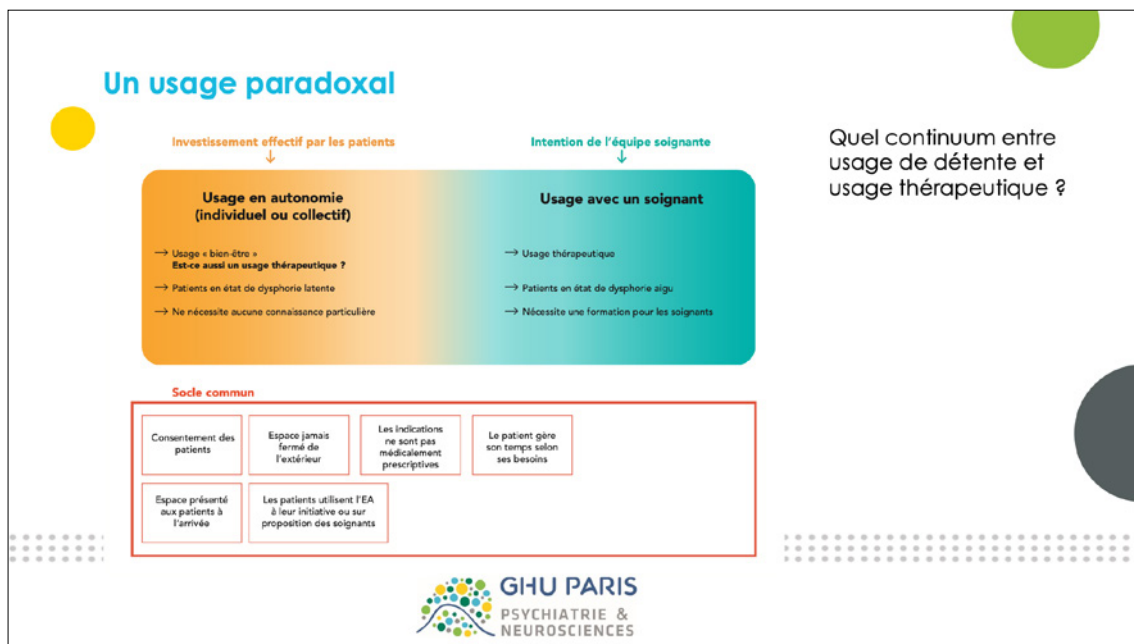


Illustration 177 : Extrait de synthèse sur l'espace d'apaisement

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Des usages de bien-être et de convivialité

Je ne me suis pas senti à l'hôpital

Un usager

Six mois après son ouverture, l'EA n'accuse pas de dégradation volontaire. La médecin cheffe de pôle souligne l'absence de graffitis non seulement dans l'espace mais aussi dans le reste de l'unité. Ce rapport d'étonnement traduit une rupture avec une situation antérieure dans laquelle les dégradations de l'environnement par les patients, en particulier dans la chambre d'isolement, étaient des pratiques habituelles.

Ressource

Les usagers sont nombreux à exprimer qu'ils apprécient beaucoup cet espace, tant pour son esthétique que pour les ressources qu'il leur offre. À cet égard, l'appellation de cet espace a été remise en question par les usagers qui n'ont pas eu le sentiment de s'y apaiser. Ils l'ont vécu comme un lieu de vie leur assurant un peu de normalité dans cette expérience étrange de l'hospitalisation, tout en leur permettant de retrouver des marges de liberté. Mais aussi comme un lieu où ils pouvaient se ressourcer pour retrouver des forces. Ils ont proposé de la renommer « salle de ressourcement » ou « salle ressources ».

Pour eux, cet espace ne doit pas être dédié à des moments où ils se sentent mal, il est aussi une ressource quand ils se sentent bien : « Pas je ne me sens pas bien donc je vais là-bas. Non, je me sens bien, je vais là-bas et au contraire je reprends des forces, je me construis. ». Cet usager en témoigne par cette belle expression : « moi, je l'ai vécu en tant qu'espace d'humanité ».

Autonomie

Bien entendu, cette appropriation s'explique en partie par l'absence et le manque de salon et de lieu de détente dédiés dans le service. Mais elle témoigne également de l'aspiration des patients à une plus grande autonomie dans leurs choix, leurs activités, leurs postures corporelles. Ils ont beaucoup insisté sur les marges retrouvées dans cet espace. Cette autonomie, quand elle est possible, dans l'appropriation de cet espace semble jouer un rôle fondamental dans ses potentialités d'apaisement. Un usager le décrit de la manière suivante : « Là après ce qui m'était arrivé, je retrouvais tout seul un environnement simple et agréable et abordable, en autonomie, et en touchant, me rassurant, voilà il y a un cadre sécurisant. Il n'y a pas de chimie, on ne m'agresse pas, on ne me fait rien, c'est moi seul qui reprends contact avec ma propre réalité. »

Convivialité

Enfin, un autre usage instauré par les patients, non prévu par l'équipe soignante, est l'occupation collective de l'EA. Celle-ci était d'ailleurs assez rétive à autoriser l'utilisation de cet espace par les patients à plusieurs. Mais le statut expérimental de l'EA l'a conduit à tolérer les pratiques disruptives avec le projet initial. Les patients hospitalisés s'en sont dès lors saisis comme un « lieu pour être bien ensemble ». Il semblerait que cette utilisation collective se soit faite spontanément, dans l'interstice de règles non encore fermement établies : « Au tout début quand il a été ouvert, quand il a été inauguré par l'équipe et qu'il n'y avait pas encore de règles, qu'il n'avait pas encore été pris en mains par l'équipe soignante, on avait le droit d'être plusieurs ici. » Cette possibilité est particulièrement appréciée au moment de la veillée, « ils respectent le lieu. Il est propre. Ils y font une forme de veillée. » Pour les usagers, l'espace d'apaisement constitue une alternative conviviale à la télévision et à leur chambre, « à chaque fois, ils sont en groupe, ils sont détendus, ils rigolent. »

À tel point que son utilisation individuelle évoque parfois les mauvais souvenirs du vécu de l'isolement, car l'espace d'apaisement est installé dans une ancienne chambre d'isolement : « Un jour, je ne sais pas quelle mouche les a piqués, ils ont dit salle d'apaisement donc salle de chacun pour soi, seul. Et là, on s'est souvenu tous brutalement des mauvais souvenirs qu'on avait de cette chambre car c'est une ancienne chambre d'isolement. ».

D'après ces témoignages, certains usagers n'ont pas pu profiter de l'espace en raison de la répulsion que leur inspirait le souvenir de leur isolement. L'ouverture de cet espace est donc une condition minimale et indépassable du socle de sa définition : « La porte elle est toujours ouverte. Sinon, c'est trop angoissant. Et puis ils vous rassurent sur la poignée de la porte de ce côté et sur le fait que la porte est toujours ouverte. »

L'enseignement le plus marquant relève du constat de l'absence de conflits entre les patients dans l'EA, ce qui semble étonner l'équipe habituée à de nombreuses tensions entre patients : « on peut avoir quatre personnes dans 8 m² qui sont dans une proximité physique qu'ils auraient du mal à supporter ailleurs. Je pense que c'est le seul moment où cette proximité ils la supportent bien. Cela atteste du côté apaisant de l'espace. ». Les usagers rendent compte en effet d'échanges pacifiés : « C'était un espace collectif... on discutait, c'est allé très loin la discussion, on a fait un cours théorique sur les protons, les neutrons et les électrons. » Tandis que les soignants constatent : « On n'a jamais eu d'altercation dans l'espace d'apaisement. Les personnes sont vraiment calmes. Ils respectent le cadre. »

Pour autant, l'EA n'est pas un salon comme les autres. Les usagers rencontrés ont tous décrit qu'ils ont vécu cet espace comme un moment leur permettant de mieux gérer leurs émotions : « Pour calmer les angoisses, ça marche. J'ai fait du yoga, j'ai fait mes exercices de respiration, j'ai géré mes émotions, je me suis fait mon briefing entre moi et moi, ça m'a aidé. » Même quand ils ne se sentent pas en situation aigue, ils y trouvent des ressources : « Cet espace-là j'ai pu me retrouver un peu comme la petite enfance, ça m'a permis de me reconnecter à mon enfant intérieur. » Si cela se confirmait, l'EA pourrait être requalifié comme un outil d'*empowerment* pour les personnes hospitalisées en soins intensifs pendant la durée de leur séjour.

Entretien thérapeutique ?

Enfin, même si cet usage ne semble pas (encore) installé, une patiente raconte qu'elle a particulièrement apprécié avoir un entretien avec un soignant dans ce contexte : « J'ai utilisé cet espace avec un soignant. On a discuté. C'était chouette. On faisait une séance de psychanalyse. Ça m'a fait l'effet d'avoir un endroit où parler de manière moins officielle, moins jugée, moins marqué dans les transmissions. Parce que le soignant qui prend le temps de venir là, qui a le temps, encore faut-il qu'il l'ait, de se poser, de parler, il n'est pas dans le même état d'esprit lui-même. Il est plus disponible et il est bienveillant. Ils sont toujours bienveillants mais il y a des moments où ils sont plus dans l'autorité. » Pour les soignants, cet usage soignant-soigné semble plus difficile car « la salle est trop petite, elle est étouffante, on n'a pas envie d'y aller avec les patients. »

Un service apaisé, une équipe soulagée

L'espace d'apaisement apaise les patients et soulage l'équipe

Disponibilité

Malgré la difficulté à se saisir de l'espace comme un outil thérapeutique en prévention de la crise, les soignants reconnaissent que son installation les a beaucoup soulagés : « ah ça nous soulage beaucoup, beaucoup, et surtout pour les patients qui sont habituellement très demandeurs de présence ». L'utilisation de l'EA en autonomie par les patients diminue en effet le nombre de sollicitations des patients, liées à l'ennui et aux formes légères de dysphorie. Pour les professionnels : « l'EA nous aide, elle apaise, elle rassure les patients. »

Ainsi l'équipe a découvert, malgré ses réticences, que l'utilisation de l'EA en autonomie ne générerait pas de difficultés supplémentaires, tout en allégeant sa charge : « Le mode d'utilisation autonome est économe en temps et en personnel. Là où une utilisation, que l'on qualifierait plus de thérapeutique du soignant qui peut guider l'utilisation de l'espace, c'est très dépendant de la disponibilité physique de l'équipe, sans parler de la disponibilité psychique ». Nous pouvons souligner ici un paradoxe autour de la disponibilité infirmière. Celle-ci est convoquée comme une entrave à leur investissement dans l'espace d'apaisement - « si on avait plus de temps on aurait pu mieux les accompagner » - alors que les situations de crise les mobilisent bien davantage.

Pour autant, il persiste une crainte d'une partie de l'équipe de voir toute dimension thérapeutique se dissoudre dans le caractère « agréable » de l'espace : « notre but c'est d'apaiser les gens, pas juste rester tranquille dans un espace agréable. » Cependant, les retours d'expérience des usagers comme des professionnels sont ponctués d'anecdotes laissant penser que les effets de l'EA sur les patients ne relèvent pas seulement d'un moment occupationnel : « c'est vrai, c'est vrai que certains angoissés ont utilisé l'espace d'apaisement, c'est vrai. »

Mise à distance

Ainsi, pensé au départ comme un support à une alliance thérapeutique active, l'EA favorise dans les faits une mise à distance, en sécurité, entre les soignants et les soignés : « Finalement cet outil permet cette mise à distance et cet apaisement du patient sans qu'on soit physiquement forcément là ». Mais cette mise à distance ne peut pas s'interpréter comme un abandon car l'espace en lui-même incarne l'intention thérapeutique : « Je pense que c'est aussi qu'il a été pensé par l'équipe et investi par l'équipe et du coup c'est un petit peu comme si c'était un morceau de nous... qui ne nécessitait plus

forcément notre présence, notre intervention, notre accompagnement. » Les soignants font le constat que leur présence n'est pas indispensable pour que les usagers en retirent eux-mêmes un bienfait. De ce fait, l'espace est requalifié comme un appui à une mise à distance plus sereine du soignant, fondée sur « cette matérialisation d'une intentionnalité bienveillante, qui peut être perçue comme de l'ordre du don. »

Conflits

En outre, l'espace contribue activement à limiter les situations de tensions et de conflits, de jour comme de nuit, dans le service. Il constitue une alternative, autre que la chambre d'hospitalisation, pour les personnes qui ressentent le besoin de se mettre à l'écart de comportements envahissants ou anxiogènes d'autres patients. En soirée, il permet également de passer un moment convivial de veillée en proposant une alternative à la télévision ou à la chambre. Il joue alors un rôle d'atténuation des conflits entre les usagers. « L'espace est utilisé après le repas des patients. Et après le dîner, comme les patients ne peuvent pas fumer une clope pour se détendre. Ça soulage beaucoup. L'espace reste ouvert jusqu'à 23h et, oui ça arrive, parfois pendant la nuit pour quelqu'un qui est insomniaque, qui a des traitements. »

Les soignants ont également constaté que l'EA fait fonction de dérivatif pour gérer une frustration, par exemple la cigarette, et aide à passer ce moment de tension. Parce que la frustration est l'un des déclencheurs classiques d'une situation de crise, cette fonction de l'EA est essentielle et peut être appréhendée comme une donnée de prévention aux états aigus.

En somme, les retours d'expérience rendent compte d'un apaisement de l'ambiance globale de l'unité de soins. Autrement dit, l'espace d'apaisement diffuse son atmosphère à l'ensemble du service ; il favorise le contournement de situations conflictuelles, l'apaisement des états de dysphorie diffus, et en particulier l'ennui, la mise à distance de la relation soignant-soigné et la diminution des sollicitations : « Moins de patients sont angoissés, agités, menaçant. Grace à cet espace, on gagne du temps. Les patients regardent moins la TV. Quand on ne fume pas, on n'a pas envie de descendre. »

Par ailleurs, ce décalage dans les usages réels par les patients et les usages projetés des soignants met nécessairement au travail, par l'expérimentation et la discussion, la culture du cadre de la psychiatrie : « On constate un changement de la culture du service vers une bienveillance plus en lien avec les droits des usagers et la question de l'*empowerment* qui se concrétise par ce projet... que ce soit à la fois effet et cause de ce genre de réflexion. »

À la recherche des usages thérapeutiques

Malgré ce constat général très positif des effets de l'espace d'apaisement sur l'ambiance générale du service, les professionnels interrogés tiennent fermement à le positionner dans l'arsenal des infirmiers, hors rôle prescrit, en tant que média à investir dans l'alliance thérapeutique. En effet, le rôle paramédical de l'espace d'apaisement par rapport au rôle prescrit des recours à la contrainte et à la médication est un élément favorable à son appropriation par les infirmiers. Les professionnels paramédicaux l'investissent progressivement. Ainsi, les infirmiers l'utilisent pour des soins sensoriels pendant la séquence d'isolement des patients. Le psychomotricien du service propose depuis peu des séquences de relaxation hebdomadaires. L'EA leur confère une nouvelle marge d'autonomie dans la prise en charge. Cependant, pour les accompagner dans cette dynamique, la formation se révèle indispensable. « Le mieux serait de former, mais en tout cas, il faut que les soignants soient à l'aise avec le fait d'utiliser cet espace, avec le fait d'accompagner le patient à l'utilisation de cet espace. » Les professionnels sont donc encore à la recherche des indications et des situations thérapeutiques adaptées à son utilisation.

À l'issue de l'évaluation, les soignants ont identifié trois moments distincts d'indication d'usage thérapeutique de l'espace :

- ♦ En situation de désamorçage des facteurs déclencheurs de crises pour des patients connus du service, « Pour les patients qui sont connus et récurrents dans les prises en charge dans le service, avec des moments d'excitation, d'agitation qui sont présents à chaque hospitalisation parce que c'est leur personnalité et leur pathologie, on peut quand même tirer un bilan très très positif de cet espace sur des états d'agitation moindres de ces patients-là, qu'on connaît par cœur, et on sait que pratiquement à chaque hospitalisation on connaît le déroulé. »
- ♦ Après une situation de tension psychique aiguë pour réintégrer en douceur la vie ordinaire du service, « Personnellement, je pense que ce n'est pas tout à fait indiqué dans la phase aiguë de la crise, si on peut subdiviser la crise en plusieurs phases, c'est pas mal dans un second, voire un 3ème temps ».
- ♦ Pour faciliter les sorties séquentielles de la chambre d'isolement lorsque le patient ne peut pas encore être confronté aux autres patients du service.

Les témoignages révèlent cinq types d'usage de l'espace d'apaisement permettant d'identifier les contextes aigus dans lesquels il peut être utilisé. En les complétant par les vignettes des cinq autres équipes des sites-tests, il sera possible d'établir une cartographie des situations thérapeutiques dans lesquelles il pourra être utilisé.

Vignette 1 : désamorçage d'une situation de frustration entraînant des comportements violents

Un patient ayant fait plusieurs séjours à l'USI manifeste de manière répétitive des violences provoquées par l'interdiction de fumer qui entraîne une mise en chambre d'isolement. Depuis l'installation de l'espace d'apaisement, il s'y rend de lui-même pour écouter de la musique et gère ainsi sa frustration. Pour la première fois, il n'a pas connu de séquence d'isolement pendant la durée de son séjour.

Un patient qui nous fait vraiment peur, à juste titre parce qu'il peut être vraiment dangereux, et cette fois-ci il allait dans la chambre d'apaisement et nous n'avons jamais eu de problème. On s'est tous dit « merci la chambre d'apaisement ».

Vignette 2 : apaisement séquentiel d'un état d'angoisse massive

Une patiente en chambre d'isolement était isolée dans un état d'angoisse massive et de désorganisation psychique. Les soignants l'ont accompagnée dans l'espace d'apaisement pour utiliser musique et couverture lestée avec un effet d'apaisement temporaire.

En fait, ça n'a pas eu un effet durable mais pendant un moment cela a diminué son angoisse et lui a permis de se focaliser sur autre chose.

Vignette 3 : utilisation comme outil de médiation pour apaiser

Une patiente très agitée, en état maniaque, a demandé à utiliser les ressources de l'espace pour se calmer (yoga, tableau, musique) et a fait un retour aux soignants sur cette séquence.

C'était cette patiente-là qui a fait du yoga dans la chambre d'apaisement. Et qui a vraiment utilisé la chambre d'apaisement comme on l'avait pensé nous, c'est-à-dire, dans un temps donné avec possibilité de faire un retour ensuite sur ce qu'elle en avait retiré

Vignette 4 et 5 : réduction de la durée d'isolement

• Une patiente en isolement a pu profiter de l'espace d'apaisement alors qu'elle n'était pas encore prête à rejoindre les autres patients du service. L'espace a permis une levée temporaire d'isolement,

alors que si on n'avait pas eu la chambre d'apaisement, probablement elle serait restée en chambre d'isolement stricte plus longtemps du fait qu'il était encore trop tôt pour la confronter aux autres patients du service du fait de son état qui était encore fragile.

- Un patient en isolement a pu passer sa soirée dans l'espace d'apaisement en compagnie d'autres patients dans une ambiance calme.

C'était calme. Il a pu avoir une soirée plus longue.

En outre, les témoignages laissent penser que l'EA a permis d'éviter des isolements dans les chambres des patients.

Aucun cas d'utilisation de l'espace juste en amont de la crise et dans un objectif de désamorçage n'a été évoqué. À ce jour, l'espace d'apaisement est plutôt utilisé par les soignants pendant la séquence d'isolement pour l'atténuer par des sorties séquentielles et des prises en charge sensorielles.

Au regard de ces retours d'expérience se pose la question de qualifier la temporalité de la prévention des états de dysphorie aigue. Elle a été située, dès l'abord du projet, entre la manifestation des premiers symptômes d'agitation et l'explosion psychique par des actes d'auto ou d'hétéro-agressivité. Or les enseignements du prototype nous invitent à reconsidérer cette approche en élargissant la notion de prévention, très en amont des manifestations d'angoisse massive ou d'agitation.

Cette préconisation déplace l'objectif institutionnel, et donc le focus d'évaluation qui a motivé la conception de l'espace d'apaisement : de son utilisation par les soignants pour gérer la crise imminente afin d'éviter un isolement vers son utilisation par les usagers pour moduler un état d'anxiété latent afin d'éviter un éventuel emballement débouchant sur une situation de crise. L'utilisation par les patients, en autonomie, des ressources d'apaisement pour moduler des états de dysphorie diffus éviterait donc, à terme, une situation aigue.

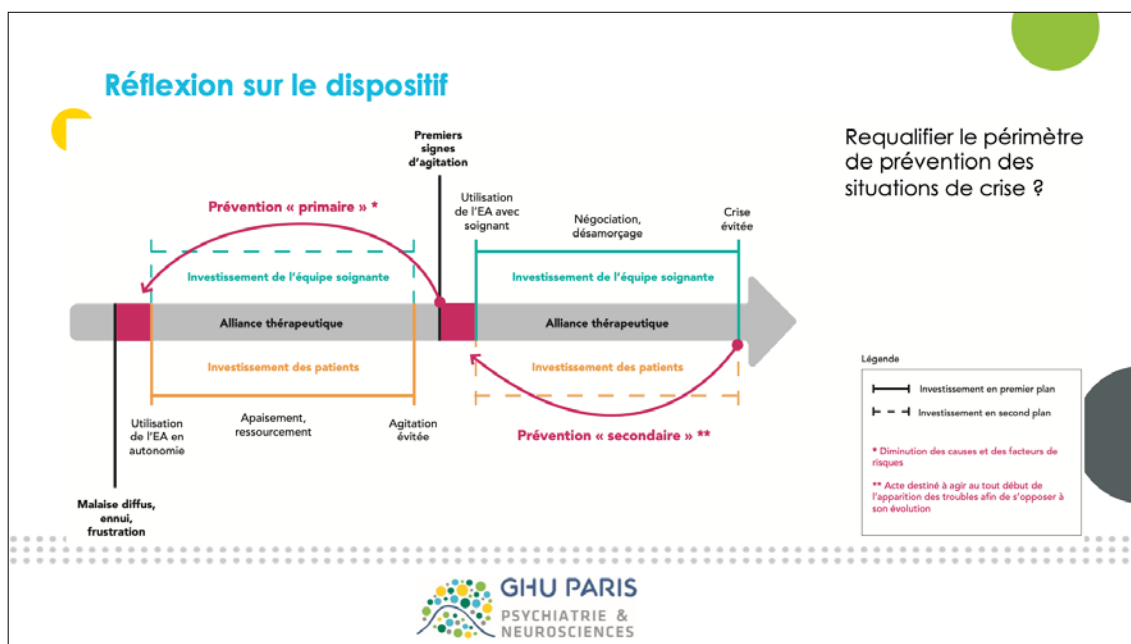


Illustration 178 : Extrait de synthèse sur l'espace d'apaisement

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Qualité de l'espace

Moi, par rapport à la pièce, j'ai été touchée au cœur.

L'analyse des retours d'expériences relatives à l'espace et aux ressources sur le plan sensible est à considérer à partir des hypothèses poïétiques initiales qui ont soutenu la conception de l'espace d'apaisement. Souvenons-nous que la matrice conceptuelle de cette approche reposait sur la définition de la typologie de l'homme souffrant et agissant par Paul Ricœur. Celle-ci se décline pour l'homme souffrant dans l'impuissance à dire, l'impuissance à faire, les atteintes portées au récit de sa vie, les atteintes portées à la narration comme interconnexion avec les autres.

Nous avons enraciné dans cette matrice un cahier enrichi des intentions d'hospitalité issues de notre parcours, de la présente recherche et de l'expérience du *lab-ah*. Pour rappel, nous avons identifié pour *faire hospitalité* un certain nombre de conditions favorables qui ont également soutenu les choix de conception du projet : les objets quotidiens comme supports de la relation, la porosité entre le dedans et le dehors, la restauration de la capacité d'agir, un environnement signifiant, porteur de récits, un espace ménagé, facile à *habiter*, propice à l'expérience sensible, des repères et la possibilité de narration, un sentiment d'enveloppement, une ressource de transition vers un ailleurs.

L'équipe projet a voulu traduire dans cet espace les principes de mise en disponibilité des ressources en proposant des choix, un lien entre le dedans et le dehors et la prise en compte de la sensorialité et de la sensibilité des usagers.

Des ressources soutenant l'autonomie et la sensibilité

La phase test montre que les ressources offertes par l'espace d'apaisement les plus utilisées et les plus appréciées par les patients sont, par ordre de préférence :

- l'accès à la musique (émotions) ;
- le tableau noir (expression spontanée) ;
- la couverture lestée et les couvertures (enveloppement) ;
- le tapis et le pouf (liberté de postures corporelles) ;
- les veilleuses (variation des ambiances).

Ces cinq propositions de l'espace d'apaisement sont à relier à un large éventail d'intentions de conception. La musique est à mettre en lien avec l'expérience sensible. Le tableau noir ouvre la possibilité du récit et de la narration. L'utilisation des couvertures répond au besoin d'enveloppement des personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Les deux dernières propositions (tapis et pouf, et veilleuses) soulignent l'importance de préserver la diversité et la modularité des postures corporelles et des ambiances.

La musique a été identifiée comme la ressource principale et la plus utilisée de tout le dispositif. Elle est universellement pratiquée et appréciée car elle ouvre un choix infini :

La musique c'est un miracle, ça calme, ça fait plaisir. Tout le monde demande. Les personnes n'arrivent pas à lire avec les traitements alors que la musique ça passe toujours.

Elle répond à la fois à la préoccupation du pouvoir d'agir et de choisir mais aussi de mobiliser la dimension sensible du sujet par une pratique artistique.

Je suis quelqu'un qui dit à mon médecin, je suis comme les poissons, je respire par les oreilles, alors forcément sans musique je suis en apnée.

Les liens entre musique et émotion sont avérés par la littérature scientifique. Même quand notre écoute musicale n'a pas comme premier but de nous apporter un bienfait médical, elle permet de s'évader, de se protéger des facteurs de stress externes ou de se reconnecter avec soi-même pour comprendre nos états émotionnels.

Souvent ce qu'ils demandent c'est la musique qui leur fait énormément de bien.

Elle redonne en outre une dignité à travers une pratique valorisée socialement :

*On n'est plus des entre guillemets « des fous ou des débiles »,
tout à coup on devient des mélomanes, alors voilà, on change.*

Il y a eu un débat dans l'équipe pour déterminer s'il fallait offrir un choix illimité de morceaux musicaux ou proposer des playlists déjà établies. Les uns estimaient que :

*pour la musique de l'espace d'apaisement, il faut seulement des
musiques apaisantes. Des musiques douces, une clé USB avec des
musiques douces à brancher directement dans l'enceinte.*

Mais plusieurs autres ont souligné l'importance de laisser le choix, comme un pouvoir d'agir et un respect des goûts singuliers de chacun :

*S'il y a possibilité qu'ils aient le choix pour leur musique c'est
important car il y a vraiment des goûts très hétéroclites
et je pense que ce serait compliqué d'avoir un choix
suffisamment grand pour que tout le monde s'y retrouve.*

Les usagers eux-mêmes soulignent cette difficulté mais proposent une solution :

*Les playlists personnalisées c'est difficile parce qu'on est vraiment
dans le gaz, trop sédatés ce n'est pas possible. Est-ce qu'il y a
moyen de mettre en contact les ergothérapeutes et l'espace
d'apaisement car on pourrait faire les playlists avec elles.*

Le tableau noir est un support simple et facile d'usage qui ouvre des possibilités en termes d'expression de récits de soi, passant notamment par la poésie et le dessin. Le tableau est le second dispositif le plus apprécié et le plus utilisé, il réintègre dans l'espace du langage et du signifiant. Non pas assignés mais exprimés. Le caractère versatile du support permet de s'exprimer avec une certaine légèreté car chacun sait que cela peut être effacé. La texture même de la craie apporte une matérialité ludique et sensorielle, comme en témoigne M.R :

*La craie il y a la texture, c'est très sensuel, on prend la craie,
c'est gras, ça craque, on sent les petits grains qui s'écrasent
grassement contre la texture du tableau noir. Ça fait des
couleurs. Il y a quelque chose... c'est des simples impulsions
comme ça, légères, mais cela apporte un fin bonheur.*



Illustration 179 : Dessins des patients sur la peinture ardoise de l'espace d'apaisement

© lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Pour l'une des patientes, le fait d'effacer le tableau chaque soir était très important dans son système de repérage.

Peut-être ce qui serait bien c'est que tous les soirs le tableau soit nettoyé systématiquement pour que l'on sache bien tous les matins qu'on redémarre à zéro.

Les images amovibles, les postures de relaxation et la lecture sont mobilisées selon la disponibilité psychique et cognitive de chaque usager. Certains les apprécient, d'autres n'en comprennent pas l'intérêt. La qualité des livres et des collections d'images proposées est à prendre en considération dans des démarches d'action culturelle. Les postures de relaxation dessinées sur une des collections des images aimantées sont à produire en plus grand format.

Les accessoires d'automassage et de pratique musicale sur de petits instruments faciles d'utilisation sont peu utilisés. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont rangés dans un espace de stockage et qu'il faut les demander aux infirmiers. Peut-être faudrait-il essayer de les laisser à disposition ou bien accompagner leur utilisation par les soignants.

La vitrophonie est appréciée pour sa capacité à atténuer le rapport à l'extérieur qui est plutôt désagréable. De nouvelles envies sont apparues chez les professionnels comme chez les usagers telles que des projections de lumières colorées afin de choisir les ambiances de l'espace, l'installation d'objets fluorescents à contempler ou un diffuseur d'huiles essentielles.

En outre, ce constat et les qualités esthétiques reconnues de l'espace donnent à l'équipe médico-soignante des envies de déploiement des essentiels de l'EA dans l'ensemble du service. Elle souhaiterait poursuivre cet exercice d'attention portée à la qualité formelle du milieu de soins et aux usages plus diversifiés des patients : atténuation de la vue sur la rue dans les chambres, tableaux d'expression dans la CI, les chambres et/ou le couloir, accès à la musique.

Un sentiment de confiance émane de la qualité d'un environnement dont les usagers perçoivent la valeur d'attention :

Il y a beaucoup de choses positives, les livres sont beaux, les commentaires sur le mur sont beaux, les petits oiseaux sont sympas, les variateurs de lumière sont chouettes. Les accessoires je n'ai pas encore fait le tour mais beaucoup de choses sympas, j'aime bien les peintures, j'aime bien le sol, j'aime bien le tapis, je vous ai tout dit là.

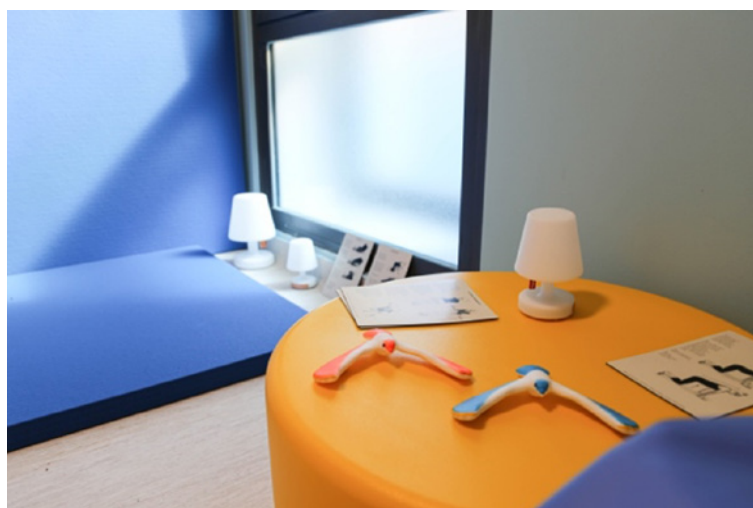


Illustration 180 : Vue de l'espace d'apaisement

© Guillaume Juliot, DIRCOM, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

La sensorialité est stimulée par un trio de couleurs douces qui s'étendent des murs au plafond, accentuant un effet d'enveloppement. La douceur des teintes, la lumière filtrée par la vitrophanie, les tapis au sol contribuent à établir l'expérience d'une contenance diffuse et sensible. En outre, les matières sont diversifiées et invitent à l'exploration, sur un mode ludique.

C'était uniquement moi avec mon corps, j'entrais dans la pièce et il y avait des sensations. Il y avait le gros matelas avec les billes que je pouvais toucher. J'avais touché aussi les matières, le bois, j'ai touché le bois.



Illustration 181 : Vue de l'espace d'apaisement

© Guillaume Juliot, DIRCOM, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Enfin, la légèreté, la frugalité, la versatilité des propositions de l'espace d'apaisement expriment une modestie perceptible intuitivement comme une mise en relation équilibrée entre le sujet et l'hôpital. Elles donnent la clé à chacun pour *nidifier* dans cet espace qui accueille leur singularité.

J'ai dessiné plusieurs fois. Moi, je ne suis pas trop lecture mais c'était quand même sympa, ça aussi c'était sympa, non pas pour lire mais il y avait des dessins d'animaux alors j'ai pris. Et c'était aimanté. Là aussi j'ai bien aimé le côté aimantation. J'ai pris et j'ai mis des plaquettes un peu à droite et à gauche. Peu importe, voilà bébé il joue, il joue avec des choses, avec les cubes... ça m'a fait plaisir.



Illustration 182 : Vue de l'espace d'apaisement

© Guillaume Juliot, DIRCOM, GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Ces ressources soutiennent donc le pouvoir d'agir, le pouvoir de dire et la connexion avec les autres. Elles sont au service du bien-être et de la perception sensible. Même si leur mise en service a posé quelques difficultés, liées parfois au contexte institutionnelle (réglementation d'accès au wifi, prestation nettoyage contraignante), d'autres fois à l'architecture (absence de prises électriques, mauvaise acoustique), ou enfin aux choix de conception (propositions sensorielles encore insuffisamment diversifiées, etc.). De manière générale, la recherche de nouveaux objets sensoriels et de relaxation est à poursuivre pour enrichir le référentiel. Car l'espace d'apaisement est avant tout conçu comme une « œuvre ouverte ». La recherche en continu de son amélioration et de son enrichissement relève également de la responsabilité de l'équipe médico-soignante.

Expérience et activation de l'espace

Les hypothèses qui ont soutenu le processus de conception de l'espace d'apaisement se trouvent consolidées par l'expérience subjectivante qu'il rend possible et par la (ré)activation du pouvoir d'agir qu'il suscite.

S'apaiser c'est vivre une expérience

Autrement dit, la poïétique de l'espace d'apaisement tend à engager l'utilisateur dans un vécu qui s'inscrit dans la durée de l'utilisation de l'espace et mobilise ses capacités de perception corporelle, sensible et cognitive. L'espace, le temps et la possibilité de faire le

récit de son propre vécu sont les structures fondamentales de cette expérience. Pour Paul Ricœur, théorisant ainsi le caractère narratif de l'identité humaine, « il n'est ni suffisant ni nécessaire de dire *je* pour être *soi* ». Or l'espace d'apaisement soutient la mise en récit du Soi. Il offre en effet des supports d'expression et une modularité dans ses usages. Cette invitation au voyage dans le temps de son propre récit s'illustre par ce témoignage :

Cet espace-là j'ai pu me retrouver un peu comme la petite enfance, ça m'a permis de me reconnecter à mon enfant intérieur.

Récit et expérience sont corrélés comme le rappellent Catherine et Pieter Versteegh :

Cela signifie que nous sommes bousculés par des événements plus ou moins traumatiques, mais le fait d'avoir la possibilité de les raconter nous permet de les situer dans notre histoire personnelle, et de les y intégrer comme expérience qui nous aidera à poursuivre notre construction identitaire et notre projection dans l'avenir⁵⁵⁶.

L'espace d'apaisement joue son rôle dans le processus d'appropriation des structures spatiales et des dispositifs matériels en tant que supports de récit. Ce faisant il améliore l'expérience vécue de l'hospitalisation, comme le dit de manière émouvante M.R : « Moi par rapport à la pièce j'ai été touché au cœur. »

Les témoignages des professionnels insistent quant à eux sur l'intentionnalité qui préside à l'expérience : « L'EA c'est un média, et un média ce n'est rien en soi, tout dépend de ce qu'on peut proposer via le média et de l'intention du soignant. » Cependant au-delà de l'intentionnalité du soignant qui, en effet, s'est traduite dans la matérialité de l'espace d'apaisement, l'expérience advient à l'intersection des intentionnalités des patients et des soignants.

Que la convergence d'intentionnalités de plusieurs sujets confère à l'objet une valeur d'existence, de réalité. Une réalité que je me trouve donc à partager. Parce que c'est seulement à travers ce partage que ma conscience peut se fier à ce qui lui apparaît, que mon ego peut se constituer et constituer le monde, à la fois dans sa ressemblance avec un alter ego et dans son unicité propre⁵⁵⁷.

556 Catherine VERSTEEGH-CELLIER, Pieter VERSTEEGH, *Alcôves. Soins psychiques et architecture : de l'isolement à l'habiter*, InFolio, Suisse, 2021, p. 84.

557 Catherine VERSTEEGH-CELLIER, Pieter VERSTEEGH, *ibid.*, p. 69.

La méthodologie du design ayant consisté à associer étroitement les soignants comme les patients à la phase de compréhension et de conception de l'espace d'apaisement ne relève pas seulement de la mise en œuvre d'une participation démocratique à l'élaboration d'un objet. Elle garantit également la transmutation des intentionnalités croisées dans un artefact devenu de ce fait même un lieu d'expériences.

S'apaiser c'est activer des ressources

En outre, pour fonctionner, l'espace d'apaisement doit être activé par son utilisateur. Comme le musicien, le patient qui investit l'espace d'apaisement se trouve en situation d'interprétation et d'improvisation du lieu et des ressources. Un patient désigne ainsi l'espace d'apaisement comme la « salle de vie normale. Parce que c'est l'endroit où on est un peu libre, on peut faire ce que l'on veut. » Cela signifie que cet espace est appropriable par les patients. Or « savoir s'approprier son environnement c'est d'abord savoir s'approprier soi-même⁵⁵⁸. » En effet, le sens étymologique d'appropriation c'est « rendre propre à soi ». Et cela n'est possible qu'en adaptant l'espace à soi – même, même s'il n'est que transitoirement utilisé, en y inscrivant son empreinte, même de manière temporaire. C'est pourquoi un objet aussi simple et frugal que le tableau ardoise est, de ce point de vue, fondamental dans le dispositif global de l'espace d'apaisement. En effet l'activation de l'espace par les usagers génère une mise en mouvement psychique pouvant participer de leur recherche d'existence, car « ex-istence signifie sortir du néant, sortir de l'immobilité. En philosophie, l'existant est donc ce qui est ouvert au monde et aux autres⁵⁵⁹. » Si « toute maladie mentale est plutôt à considérer d'abord comme une possibilité d'existence, c'est-à-dire comme une tentative de s'approprier la question de son être et de la destiner à autrui⁵⁶⁰ », alors l'attention à porter à ce potentiel d'appropriation des lieux d'hospitalisation devient une question fondamentale pour le soin.

Ainsi, cette première expérimentation consolide les piliers d'une poïétique de l'hospitalité dans un service psychiatrique dans lequel les usagers sont accueillis en pleine « catastrophe de l'existence », c'est-à-dire en pleine décompensation psychique. Les concepts d'expérience et d'activation sont à consolider dans une poïétique de l'apaisement

558 Catherine VERSTEEGH-CELLIER, Pieter VERSTEEGH, *ibid.*, p. 81.

559 Catherine VERSTEEGH-CELLIER, Pieter VERSTEEGH, *ibid.*, p. 70.

560 Catherine VERSTEEGH-CELLIER, Pieter VERSTEEGH, *ibid.*, p. 81.

spatialisé car ils sont fondamentaux dans les phénomènes d'appropriation et de recherche d'ex-istence. Encore une fois, la capacité à ouvrir des possibilités pour leurs utilisateurs est au fondement de la qualité d'hospitalité des lieux, elle fait hospitalité.

Les enseignements détaillés de l'analyse du prototype de l'espace d'apaisement confirment à *minima* la nécessité de restaurer une indispensable pensée de l'espace et des dispositifs matériels dans le champ de la santé mentale et des lieux de prise en soins des personnes vivant avec des troubles psychiques. Car nous savons que penser c'est déjà panser⁵⁶¹.

Toute maladie psychique mérite d'être décrite quant à la manière dont la présence corporelle s'y trouve modifiée. Soigner cette dimension de la présence incarnée implique également que nous nous préoccupions de l'espace et du champ même du soin. Comment soignons-nous l'espace de soin lui-même pour que l'être-avec, toujours simultanément atteint dans la maladie psychiatrique, puisse y être réellement pris en soin ?⁵⁶²

interroge le psychologue Christian Brokatsky. On rejoint là la vocation même de l'hôpital psychiatrique qui est de restaurer la vie psychique du sujet qui, au-delà du langage, s'ancre dans la perception de son milieu et des structures phénoménologiques du temps et de l'espace. Ce que les phénoménologues appellent « ambiance », ou bien « atmosphère » devient, dans cette perspective, une ressource essentielle et complémentaire de la discipline psychiatrique. Composée « d'une constellation micro - sémiologique ambiante⁵⁶³ », l'ambiance quand elle instaure une harmonie, nourrit nos états émotionnels et nos relations en faveur du soin. C'est tellement important que le psychiatre Jean Oury a même théorisé son contraire. Il nomme les effets iatrogènes d'une ambiance hospitalière vide de poésie et d'esthétique « pathoplastie ».

En phénoménologie, l'être-au-monde se définit comme la manière d'habiter les choses et les environnements. Cette attitude consistant à relier dans un même mouvement l'acte d'habiter un espace et celui de soigner a fait converger la philosophie phénoménologique et la clinique psychiatrique dans un nouveau courant disciplinaire : la phénoménologie

561 « Penser avec « e » c'est toujours panser avec un « a » sinon c'est de la spéculation ». Bernard STIEGLER, *Qu'appelle-t-on panser ? L'immense régression. Tome 1* », Les liens qui libèrent, Paris, 2018.

562 Bernard STIEGLER, *ibid.*, p. 19.

563 Bernard STIEGLER, *ibid.*, p. 209.

psychiatrique. La phénoménologie psychiatrique résulte de la rencontre entre les deux disciplines au début du XXème siècle. Elle a d'abord été théorisée par le psychiatre suisse Ludwig Binswanger. Il prend comme point de départ la psychophysique selon laquelle :

*tout processus se déroulant dans l'esprit est concomitant d'un processus se déroulant dans le corps, il se propose d'étudier les relations existantes entre les phénomènes psychologiques et physiologiques*⁵⁶⁴.

La méthodologie consistait dès lors à rendre compte de la vie psychique par une observation clinique empirique et inductive mais elle n'interrogeait pas encore la conception du milieu de soin venant interpellier la perception corporelle et ses incidences psychiques. Cette question apparaît dans des développements ultérieurs, dans les années 1970, regroupés sous le terme d'*evidence based design for healthcare*. Si on peut faire remonter le développement d'une approche phénoménologique en psychiatrie aux aliénistes du début du XIXème siècle qui ont apporté un soin tout particulier à l'architecture et à l'aménagement des asiles, force est de constater qu'il en reste peu de choses dans les process actuels de conception et de production des espaces hospitaliers. L'intérêt pour le design pourrait marquer un retour de cette approche grâce à une nouvelle alliance entre professionnels de la conception (architectes, designers, paysagistes, etc.), professionnels du soin psychique et usagers. Car ce que nous apprend notre expérimentation, c'est l'importance d'instaurer comme clé de voûte de tout cahier des charges d'un espace hospitalier une phénoménologie du sujet souffrant et agissant : restaurer la capacité d'agir, de s'approprier, de raconter, de choisir, de percevoir, de vivre et de partager ses émotions. Cela implique que le processus de conception associe sur un mode réflexif, actif et créatif les usagers et les professionnels concernés, pour prendre en compte dans le cahier des charges, avant d'énumérer les contraintes, les enjeux du bien-être des personnes et du soin.

« Donnez-nous envie de venir à l'hôpital ! », nous a dit un patient. Et pourquoi pas ?

564 Camille ABETAN, *Phénoménologie et psychiatrie. Heidegger, Binswanger, Maldiney*, Éditions Vrin, Paris, 2018.

Conclusion

Faire, sentir, penser : un design d'hospitalité pour une réinstauration poétique, éthique et politique de l'hôpital public

Cette thèse soumet une théorie de l'instauration artistique d'une poïétique (le processus de conception) et d'une poétique (les qualités sensibles et signifiantes) de l'hospitalité en tant qu'œuvre d'accomplissement de l'être ontologique de l'hôpital. Nous soutenons que l'instauration tangible d'une éthique de l'hospitalité est un enjeu central dans l'actualité de l'hôpital public. Une remise à l'honneur, tant pratique que philosophique, des valeurs de l'hospitalité est en effet partie-prenante de sa nécessaire refondation face à la crise d'attractivité et de fonctionnement qu'il connaît aujourd'hui.

La poïétique de l'hospitalité s'adosse à la notion de *faire design* en ce qu'elle rend compte de la nécessaire pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité qu'implique sa mise en œuvre, sur des modes collaboratifs et participatifs. Elle s'organise autour de l'intervention d'un concepteur ou d'un créateur, porteur d'un univers, d'un regard, d'un questionnement et d'un savoir-faire qui lui sont propres. Il sera seul en capacité de produire une synthèse créative et formelle de la question problématisée. Mais le *faire design* implique la prééminence d'une conduite créatrice, coordonnée par un *drogman*, lui-même « travailleur de l'esthétique » ou non, activant le système des acteurs, des objets et des techniques intervenant dans le projet artistique et culturel.

Notre thèse a également mis l'accent sur l'importance des approches philosophiques de la phénoménologie : le temps et l'espace vécus. La poïétique du design d'hospitalité en milieu de soin implique de prendre en compte systématiquement l'ensemble des dimensions de l'expérience et de l'existence de l'être humain, en tant qu'habitant de son espace, pour les inscrire dans une double théorie de l'agir et de la narration.

Toutes les interventions en art et design à l'hôpital ne sont pas instauration de l'être-au-monde de l'hôpital, autrement dit de l'hospitalité. Elles sont nombreuses à n'instaurer rien d'autre qu'elles-mêmes, ignorant la double nécessité de l'instauration artistique telle qu'elle est définie par le philosophe René Passeron. L'œuvre, pour être instauratrice, doit non seulement s'instaurer elle-même dans le monde en tant que sujet, mais elle doit aussi créer un déplacement du système dans lequel elle émerge. Pour ce faire, nous affirmons

que les motifs d'instauration artistique sont mobilisables et performatifs. Les motifs de la réflexivité, de la relation, de l'*aesthésie* et de la novation, tels qu'ils sont décrits dans les hypothèses initiales de notre travail, constituent les nécessités et les vertus de la poétique de l'hospitalité dans les lieux de soin.

Ce cheminement nous a permis, en outre, d'enrichir les hypothèses des motifs d'instauration artistique en travaillant sur leur trame. Cette dernière est tissée par des conduites créatrices, par des opérations poétiques et par des modalités opératoires qui ont été analysées dans le corps de la thèse. Il est entendu que toutes ces qualités, composant l'instauration artistique théorisée à partir d'une trajectoire expérientielle, ne sont pas destinées à agoniser dans une protocolisation de leur usage. Elles ne constituent ni un modèle ni un mode d'emploi car l'œuvre de l'esprit relèvera toujours d'une indétermination des conditions de sa naissance. Comme le dit avec force le poète Paul Valéry « tout ceci se résume en cette formule que : dans la production de l'œuvre, L'ACTION VIENT AU CONTACT DE L'INDEFINISSABLE⁵⁶⁵. » Cependant, par leur diversité et leur richesse sémantique, ces trames offrent une ressource, un arrière-pays, une cartographie pour diverses situations académiques et professionnelles. Elles laissent pendre des fils pour les étudiants, les chercheurs et les professionnels appelés à poursuivre le tissage des motifs d'une instauration artistique, au-delà et depuis l'hôpital, d'une habitabilité du monde. Car comme nous l'avons démontré, l'hospitalité des lieux de soin, surtout en santé mentale, réside dans l'habitabilité des milieux de vie des personnes. Les motifs et les fils dont ils sont tissés peuvent se déployer, selon les besoins de ceux qui s'en saisiront, comme une contribution à l'épistémologie de l'esthétique et de la poétique hospitalières, comme des composants méthodologiques, comme une trame d'analyse et d'évaluation de l'action, comme un programme pédagogique, etc.

Par ailleurs, l'anamnèse réalisée dans cette thèse nous conduit également sur le fil du rasoir de la visée éthique du faire design d'hospitalité en milieu de soin. En effet, « parmi les différentes œuvres que l'homme élabore, il en est qui relève d'une poétique du mal. Combien d'institutions n'ont visé que l'exploitation de l'homme par l'homme, combien de palais et de temples ont été des chefs-d'œuvre d'arrogance et d'orgueil, combien d'inventions technologiques n'ont pour but que le meurtre et le génocide... Faut-il insister⁵⁶⁶ ? » Cette visée éthique est indispensable dans un contexte où l'asymétrie de la relation est

565 Paul VALÉRY, *op. cit.*, p. 57.

566 René PASSERON, *Esthétique et poétique*, *Filozofski vestnik*, XX (2/1999 - XIVICA), pp. 265-276, p. 272.

exacerbée par la vulnérabilité des personnes souffrant de troubles psychiques et de l'héritage du contrôle de l'appareillage institutionnel. Conformément à la dialectique de l'hostilité et de l'hospitalité, esthétiser les lieux d'hospitalisation sous contrainte, où s'exerce de fait une violence sur autrui, pourrait bien se retourner contre toute bonne intention en se contentant de rendre tolérable ce qui, moralement, ne peut pas l'être.

En accompagnant le projet de conception d'un travail réflexif de recherche, on exerce une vigilance supplémentaire, qui ne constitue pas pour autant une garantie, pour que la poïétique se déploie selon une visée éthique globale en équilibre entre « la vie bonne du sujet » et « l'institution juste ». Peut-on décemment consacrer son temps et son énergie à développer un dispositif matériel et spatial de prévention et/ou d'alternative à la contrainte en psychiatrie, alors que les droits fondamentaux des usagers ne sont pas respectés dans ses pratiques ? Les usagers entendent en effet voir l'hôpital affirmer fortement, voire imposer, le respect de leurs droits avant de s'engager comme partenaires de la conception de dispositifs contribuant à éviter les situations critiques. Or notre recherche sur l'instauration artistique voudrait démontrer que l'éthique est prise dans le processus de la poïétique à travers les multiples points de contacts et de négociations entre les acteurs. L'éthique n'est pas un préalable à la poïétique, elle en est la texture. Pourtant une question reste non élucidée : l'instauration artistique active-t-elle un processus favorable à la construction d'une éthique commune autour des initiatives de conception et de création ou doit-elle intervenir dans des contextes où le respect des droits et l'éthique institutionnelle du cadre du projet sont acquis ? En effet, pourquoi travailler sur un espace d'apaisement quand les effectifs sont chroniquement insuffisants pour dispenser un soin humain ? On retrouve cette aporie dans de nombreux domaines du design social. Doit-on travailler sur l'amélioration des jardins d'une cité alors que les inégalités territoriales stigmatisent leurs habitants ? Doit-on améliorer les habitats précaires des personnes sans-abris ou des migrants non logés, avec l'aide de subventions publiques, alors que nulle solution digne et durable ne leur est proposée ? Nous affirmons, à l'issue de ce travail, qu'il est toujours utile d'engager une instauration artistique par l'art et le design, quelle que soit la dureté du contexte, à condition que les valeurs d'une éthique de l'hospitalité soient garanties par sa poïétique.

L'éthique de l'hospitalité en milieu sanitaire est centrée sur la figure de l'usager. Celui-ci doit être considéré comme un citoyen égal en droit et en dignité au soignant. Car il y a un biais dans le rapport de pouvoir créé par la situation d'hospitalisation. Les usagers sont dans un rapport de dépendance par rapport à l'autorité médicale. Ils sont souvent très médicamenteux, et parfois désorganisés par leur pathologie, ce qui a un impact sur la clarté de leur compréhension de la situation et les limite dans leur expression. Pour

autant, ces limites ne doivent en aucun cas discréditer leur parole, l'expression de leur expérience et de leurs souhaits doit être entendue comme une contribution citoyenne et non comme le symptôme de leurs troubles. Dans la démarche de design, les usagers participent à la conception d'un projet à partir de leur expérience, en contexte et in situ. Leur parole n'est pas filtrée ni assignée à leur pathologie, comme cela est parfois le cas au sein des services psychiatriques, mais elle est orientée vers un objectif projectif. En cela, les outils du design, qui facilitent les échanges et rendent accessibles des concepts parfois complexes et qui installent des dispositifs spatiaux et matériels réinstaurant une forme d'égalité dans l'échange, sont des ressources de facilitation. Ceux-ci sont de surcroît des vigies quant à d'éventuels effets de manipulation, écueil de toute participation. En outre, c'est la qualité de l'œuvre elle-même qui garantit la visée éthique de l'instauration artistique.

Le dépassement de la poïétique du mal ne peut guère s'opérer que par des œuvres qui, non contentes d'esthétiser le mal pour qu'on en jouisse mentalement, suscitent plutôt une conscience éthique, ou le mal devient un objet de méditation sur la condition humaine⁵⁶⁷.

Cette thèse ouvre d'autres champs de recherche que nous n'avons pas pu explorer. L'apport de la phénoménologie à la psychopathologie clinique d'une part, et aux théories de l'art et du design d'autre part, mériterait certainement une attention spécifique de la part des chercheurs. Plus précisément, nous faisons l'hypothèse que le point d'intersection de ces deux courants de recherche serait fécond pour alimenter la théorie du *faire design* en milieu hospitalier, comprise comme une clinique, une poïétique et une esthétique phénoménologique en psychiatrie. Une clinique élargie, dont toutes les composantes de l'hôpital seraient parties prenantes, tant les directions fonctionnelles que les professionnels médicaux et paramédicaux, et surtout les usagers. En s'inspirant des méthodes de description et d'observation de la phénoménologie psychiatrique, pour comprendre finement l'expérience des usagers aux prises avec leur pathologie, la poïétique en art et design doit pouvoir concevoir des ressources expérientielles de l'ordre de l'esthétique dans un objectif de rétablissement.

Enfin cette thèse a été un chemin psycho-cognitif personnel par lequel nous avons pu nous réapproprier et métaboliser les expériences de *dragman* accumulées pendant vingt ans. Cette étape est intervenue à un moment de notre trajectoire où les questions et les

567 Paul RICŒUR. *op. cit.*, p. 200-203.

doutes pesaient plus lourds que nos convictions et notre motivation dans la direction des projets. C'est pourquoi, nous avons fait le choix de ce corpus biographique. Il était en effet salutaire, à ce moment précis de notre parcours, de mettre en perspective ce qui a fondé nos actions dans leur diversité. En restaurant une profondeur de champ à l'agir professionnel, ce travail de recherche a conforté notre positionnement intellectuel et émotionnel. Il a allégé le sentiment de désorientation, inéluctablement généré par un quotidien saturé dans lequel les espaces de contemplation et de réflexivité font défaut. Mais au-delà de la satisfaction existentielle de cette anamnèse, en quoi la montée en connaissance qu'elle a rendu possible transforme-t-elle nos perspectives, nous transforme-t-elle ?

Pour avoir instruit plusieurs dizaines de projets dans le contexte d'appels à projets nationaux et régionaux, l'auteure peut témoigner de la difficulté à les analyser en-dehors des seuls critères objectivés qui en garantissent la faisabilité et la professionnalité. Il en va de même pour les évaluer. Nous l'avons vu, les évaluations portent sur les effets des interventions en art et en design et trop peu sur les processus et le *poïen* qui en garantiraient la puissance instauratrice. Aussi, si l'occasion se présentait à nouveau d'apporter une expertise sur de telles initiatives, nous ne les regarderions plus avec la même matrice. Tous ceux dont le métier est d'apporter cette expertise afin de délivrer des subsides, les conseillers culturels des DRAC, les chargés de mission des ARS, les pairs participant à des commissions et à des jurys, les chargés des fondations ont des compétences d'analyse des projets indéniables. Mais c'est souvent sur leur expérience et leurs intuitions qu'ils font reposer l'évaluation du potentiel d'instauration de l'hospitalité d'un projet. Une théorisation des motifs d'instauration artistique de l'hospitalité pourrait-elle enrichir leur expertise ?

À la place que nous occupons désormais dans l'hôpital, il est certain que nous ne piloterons plus les projets culturels, artistiques et de design de la même manière. Même si les intuitions qui ont présidé à nombre d'entre eux se sont, somme toute, révélées en cohérence avec les approches théoriques de notre thèse, nous appréhenderons désormais les projets dans leur triple dimension instauratrice du faire, du sentir et du penser. Nous les aborderons également dans la double perspective de la preuve de leurs effets thérapeutiques et de leur apport à la connaissance poïétique et esthétique. Les Anglo-Saxons rassemblent cette double préoccupation dans le terme d'evidence based design. Celui-ci désigne un champ de recherche et d'expérimentation visant à objectiver les choix de conception spatialisée contribuant à la santé des usagers et à la qualité de vie des professionnels dans les milieux sanitaires. Nous proposons dès lors d'esquisser le

dess.e.in d'une méthodologie de recherche-projet en design dont la vocation est d'instaurer une éthique de l'hospitalité, dans un contexte organisationnel complexe, dédiée à la souffrance psychique. Nous pouvons à ce stade la définir en sept caractères :

- Elle est composée d'un écosystème d'acteurs mixtes incluant nécessairement les usagers et les personnes concernées par le projet.
- L'acte de création, matériel ou immatériel, comme clé de voûte appelle par définition une novation, c'est-à-dire un objet nouveau en capacité de transformer le monde dans lequel il s'inscrit, même de manière frugale, modeste et systémique.
- En tant que création, l'objet de transformation est défini par la *poïesis* et l'*aesthesis*, sa raison d'être est à la fois formelle, sensible et signifiante.
- L'action se fonde sur un cahier d'intentions qui la ramène au cœur du triptyque quoi-pourquoi-qui, avant de définir le cahier des charges plus opérationnel et plus centré sur les contraintes.
- L'agent principal de l'action et de l'initiative⁵⁶⁸, qui peut être collectif, porte de manière indissociable la responsabilité de l'agir et de l'herméneutique.
- Le projet est vectorisé par une nécessité épistémologique, c'est-à-dire la production de connaissances nouvelles, formalisées et théorisées, susceptibles d'être réinsufflées dans l'action en cours, et *a posteriori*, ce qui implique l'utilisation d'outils et de méthodes issues de la recherche qualitative et quantitative.
- L'instauration artistique est une mise en action dans la vie quotidienne des gens de l'éthique de l'hospitalité, elle sert « la vraie vie avec et pour l'autre dans des institutions justes⁵⁶⁹ ».

Cette thèse s'achève alors que le paysage de la recherche et de l'enseignement en design est en pleine transformation, en particulier dans le champ du design social. Les étudiants des écoles d'art et de design sont désormais nombreux à privilégier les valeurs de solidarité et d'égalité dans la projection de leur vie professionnelle. Ils s'intéressent de plus en plus au rôle qu'ils peuvent jouer, en tant que créateurs, dans les mondes sociaux les plus défavorisés, pour faire avancer la justice sociale et la cause environnementale. Les praticiens et les chercheurs s'allient pour créer des espaces de partage et de questionnement - séminaires, chaires, appels à projet, contrats doctoraux, etc., qui doivent

568 L'initiative, que Paul Ricœur définit comme « une intervention de l'agent de l'action dans le cours du monde, intervention qui cause effectivement des changements dans le monde ».

569 Paul RICŒUR, *op. cit.* p. 211.

faire avancer la recherche au croisement du social, du sanitaire et des arts et du design. Nous mettons le point final à ce parcours doctoral avec une nouvelle aspiration. Que cette contribution à la définition d'un *faire design* d'hospitalité en milieu sanitaire trouve sa place dans ce large mouvement des arts et des sciences humaines et sociales pour *penser* et *faire* un monde habitable pour tous.

Bibliographie

Les poèmes ouvrant les cahiers poïétiques sont de l'auteur de la thèse.

OUVRAGES, THÈSES, RAPPORTS

- ABETAN Camille, *Phénoménologie et psychiatrie. Heidegger, Binswanger, Maldiney*, Vrin, Paris, 2018.
- AGAMBEN Giorgio, *La Communauté qui vient : théorie de la singularité quelconque*, Seuil, Paris, 1990.
- AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Rivages Poche, Paris, 2014.
- AICHER Otl, *Le Monde comme projet*, Éditions B42, Paris, 2015.
- ANZIEU Didier, *Le Moi-Peau*, Dunod, Paris, 1995.
- ANZIEU Didier, *Le corps de l'œuvre. Essai psychanalytique sur le travail créateur*, Gallimard, Paris, 1981.
- ARDENNE Paul, *Un art conceptuel : création artistique en milieu urbain, en situation d'intervention, de participation*, Flammarion, Paris, 2002.
- ARENDRT Hanna, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Levy, Paris 1961.
- ARISTOTE, *La poétique*, Seuil, Paris, 2011.
- ARTIERES Philippe, *Rêves d'histoire. Pour une histoire de l'ordinaire*, Éditions Verticales, Paris, 2014.
- ARTIERES Philippe, *Vie et mort de Paul Geny. Recit*, Seuil, Paris, 2013.
- BACHELARD Gaston, *La poétique de l'espace*, Presses universitaires de France, Paris, 2012.
- de BALZAC Honoré, *La peau de chagrin*, Le Livre de Poche, Paris, 1972.
- BARRERE Céline, GROUT Catherine (dir.), *Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence*, Cahiers thématiques n°18, École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille (ENSAP), Publication du Laboratoire Conception Territoire Histoire Matérialité (Lacth), Maison des Sciences de l'Homme, Lille, 2018.
- BARTHES Roland, *Mythologies*, Seuil, Paris, 1957.
- BARTHES Roland, *Leçon*, Seuil, Paris, 1977.
- BAUDRILLARD Jean, *Le Système des objets*, Folio Essais, Paris, 1986.
- BAUMAN Zygmunt, *La vie liquide*, Hachette, Paris, 2013.
- BERGER Estelle, *Poïétique du design, entre l'expérience et le discours*, thèse de doctorat en Art et histoire de l'art, (dir. Guy LECERF et Céline CAUMON), Université Toulouse le Mirail, Toulouse II, 2014.
- BERTRAND Gwenaëlle, FAVARD Maxime (dir.), *Poïétique du design, vers de nouveaux paradigmes de la conception ?* L'Harmattan, Paris 2014.
- BIHANIC David, *Design en regards*, Art Book Magazine, 2019.
- BINET Jacques-Louis, *Les architectes de la médecine*, éditions de l'imprimeur, Paris 1996.

- BOBIN Christian, *La Présence pure et autres textes*, Poésie, Gallimard, Paris, 2008.
- BÖHME Gernot, *Aïsthetique. Pour une esthétique de l'expérience sensible*, Les presses du réel, Paris, 2020.
- BORASI Giovanna et ZARDINI Mirko (dir.), *En imparfaite sante, médicalisation de l'architecture* (Catalogue), CCA (Centre canadien d'architecture), Montréal, 2013.
- BOUCHAIN Patrick, *Permis de faire*, Leçon inaugurale de l'École de Chaillot, Cité de l'architecture et du patrimoine, 2017.
- BOURRIAUD Nicolas, *Esthétique relationnelle*, Les presses du réel, Paris, 2018.
- BOUTHIER Anaëlle, *Design de soin et milieu hospitalier : la conception de l'Espace de ressourcement au CHU de Toulouse*, thèse, de doctorat (dir. Christine BUIGNET et Isabelle ALZIEU), Université de Toulouse, 2015.
- BUBIEN Yann, JAGLIN-GRIMONPREZ Cecile (dir.), *Architecture pour la psychiatrie de demain*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2017.
- BURCKHARDT Lucius, *Le design au-delà du visible*, Les essais, Centre Georges Pompidou, Paris, 1991.
- BUELTZINGSLOEWEN Isabelle von, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Flammarion, collection Histoire, Paris, 2009.
- CARRE Raphaël, *Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients*, [thèse]. Toulouse, Université Paul Sabatier, 2014.
<http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf>
- CASSIN Barbara, *La Nostalgie. Quand donc est-on chez soi*, Autrement, Paris, 2018.
- CERTEAU Michel de, *L'invention du quotidien : arts de faire*, Paris, Éditions Gallimard, Paris, 1990.
- CHAR René, *Fureur et mystère*, Flammarion, Paris, 1967.
- DAGOINET François, *Éloge de l'objet*, Vrin, Paris, 1989.
- DAUDET Léon, *Les morticoles*, Grasset, Paris, 1956.
- DAVILA Thierry, *Marcher, créer, : déplacements, flâneries, dérives dans l'art de la fin du XXème siècle*, éditions du regard, Paris, 2007.
- DAUTREY Jehanne (dir.), *Design et pensée du Care. Pour un design des microluttes et des singularités*, Les Presses du réel, Dijon, 2019.
- DELANOË-VIEUX Carine (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001.
- DELANOË-VIEUX Carine (dir.), « Les conversations de Salerne ». *Sante e(s)t culture(s) en Méditerranée*, La passe du vent, collection Faire cite, Vénissieux, 2013.
- DELEUZE Gilles, *Critique et clinique*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1993.
- DELEUZE Gilles, *Le pli. Leibniz et le baroque*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1988.
- DELEUZE Gilles, GUATTARI Félix, *Mille plateau. Capitalisme et schizophrénie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1980.
- DELEUZE Gilles, GUATTARI Felix, *Qu'est-ce que la philosophie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1991.
- DERRIDA Jacques, *Le monolinguisme de l'autre*, Éditions Galilée, Paris, 1996.

DERRIDA Jacques, DUFOURMANTELLE Anne, *De l'hospitalité*, Éditions Calmann Lévy, Paris, 1997.

DESCOLA Philippe, *Les formes du visible*, Seuil, collection Les livres du nouveau monde, Paris, 2021.

DESPRET Vinciane, *Habiter en oiseaux*, Actes Sud, Arles, 2019.

DEWEY John, *L'art comme expérience*, Folio essais, Paris, 2016.

DIDI-HUBERMAN Georges, *Blancs soucis*, Les éditions de Minuit, Paris, 2013.

DUBET François, *Le déclin de l'institution*, Seuil, Paris, 2002.

DUPRIEZ Bernar, *Gradus. Les procédés littéraires* (dictionnaire), éditions 10-18, Paris, 1984.

DUSAPIN Pascal, *Composer. Musique, Paradoxe, Flux*, Coll. Leçons inaugurales du Collège de France Paris, Collège de France, Fayard, Paris, 2007.

ECO Umberto, *Le signe*, Livre de poche, Paris, 1992.

ECO Umberto, *L'œuvre ouverte*, Seuil, 1965.

EHRENBERG Alain. *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob, Paris, 2000.

EHRENBERG Alain, *La société du malaise*, Odile Jacob, Paris, 2010.

EHRENBERG Alain, *La mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*, Odile Jacob, Paris, 2018.

FANCOURT Daisy, FINN Saoirse, *Health Evidence Network synthesis report 6, What is the evidence on the role of the arts in improving, health and well-being ? A scoping review*, World Health Organization, Genève, 2019.

FASSIN Didier, *La vie mode d'emploi*, Points, Paris, 2021.

FILIOD Jean Paul (coord.), *Faire avec l'objet, signifier, appartenir, rencontrer*, Chronique Sociale, Lyon, Lyon, 2003.

FLAMAND Brigitte, *Le design, essais sur des théories et des pratiques*, Regard, Paris, 2006.

FLEURY Cynthia, *Le soin est un humanisme*, Gallimard, Paris, 2019.

FLUSSER Vilem, *Petite philosophie du design*, Circé, Paris, 2002.

FOSTER Hal, *Design et crime*, Les prairies ordinaires, Paris, 2019.

FOUCAULT Michel, *Le corps utopique - Les hétérotopies*, Lignes, Paris, 2019.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris 1975.

FOUCAULT Michel, *Sept propos sur le septième ange*, Fata Morgana, Paris, 1986.

FOUCAULT Michel, BARRET KRIEGEL Blandine, THALAMY Anne, BEGUIN François, FORTIER Bruno, *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, éditions Pierre Mardaga, Paris, 1976.

FREUD Sigmund, *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, Gallimard, Paris, 1902.

FRIZE Nicolas, *Patiemment*, Éditions de l'Œil, Paris, Montreuil, 2016

GAUFFMAN Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1968.

GENYK Isabelle, SAINT-MARTIN Isabelle, et UHL Magali (dir.), *Buraglio, Pistoletto, Spalletti. De l'ar[ct]itecture en milieu hospitalier*, Presse Universitaire de Paris, Paris, 2011.

- GOODMAN Nelson, *Manière de faire des mondes*, Folio, Paris, 1978.
- GOTMAN Anne, *Le sens de l'hospitalité, essais sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001.
- GRENIER Catherine, *La revanche des émotions. Essai sur l'art contemporain*, Seuil, Paris 2008.
- GROUT Catherine, *Le sentiment du monde, expérience et projet de paysage*, La lettre volée, Bruxelles, 2017.
- HEIDEGGER Martin, *Habiter, bâtir, penser, Essais et conférences*, Gallimard, Paris, 1951.
- HERREROS Gilles, MILLY Bruno, « Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation. Rapport d'évaluation du dispositif Culture et Hôpital Rhône-Alpes de 2006 à 2009, initié par l'ARH, la DRAC et la Région Rhône-Alpes », coordination Hi.culture, Laboratoire Modys, Lyon, 2009.
- HERREROS Gilles, « L'hôpital - culture - Les petites liaisons, variations sur le vital », rapport commandé par l'ARS, la DRAC et la Région Rhône-Alpes, Lyon, 2011.
- HERREROS Gilles, *La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*, Éditions Ères, Lyon, 2012.
- HOCHMANN Jacques, *La consolation*, Odile Jacob, Paris, 1999.
- HOCHMANN Jacques, *Une histoire de l'empathie*, Odile Jacob, Paris, 2012.
- HUISMAN Denis, *L'esthétique*, Presses universitaires de France, Que sais-je, Paris, 1992.
- HUYGHE Pierre-Damien, *Contre-temps. De la recherche et de ses enjeux. Arts, architecture, design*, Éditions B42, Paris, 2017.
- HUYGHE Pierre-Damien, *À quoi tient le design ? Sociétés, services, utilités*, De l'incidence éditeur, Réville, 2018.
- HUYGHE Pierre-Damien, *À quoi tient le design ? Vitrites, signaux, logos*, De l'incidence éditeur, Réville, 2019.
- INGOLD Tim, *Une brève histoire des lignes*, Zones sensibles, Paris, 2013.
- INGOLD Tim, *Marcher avec les dragons*, Zones sensibles, Paris, 2013.
- INGOLD Tim, *Faire. Anthropologie, archéologie, art et architecture*, éditions Dehors, Bellevaux, 2017.
- JABES Edmond. *Le livre de l'hospitalité*. Gallimard, Paris, 1991.
- JULLIEN François, *Le pont de singe. De la diversité à venir. Fécondité culturelle face à l'identité nationale*, Galilée, Paris, 2010.
- JULLIEN François, *L'écart et l'entre. Leçon inaugurale de la Chaire sur l'altérité*, Galilée, Paris, 2012.
- KLEMPERER Victor, *LTI, la langue du IIIe Reich*, Albin Michel, Paris, 1996.
- KRAMER Antje, *Les grands manifestes de l'art du XIXe et XXe siècles*, Beaux-Arts éditions, Paris, 2011.
- KRAUEL Jacobo, BROTO Carles, *Hôpitaux - design contemporain*, éditeur Links, Paris, 2014.
- LACAN Jacques, *Le séminaire Livre IV. La relation d'objet*, Seuil, Paris, 1994.
- LAGER Pierre-Louis, LAROCHE Claude et DUHAU Isabelle, *L'hôpital en France, du Moyen-âge à nos jours : histoire et architecture*, Lieux Dits, Lyon, 2012.
- LAPLANTINE François, *De tout petits liens*, Les Éditions Mille et Une Nuits, Paris, 2003.

- François LAPLANTINE, *Je, nous et les autres*, Le Pommier, Paris, 2010.
- LASSUS Marie-Pierre, LE PIOUFF Marc, SBATTELLA Licia (dir.), *Le jeu d'orchestre. Recherche-action en art dans les lieux de privation de liberté*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2015.
- LATOURE Bruno, *Sur le culte moderne des faitiches, suivi de Iconoclash*, La Découverte, collection Les empêchés de tourner en rond, Paris, 2009.
- LATOURE Bruno, *Enquêtes sur les modes d'existences*, La Découverte, Paris, 2011.
- LE CORBUSIER, *Vers une nouvelle architecture*, Flammarion, collection Champs art, Paris, 2019.
- LEGRAND Séverine (dir.), KNEUBÜHLER Michel (coord.), *L'art n'a que faire des lisières... Cycle de rencontres « culture et médico-social » Rhône-Alpes 2014-2015*, Éditions La passe du vent, collection Faire cite, Lyon, 2016.
- LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Le Livre de Poche, Paris 1971.
- LIOT Françoise, LANGEARD Chloé, MONTERO Sarah, *Culture et santé, vers un changement des pratiques et des organisations ?* Éditions L'Attribut, Toulouse, 2020.
- MALINOWSKI Bronislaw, *Les argonautes du Pacifique Occidental*, Gallimard, Paris, 1989.
- MARINOPOULOS Sophie, *Une stratégie nationale pour la Sante Culturelle. Promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent (ECA-LEP)*, Rapport au ministre de la Culture, Mission « Culture petite enfance et parentalité », Janvier 2019.
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, Paris, 1945.
- MICHAUX Yves, *L'art à l'état gazeux : essai sur le triomphe de l'esthétique*, Stock, Paris, 2003.
- MOHOLY NAGY László, *New method of approach – design for life*, Vision in Motion, Paul Theobald, Chicago, 1947.
- MOLES Abraham, ROHMER Elisabeth, *Psychosociologie de l'espace. Textes présentés par Victor Schwach*, L'Harmattan, Paris, 1998.
- MORIN Edgar, *La méthode 6. L'éthique*, Seuil, Paris, 2004.
- MORIN Edgar, *Introduction à la pensée complexe*, Seuil, Paris, 2014.
- MORIN Edgar, PISTOLETTO Michelangelo, *Impliquons-nous*, Actes Sud, Arles, 2015.
- MUNARI Bruno, *L'art du design*, Pyramyd éditions, Paris, 2012.
- PAPANEEK Victor, *Design pour un monde réel*, Les presses du réel, Dijon, 2021.
- PASSERON René, *Pour une philosophie de la création*, éditions Klincksieck, Paris, 1989.
- PASTOUREAU Michel, SIMMONET Dominique, *Le petit livre des couleurs*, Points, 2005.
- PENE Sophie et ZENASNI Franck (dir), *Design et santé*, revue Sciences du design, n°6, novembre 2017.
- POUCHELLE Marie-Christine, *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière, Tome 1*, éditions Seli Arslan, Paris, 2003.
- POUCHELLE Marie-Christine. *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière, Tome 2*, éditions Seli Arslan, Paris, 2008.
- POUCHELLE Marie-Christine, *Voyage en pays de chirurgie, essais d'anthropologie hospitalière, Tome 3*, éditions Seli Arslan, Paris, 2019.

- POUCHELLE Marie-Christine, VEGA Anne, *Regards sur l'hôpital Broussais*, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et Musée des arts et traditions populaires, Paris, 1999.
- POUCHELLE Marie-Christine, VEGA Anne, *Regards sur l'hôpital Boucicaut*, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et Musée des arts et traditions populaires, Paris, 1999.
- POUCHELLE Marie-Christine, VEGA Anne, *Regards sur l'hôpital Laennec*, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et Musée des arts et traditions populaires, Paris, 1999.
- RANCIÈRE Jacques, *Le partage du sensible, esthétique et politique*, La Fabrique, Paris, 2000.
- RANCIÈRE Jacques, *Le destin des images*, La Fabrique, Paris, 2003.
- RAYMOND MURRAY Shafer, *Le paysage sonore. Le monde comme musique*. Wild Project édition, Marseille, 2010.
- RESNIK Salomon, *Espace mental, sept leçons à l'université*, Ères, Paris, 1994.
- Rey Alain, *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, Paris, 2019.
- RIBOULET Pierre, *Naissance d'un hôpital. Journal de travail, [1989]*, Verdier, Paris, 2010.
- RICHARDSON Benjamin Ward, *Hygeia. Une cite de la sante*, Éditions de la Villette, Paris 2006.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
- ROSOLATO Guy, *Éléments de l'interprétation*, Paris, Gallimard, 1985.
- RUBY Christian, THEVAL Arnaud, GROUT Catherine, *La condition posthospitaliere. Repenser l'hôpital public/prive sous la condition de la culture. Étude du dispositif Culture et Hôpital Nord-Pas-de-Calais*, ARH et DRAC Nord-Pas-de-Calais, coordination Hi.culture, Lille, 2009.
- SCHAMA Simon, *Le paysage et la mémoire*, Seuil, Paris, 1999.
- SCHERER Pauline (coord.), *27eme Région, Chantiers ouverts au public*, La Documentation française, Paris, 2008.
- SEGADE Jean-Paul, RENARD Thierry (dir.), *Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout. Hôpital, innovation, culture. Hi.culture 2006-2011*, La passe du Vent, Vénissieux 2011.
- SERRES Michel, *La traduction Hermes III*, Les Éditions de minuit, Paris, 1974.
- SEVERO Donato et KOVESS Viviane, *Architecture et psychiatrie. Approches françaises et internationales*, Le Moniteur, Paris, 2017.
- SIMONDON Gilbert, *L'individuation psychique et collective*, Paris, Aubier, 1989.
- SIMONNET Cyrille (dir.), *Hospitalité*, Revue Faces, n°57, hiver 2004-2005
- SOURIAU Etienne. *Vocabulaire d'esthétique*, Presses universitaires de France, Paris, 2020.
- STIEGLER Bernard, *Ars industrialis, réenchanter le monde, la valeur esprit contre le populisme industriel*, Éditions Champs essais, Paris, 2016.
- STIEGLER Bernard, *De la misère symbolique*, Flammarion, collection Champs, Paris, 2013.
- TENON Jacques René, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Royez, Paris, 1788.
- TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte, Paris 2009.
- URFALINO Philippe, *L'invention de la politique culturelle*, Paris, hachette, 2004.
- VALÉRY Paul, *Introduction à la poétique*, Gallimard, Paris, 1938.

VALÉRY Paul, *Introduction à la méthode de Léonard de Vinci*, Gallimard, Paris, 1894.

VEGA Anne, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, les Éditions des archives contemporaines, Paris, 2000.

VERSTEEGH-CELLIER Catherine, VERSTEEGH Pieter, *Alcôves. Soins psychiques et architecture : de l'isolement à l'habiter*, InFolio, Suisse, 2021.

VIAL Stéphane, *Le design*, Presses universitaires de France, Que sais-je ? Paris, 2015.

WORMS Frédéric, *Le moment du soin*, Paris, Presses universitaires de France, Paris, 2010.

ARTICLES (revues et ouvrages collectifs)

ANDRE Victoria, ROCHE Sébastien, « Émergence d'une monumentalité ? », *Mégalopole, art, architecture, urbanisme*, cahier 17, 1998, p. 75-77.

AUGÉ Marc, « Retour sur les « non-lieux », Les transformations du paysage urbain », *Revue Communications*, vol.2, n°87, 2010, p.171-178.

BAPST Aurélie et GUILLEMIN Alan, « Les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte. Une revue de littérature actualisée. » *Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers*. Promotion 2013-2016.

BAY Barbara, CARRIER Christelle, DESFLACHES Anne-Laure, GAUTIER Christophe, « L'usager, coconcepteur de l'hôpital de demain. La Fabrique de l'hospitalité des HUS », *Gestion hospitalière*, n°542, janvier 2015.

BENAROYO Lazare, « L'art et la culture à l'hôpital, un enjeu éthique ? », *Bulletin des médecins suisses*, vol.34, n°97, 2016.

BERTRAND Olivier, « À Lyon, la psychiatrie derrière des barreaux neufs », *LibéLyon*, 21 mai 2010, consulté le 20 novembre 2019.

https://www.liberation.fr/societe/2010/05/21/a-lyon-la-psychiatrie-derriere-des-barreaux-neufs_627454/

BITTOLO Christophe, « La camisole ne va pas de soi ! Note sur l'actualité de la contention et de l'isolement en psychiatrie », *Revue Connexions*, n°110, 2018, p. 183-190.

BONNIEL Jacques, « La dimension culturelle du projet », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 23-33.

BOUCHARD Jean-Louis, « La lumière, grâce hospitalière pour l'homme malade. Architecture et spiritualité envers l'espace de soin. », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*, La passe du vent, collection Faire cité, Vénissieux, 2013, p. 345-359.

von BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, *Le bombardement de Lyon du 26 mai 1944 : approche micro-historique* » in Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Laurent DOUZOU, Jean-Dominique DURAND, Hervé JOLY, Jean SOLCHANY. *Lyon dans la Seconde Guerre mondiale. Villes et métropoles à l'épreuve du conflit*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, p.331-352

CALIANDRO Stefania, « Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques », *Revue française de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Vol. 68, 2004, p. 791-800.

CANO Nicole, BOYER Laurent, GARNIER Camille, MICHEL A, BELZEAUX Raoul, CHABANNES Jean-Marc, et al., « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. », *L'Encéphale*, vol.37, 2011, p.4-10.

CASTAREDE Marie-France, « L'enveloppe vocale », *Psychologie clinique et projective*, ERES, vol.1, n°7, 2001, p. 17-35.

CERCLET Denis, « Ré-inventer la politique culturelle ? Œuvrer en lien avec le social et la réalité. », in Denis CERCLET (dir.), *Ré-inventer la politique culturelle ? La passe du vent*, collection Faire cité, Vénissieux, 2012, p. 12-43.

CHARRE Alain, « Ce que je peux... de la transgression à l'intransgressable », in CHARRE Alain, VIEUX Jacky (dir.), *La frontière : unir-diviser*, La Maison du Rhône, Givors, février 1993, p.40-43.

CHARRE Alain, « Éditorial », *Mégalopole, art, architecture, urbanisme*, cahier 17, 1998.

CHAUVEAU Sophie, « Quelle histoire de l'hôpital au XXème et XXIème siècle », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, vol.4, n°33, 2011, p. 81-89.

HUGOT David, « Entretien avec Philippe Descola », *Le Philosophoire*, vol.2, n°36, 2011, p. 161-178.

CHEYMOL Jean, CESAR René-Jean, « Hôtel-Dieu de Paris : treize siècles d'histoire... panégyrique ou réquisitoire », Communication présentée à la séance du 26 novembre 1977 de la Société française d'Histoire de la médecine. Citation de Voltaire dans le Dictionnaire philosophique (nouvelle édition). Lefèvre, Paris, 1818, t. II, p. 67.

CHOCRON Véronique, Crise de l'hôpital : « Et si c'était à refaire ? » Six ex-ministres de la santé reviennent sur vingt ans de réformes », *Le Monde*, le 12 août 2022, consulté le 12 août 2022.

Coirié Marie, Pellerin Denis, « Design et hospitalité : quand le lieu donne leur valeur aux soins de santé », *Revue Sciences du design*, n°6, novembre 2017, Presses Universitaire de France, p. 40-53.

CONTE Richard, « La poïétique d'Etienne Souriau », *Nouvelle revue d'esthétique*, n°19, 2017.

COSTES Mylène. « Atelier culturel et hôpital psychiatrique : Enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme Culture à l'hôpital », in BONACCORSI Julia (dir.), *La lecture en société*, Culture & Musées, n°17, 2011, p. 189-193.

DELANOË-VIEUX Carine, « La culture à l'hôpital, entre coopération institutionnelle et démarche de projet », in SEGADE Jean-Paul, RENARD Thierry (dir.), *Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout. Hôpital, innovation, culture. Hi.Culture 2006-2011*, La passe du Vent, Vénissieux, 2011, p. 38-39.

DELANOË-VIEUX Carine, « La santé au(x) prisme(s) des Conversations de Salerne », in DELANOË-VIEUX Carine (dir.) *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*, La passe du vent, collection Faire cité, Vénissieux, 2013, p. 371-377.

DELANOË-VIEUX Carine (coord.), COIRIÉ Marie, BOUHALLIER Gaspard, FONTAINE Coline, SALABAY Benjamin, « Perray-Vaucluse, anamnèse d'un hôpital en reconversion », *L'Information psychiatrique*, n°97 (1), 2021, p.63-69.

DELANOË-VIEUX Carine, COIRIÉ Marie, COUBARD-MILLOT Justine, FIGUEROLA Xavier, « L'expérience du patient en design, une ressource pour la conception d'un parcours d'hospitalité dans un hôpital neuf », in DENI Michela, CATOIR-BRISSON Marie-Julie (dir.), *La place de l'usager en design*, *Revue OCULA*, décembre 2019.

DELANOË-VIEUX Carine, « La démarche créative renouvelle-t-elle le management stratégique de l'hôpital ? De l'animation culturelle au processus créatif : innover en matière de management stratégique a l'hôpital », in Pr NOBRE Thierry (dir.), *L'innovation managériale a l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre*, Dunod, Paris, 2013, p. 147-164.

- Carine DELANOË-VIEUX, « Patrimoine et mémoire : anamnèse d'un hôpital psychiatrique », in BOUDIA Soraya, RASMUSSEN Anne, SOUBIRAN Sébastien (dir.), *Patrimoine et communautés savantes*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2009, p. 225-239.
- DELANOË-VIEUX Carine, PARRIAUD Anne, « Paroles transsahariennes, le psychiatre, le fou et l'artiste », in COLLIGNON Rene, BEGOU Isabelle, DELANOË-VIEUX Carine, PARRIAUD Anne (eds), *Psychopathologie africaine*, Vol. XXXIV N° 2, Dakar, 2007-2008, p. 157-162.
- DELANOË-VIEUX Carine, FILIOD Jean Paul, « L'objet à la croisée des chemins », in FILIOD Jean-Paul (dir.), *Faire avec l'objet, signifier, appartenir, rencontrer*, Chronique Sociale, Lyon, 2003, p. 9-11.
- DELANOË-VIEUX Carine, GUIOUX Axel, LAPLANTINE François, « La Ferme du Vinatier, vecteur d'une mutation culturelle de l'hôpital », in Info CREA, No 5, Lyon, Université Lumière Lyon 2 / Centre de recherches et d'études anthropologiques, 1998.
- DE LUCA Manuella et CHENIVESSE Pierre, « Intérêts et vécus de l'isolement thérapeutique dans un service pour adolescents et jeunes adultes », *L'information psychiatrique*, Vol. 93, 2017, p. 825 – 832.
- DESCOLA Philippe, « La fabrique des images », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 3, n°30, 2006, p. 167-182.
- DE TRUCHIS-RAMIERE Vésiane, « De la mise en chambre d'isolement à l'accompagnement en pièce d'apaisement ... », *Revue Empan*, 2013, n° 89, p. 74-79.
- HAS, Outil pour l'amélioration des pratiques, *Mise en place d'espaces d'apaisement. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie*. 2016.
- DUMONT Anne, GILOUX Nathalie, TERRA Jean-Louis, « Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron », *L'information psychiatrique*, vol.88, août 2012, p. 687-693.
- ES SAILAS Elia, FENTON Mark, « Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. », *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- EYRAUD Benoît, MOREAU Delphine, « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits*, n° 90, été 2013, p. 117-134.
- FABRE Thierry, « Entretien avec Dominique Wallon : « il faut redessiner les fins de la politique culturelle » », *La pensée de midi*, n°16, 205/3, p. 34-42.
- FAGOT Philippe, « L'hôpital le plus moderne démontre que... la couleur blanche est mauvaise pour les malades », in BAY Barbara, FAYOLLES Claire (dir.), *Couleur et soin*, coédition de l'École nationale supérieure d'art et de design de Nancy et Les presses du réel, Dijon, 2020, p. 21-47.
- FAINZANG Sylvie, « Maladie de l'un et souffrance de l'autre », *Sociétés et représentations*, n°2, 1996.
- FALAIX Ludovic, CORNELOUP Jean, « Habitabilité et renouveau paradigmatique de l'action territoriale : l'exemple des laboratoires récréatifs. », in *L'information géographique*, 2017, p. 78-102.
- FINDELI Alain, « La recherche-projet en design et la question de la question de recherche : essai de clarification conceptuelle », *Sciences du design*, vol.1, n°1, 2015, p. 45-57.
- FINKERPEARL Thomas, « Le rôle de l'artiste dans l'aménagement et le développement urbain », in CHARRE Alain, VIEUX Jacky (dir.), *Art et mégalo-pôle RN86*, Givors, 1996, p. 33.

FLEURY Cynthia, FENOGLIO Antoine, « Le design peut-il aider a mieux soigner ? Le concept de proof of care », *Revue Soins*, n° 834, 2019.

FRANÇOIS Bruno, « Transmission par la conservation. Les hospices civils de Beaune et leur musée de l'Hôtel-Dieu », dans *L'hôpital, des héritages et des reconversions*, Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, vol. 6, n° spécial 140, 2011.

GENYK Isabelle, SAINT-MARTIN Isabelle, et UHL Magali (dir.), *Buraglio, Pistoletto, Spalletti. De l'ar[t] chitecture en milieu hospitalier*, Paris, Presse Universitaire de Paris, 2011.

GILLOUX Nathalie, « La chambre d'isolement, un lieu sans objets », in Jean-Paul FILIOD (dir.), *Faire avec l'objet, signifier, appartenir, rencontrer*, coédition Chroniques sociales et Ferme du Vinatier, 2003, p.116-127.

GODBOUT Jacques, « Recevoir, c'est donner », in *Communications*, n°65, 1997.

GOSELIN Pierre, « La recherche en pratique artistique. Spécificité et paramètres pour le développement de méthodologies », in Pierre Gosselin, Eric Lecoguetec (dir.). *La recherche création. Pour une compréhension de la recherche en pratique artistique*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p.21-31

HAINARD Jacques, « Le musée, cette obsession », *Revue Terrain, anthropologie et sciences humaines*, n°4, open édition, 1985.

HEDLUND LINDBERG Mathilde, SAMUELSSON M Mats, PERSEIUS Kent-Inge, BJÖRKDAHL Anna, « The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. », *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. », vol.28, 2019, p. 930-939.

HERREROS Gilles, « La « culture » à l'hôpital : une scène pour des identités en travail », in DELANOË-VIEUX Carine (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 99-101.

JOUET Emmanuelle, « Prendre pouvoir sur sa vie en sante mentale : illustrations actuelles », *Le sujet dans la cite*, L'Harmattan, vol.2, n°5, 2014, p. 63-75.

JULIENS Cédric, « La formation corporelle des soignants. Propositions pédagogiques : expérimenter et conscientiser. », *Perspective soignante*, n°57, décembre 2016, p. 49-74.

KONTIO Raija, JOFFE Grigori, PUTKONEN Hanna, KUOSMANEN Lauri, HANE Kimmo, HOLI Matti, et al. « Seclusion and restraint in psychiatry : patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. » *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 48, 2012, p.16-24.

LAROCHE Claude, « Quelques réflexions sur l'architecture hospitalière », In Situ. *Revue des patrimoines*, Patrimoines de la santé : essais de définition-enjeux de conservation, n°31, 2017.

LE CORRE Élisabeth, « Et nous voilà comme le chœur antique » : les avatars du chœur dans le théâtre de Jean Anouilh », *Études littéraires*, vol.1, n°41, 2010, p. 115-127.

LE COZ Pierre, « Humanité et culture, la culture introduit du sens dans la vie humaine », in DELANOË-VIEUX Carine (dir.) *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*, La passe du vent, collection Faire cité, Vénissieux 2013, p. 257-267.

LEVY Joseph, « Culture et hôpital : l'exemple de la grossesse et de l'accouchement au Québec », in Carine DELANOË-VIEUX (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 45-49.

LIEUTAUD Anne, OUELLET Sylvie, « Processus créatif et mutation de paradigme chez le chercheur », *La logique de la découverte en recherche qualitative*, Juin 2013, Fribourg, Suisse.

- LITZLER Pierre, « La conception design, un processus de jeux et d'enjeux sociétaux », in *Poïétique du design, vers de nouveaux paradigmes de la conception ?* L'Harmattan, Paris, 2014, p. 19-31.
- MACDORMAN Karl F, « La Vallée de l'Étrange de Mori Masahiro. Importance et impact sur l'esthétique et la conception des robots », *Revue e-Phaistos*, VII-2, 2019.
- MCNIFF Shaun, *Art-Based Research*, Jessica Kingsley Publishers, 1998.
- MARCELLI Daniel, « Du doudou de Winnicott à l'iPhone de Jobs. Les nouveaux objets transitionnels », *L'école des parents*, Éditions Ères, 2016.
- MARTIN Laurent, « La politique culturelle de la France depuis 1945 », in CERCLET Denis (dir.), *Ré-inventer la politique culturelle ? La passe du vent*, collection Faire cité, Vénissieux, 2012, p. 51-87.
- MAYERS Pat, KEET Nelleke, WINKLER Gunter, FLISHER Alan J., « Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 56, 2010, p. 60-73.
- MEEHAN Tom, VERMEER Cathryn, WINDSOR Carol, « Patients' perceptions of seclusion : a qualitative investigation », *Journal of advanced nursing*, vol.31, 2000, p. 370-377.
- MICHAUD Yves, « Quelques réflexions après les vôtres », in CERCLET Denis (dir.), KNEUHBÜLER Michel (coord.). *Ré-inventer la politique culturelle. La passe du vent*, Faire cité, Vénissieux, 2012, p. 351-360.
- MORISSETTE Joëlle, « Recherche-action et recherche collective, quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.2, n°25, p. 35-49.
- NARDIN Anne, « Comment concevoir un hôpital en intégrant la dimension culturelle ? De la programmation au projet », in DARD Michèle (dir.), *Architecture, hôpital et art contemporain*, Actes de colloques, CHRU de Lille, 25 et 26 novembre 2004.
- NELSTROP Louise, CHANDLER-OATTS Jackie, BINGLEY William, BLEETMAN Tony T, CORR Frank, CRONIN-DAVIS Jane, et al., « A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. », *Worldviews on Evidence Based Nursing*, vol.3, 2006, p. 8-18.
- NOVAK Theresa, SCANLAN Justin, MCCAUL Damien, MACDONALD Nathan, CLARKE Timothy, « Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. », *Australasian Psychiatry*, vol.20, 2012, p.401-6
- OLOFSSON Britta, B, NORBERG Anders, « Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. », *The Journal of Advanced Nursing*, vol.33, 2001, p. 8997.
- PASSERON René, « Poïétique et histoire », in DELACROIX Christian (dir.), *Arts, l'exception ordinaire. Esthétique et sciences sociales*, Espaces Temps, 55-56, 1994, p.98-107.
- PASSERON Rene, Esthétique et poïétique, *Filozofski vestnik*, XX (2/1999 - XIVICA), p. 265-276.
- PEAVEY Erin, WANDER Kiley B, « Evidence-Based Design and Research-Informed Design : What's the Difference ? Conceptual Definitions and Comparative Analysis », *Health Environments and Research Design Journal*, 2017.
- PERIOT-BLED Gaëlle, « Christian Boltanski. Petite mémoire de l'oubli », *Images re-vues*, n°12, 2014.
- PIERRON Jean-Philippe, « Pour une philosophie de l'attention spatiale. Architecture des soins et soin de l'architecture. », in BARRÈRE Céline, GROUT Catherine (dir.), *Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Éditions de l'École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille, Cahiers thématiques, n°18, Lille, 2018, p. 137-147.

- PIRET Jean-Marie, « Entre origine et avenir », in ROVIELLO Anne-Marie, WEYEMBERG Maurice, *Hannah Arendt et la modernité*, Éditions VRIN, Paris, 1992.
- PLUTA Isabelle, LOSCO-LENA Mireille, « Pour une topographie de la recherche-création », *Ligeia*, n°137-140, p.39-46.
- POISAT Jacque, « Le patrimoine hospitalier : un nouveau patrimoine ? », in DELANOË-VIEUX Carine (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 59-71.
- PORTET François, « Le rôle des objets dans la psychothérapie institutionnelle. Une thérapeutique de la consommation ? », in Jean-Paul FILIOD (coord.), *Faire avec l'objet. Signifier, appartenir, rencontrer. Une réalisation de la Ferme du Vinatier*, Chronique Sociale, Lyon, 2003, p. 211-215.
- POUCHELLE Marie-Christine, « Stratégies de l'expédient à l'hôpital », in ENAUDEAU Corinne et LORAU Patrice (coord.), *La Méthode de l'Expédient*, Actes du colloque du Collège International de Philosophie, 2005, Paris, Kimé, 2006, p. 57-77.
- POUCHELLE Marie-Christine, « Situations ethnographiques a l'hôpital. Elle vient voir si on a un os dans le nez... », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 4, n° 103, 2010, p. 4-19.
- RAUTENBERG Michel, « Recueil et élaboration de la mémoire collective : une démarche de connaissance et de reconnaissance des personnels hospitaliers », in DELANOË-VIEUX Carine (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 200, p. 79-91.
- RICCI Giancarlo, « L'inquiétante frontière », in Alain CHARRE, Jacky VIEUX (dir.), *La frontière : unir-diviser*, La Maison du Rhône, Givors, février 1993, p. 9-11.
- RICŒUR Paul, « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, numéro spécial, juin 1992.
- RUBY Christian, « L'hôpital retourné par l'art contemporain », in DELANOË-VIEUX Carine (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, 2001, p. 121-130.
- SAGOT Stéphanie, DUPONT Jérôme, « Concevoir par le design des outils du développement territorial : diagnostic sensible et création-située », in *Poïétique du design : vers de nouveaux paradigmes de la conception*, p. 87-97.
- SEGADÉ Jean-Paul, « Regards d'un directeur d'hôpital sur les mutations hospitalières à venir », in DELANOË-VIEUX Carine (dir.), KNEUBÜHLER Michel, RODIER Julien (coord.), *Les Conversations de Salerne, santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*. Lyon, Éditions La Passe du vent. Collection Faire Cité, 2013, p. 133-135.
- STROMBONI Camille, ROUCAUTE Delphine, « Pourquoi l'hôpital n'est plus attractif pour les soignants. », *Le Monde*, 22 juillet 2022, consulté le 10 août 2022.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/07/22/pourquoi-l-hopital-n-est-il-plus-attractif_6135711_3224.html
- TISSERON Serge, « Nos objets quotidiens, de l'identité à la mémoire. » in FILIOD Jean-Paul (coord.), *Faire avec l'objet. Signifier, appartenir, rencontrer. Une réalisation Ferme du Vinatier*, Chronique sociale, 2003, p. 14-23.
- TRONTO Joan, « Du care », *Revue du Mauss*, n°32, p. 243-265.
- VANDENBERGH Patrick, « La question culturelle à l'avant-garde de la politique de santé », in Delanoë-Vieux Carine (dir.) *Les conversations de Salerne. Santé e(s)t culture(s) en Méditerranée*, La passe du vent, collection Faire cité, Vénissieux, 2013, p. 289-296.

VAN DER MERWE Marcel, MUIR-COCHRANE Eimear, JONES Jonathan, TZIGGILI Maria, BOWERS L., « Improving seclusion practice : implications of a review of staff and patient views. » *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, vol.20, 2013, p.203-15.

VAN DER SCHAAF Ps, DUSSELDORP Elise, KEUNING F.M, JANSSEN W.A. & NOORTHOORN Eric. O, « Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. », *The British Journal of Psychiatry*, vol.202, 2013, p. 142-149.

WIAME Aline, « La philosophie de l'instauration d'Etienne Souriau est-elle une esthétique ? », *Nouvelle Revue d'esthétique*, vol. 83, n°19, 2017, p. 77-84.

WIGLESWORTH Sophie, FARNWORTH Louise. « An Exploration of the Use of a Sensory Room in a Forensic Mental Health Setting : Staff and Patient Perspectives. », *Occupational Therapy International*, vol.23, 2016, p. 255-64.

YOUNES Chris, « La beauté des lieux comme éveil existentiel », in *La beauté des villes / La ville de l'étranger*, Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines, n° 28, 2012.

AUTRES MÉDIAS

ANDO Tadao, consulté le 12 février 2020.

https://www.youtube.com/watch?v=yEeknEQ2_o

ANELLI Laure. « Maladie psychique en prison : une folie ». Site de l'Observatoire International des Prisons, 18 mai 2018, consulté le 12 mai 2021.

http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Anelli_18mai18.pdf

DESCOLA Philippe, cours au collège de France, 2008-2009, consulté le 23 avril 2022.

<https://www.college-de-france.fr/site/philippe-descola/course-2008-2009.htm>

BARRÈRE Céline et GROUT Catherine, Journées d'études « Spatialisation et temporalisation de l'hospitalité », École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille, 20 et 21 novembre 2019.

SAVARY Matthieu, Service design, consulté le 13 juin 2021.

<https://user.io/service-design/>

SICARD Didier, article original paru dans la publication professionnelle de la Ferme du Vinatier : « Carnet d'expérience, la Ferme du Vinatier, 1997-2003 ».

FINDELI Alain, Le design social, texte libre, consulté le 17 octobre 2020.

http://www.sfe-asso.fr/sites/default/files/document/le_design_social_par_alain_findeli.pdf

BOUHALLIER Gaspard, « Qui a peur de la camisole de force ? », consulté le 13 septembre 2021.

<https://www.lhistoire.fr/qui-peur-de-la-camisole-de-force>

FLEURY Cynthia, Chaire de philosophie à l'hôpital, podcast.

<https://chaire-philo.fr/podcast>

GUIOUX Axel, LASSERRE Evelyne, « De l'utopie au système d'action ou le dehors psychiatrique », recherche coordonnée par La Ferme du Vinatier, financée par le Centre Hospitalier Le Vinatier et la Direction des Affaires Culturelles Rhône- Alpes, non publiée, 1998.

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/La_Ferme_du_Vinatier/documents/05_rubriques_transversales/documentation_recherche/experiencecubique.pdf

GUIOUX Axel, LASSERRE Evelyne, « L'expérience cubique. Approche ethnologique du quotidien d'une unité d'entrée en soins psychiatriques, Centre Hospitalier Le Vinatier », recherche coordonnée par La Ferme du Vinatier, financée par le Centre Hospitalier Le Vinatier et la Direction des Affaires Culturelles Rhône- Alpes, non publiée, 1999.

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/La_Ferme_du_Vinatier/documents/05_rubriques_transversales/documentation_recherche/experiencecubique.pdf

GUIOUX Axel, LASSERRE Evelyne, « Étude ethnographique des expériences et des représentations de l'espace du Vinatier par ses usagers, Lyon, Centre Hospitalier Le Vinatier », recherche coordonnée par La Ferme du Vinatier, financée par le Centre Hospitalier Le Vinatier et la Direction des Affaires Culturelles Rhône- Alpes, non publiée, 2006.

Travaux personnels pendant la durée de la thèse

Articles

MISDARIIS Nicolas, KERFORN François, PETITPIERRE William, HOUIX Olivier, CAHEN Roland, GORRIAS Julien, DELANOË-VIEUX Carine, COIRIÉ Marie, KARPINSKI Elena, BERGOT Cécile, « Sound, Music / Health relations – The PsySon project and the « music-caregiver interview », HEPS, the triennial conference on Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety, HEPS2022 will take place in Delft, The Netherlands, from 2 - 4 November 2022, at the campus of Delft University of Technology. The theme of this 7th edition of HEPS is « Convergence - Breaking down barriers between disciplines ».

DELANOË-VIEUX Carine, DUGAVE Chantal, « Le ciel est par-dessus le toit, si bleu, si calme... Espace mental et hospitalité dans un lieu de privation de liberté. », in BARRÈRE Céline, GROUT Catherine, *Spatialisation et temporalisation de l'hospitalité*, Cahiers thématiques n°21, École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille (ENSAP), Publication du Laboratoire Conception Territoire Histoire Matérialité (Lacth), Maison des Sciences de l'Homme, Lille, 2, à paraître.

DELANOË-VIEUX Carine, « L'hospitalité en chantier, art et design à l'hôpital public », *Revue Rhizome*, à paraître septembre 2022.

COIRIÉ Marie, DELANOË-VIEUX Carine, « L'accueil est un soin : penser l'expérience d'accueil à l'hôpital », *Horizons publics*, n°28, juillet-août 2022, p. 44-51.

DELANOË-VIEUX Carine (coord.), COIRIÉ Marie, BOUHALLIER Gaspard, FONTAINE Coline, SALABAY Benjamin, « Perray-Vaucluse, anamnèse d'un hôpital en reconversion », *L'Information psychiatrique*, n°97 (1), 2021, p.63-69.

COIRIÉ Marie, DELANOË-VIEUX Carine, « Le design au service de la qualité de vie au travail des professionnels de l'hôpital. », *Revue Soins*, n° 860, Novembre 2021, p. 44-48.

COIRIÉ Marie, DELANOË-VIEUX Carine, « Un laboratoire d'innovation culturelle par le design, le lab-ah du GHU Paris psychiatrie & neurosciences. », *Gestions hospitalières*, n° 605, avril 2021, p.200-217.

DELANOË-VIEUX Carine, COIRIÉ Marie, COUBARD-MILLOT Justine, FIGUEROLA Xavier, « L'expérience du patient en design, une ressource pour la conception d'un parcours d'hospitalité dans un hôpital neuf », in DENI Michela, CATOIR-BRISSON Marie-Julie (dir.), *La place de l'usager en design*, *Revue OCULA*, décembre 2019.

Communications

Santé mentale et environnement, journée de la SISM (Semaine d'information sur la santé mentale), le 18 octobre 2022.

Continuum, habiter les parcours de santé, de soins et de vie. Séminaire 3 : La santé mentale, l'architecture et la ville au temps de la pandémie. Comment réconcilier l'intime, le soin et la rencontre ? Chaire ARCHIDES « Architecture, Design, Santé » co-fondée par l'AP-HP, l'ENSA Paris Val-de-Seine et l'école Camondo, 2022.

Usages et Ambiances pour habiter, séminaire de l'école Camondo, décembre 2021.

L'Étrange nuit du design : et soudain, la Terre fut immobilisée, à l'invitation de Ruedi Baur, Institut Français, World design capital, Lille Métropole 2020, octobre 2020.

Prendre soin, « Journées recherche, design, éthique » coordonnées par Jacques Lescuyer, Université de Lille, World design capital - Lille Métropole 2020, octobre 2020.

Méthodes de recueil et d'analyse des expériences des patients, Table ronde PEEL (Patient Expérience Évaluation Lab), Université de Nantes, École de design de Nantes, 25 novembre 2021.

Hôpital, scène d'architectures ? Ou Comment traiter et penser l'architecture dans un contexte hospitalier ? Journées d'étude, Institut Bergonié, 9 et 10 avril 2019.

Signalisation dans les bâtiments hospitaliers, Séminaire BLEZINGER Healthcare, 19 et 20 septembre 2019, Lausanne

Du soin vers l'hospitalité, approche sensible des territoires par le design et le sonore, Journée d'étude biennale Le Mans Sonore, École supérieure d'art et de design TALM, Le Mans, 4 décembre 2019.

Coordination

L'art de s'apaiser et d'apaiser en psychiatrie, Journées d'étude organisée par COIRIÉ Marie et Carine DELANOË-VIEUX, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, 2022.

Art et design : entre hostilité et hospitalité des lieux de soins, Séminaire et édition de carnets de valorisation dirigés par Carine DELANOË-VIEUX, 6 séances, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, 2019-2021.

Enveloppe(s) dans le soin, Journées d'étude organisée par COIRIÉ Marie et Carine DELANOË-VIEUX, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, en partenariat avec l'ESAD de Limoges et l'ENSAD de Paris, 2021.

Environnement : du corps à l'espace, Journées d'étude organisée par COIRIÉ Marie et Carine DELANOË-VIEUX, lab-ah, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, en partenariat avec l'ESAD de Limoges et l'ENSAD de Paris, 2019.

Art et design, entre hostilité et hospitalité des lieux de soins, coordination d'un ouvrage collectif, à l'étude aux Presses Universitaires de Lyon, 2022-2023.

Interventions pédagogiques

Faire avec et fragilité, co-intervenante invitée, séminaire à l'École Nationale Supérieure d'Architecture de Lyon dans le cadre d'un projet pédagogique mené par Chantal Dugave, septembre-décembre 2019, 4 séances.

IFCS (Institut de Formation des Cadres de santé), GHU Paris psychiatrie & neurosciences, co-encadrante du module « Grandeur Nature », 2020-2021, 2021-2022.

Diplôme Inter-Universitaire (Paris-Lille-Marseille) « Santé mentale dans la communauté : étude et applications », Universités de Lille 2 et Paris 13, AP/HM et CHU Sainte Marguerite Marseille et le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille)/EPSM Lille-Métropole, 2020, 2021.

Diplôme inter-universitaire « Philosophie, éthique et design », la Chaire Humanités et Santé au Cnam et CY École de design (Cergy Université), intervention en 2020.

D.E.S de psychiatrie *Étique et psychiatrie*, dirigé par le Dr Marie Liesse DE LANVERSIN, 2020-2021.

Remerciements

Pour m'avoir accompagnée et soutenue dans ce parcours doctoral, je remercie chaleureusement :

- Pierre Litzler, directeur de thèse, de sa patience et sa disponibilité, de m'avoir offert ce bijou de l'esprit qu'est la poïétique,
- Ruedi Baur, co-encadrant, de sa bienveillance et son questionnement, de m'avoir offert cette clé qu'est le *faire design*,
- Catherine Chomarar-Ruiz, Jean-Philippe Pierron, Alain Ehrenberg, Marine Royer, Perrine Malzac d'avoir accepté de siéger au jury de ma thèse et d'avoir consacré du temps et de l'attention à sa lecture critique,
- Grazia Giacco et Daniel Payot de l'Université de Strasbourg de leur engagement dans mon comité de suivi de thèse, leurs conseils avisés et leur précieux soutien,
- Jean-Luc Chassaniol, Lazare Reyes, Noémie Schoebel, Guillaume Couillard au GHU Paris, d'avoir rendu possible cet engagement et Hélène Bayette de son aide administrative indispensable,
- Christelle Carrier pour avoir partagé la documentation sur le projet « De mon corps à l'autre »
- Isabelle von Bueltingloewen des heures consacrées à la relecture de ma thèse et de sa longue amitié qui m'a insufflée le courage de m'engager dans cette voie,
- Marie Coirié de m'avoir initiée au meilleur du design, de sa douce amitié et d'avoir indiscutablement nourri ce travail par nos interminables conversations enflammées,
- Coline Fontaine d'avoir réalisé les visualisations et la mise en page de cet opus avec l'exigence et la bonté qui la caractérisent,
- Chantal Dugave, ma sœur de thèse, de m'avoir ouvert la voie et conseillée tout au long de nos cheminements parallèles,
- Jacky Vieux, mon mari, pour m'avoir supportée et pour m'avoir nourrie, dans les deux sens de ces deux termes,
- Hélène Delanoë, ma mère, parce que c'est ma mère.
- Mailys, Victor et Margot, mes enfants, pour l'amour toujours.

Tous les projets réalisés dans mon parcours professionnel et présentés dans la thèse doivent leur qualité aux talents des membres des équipes de *la Ferme du Vinatier*, de la direction des affaires culturelles de l'AP-HM et du *lab-ah*, je veux aussi les remercier de tout cœur pour leur compagnonnage et tout ce qu'ils m'ont appris :

- ♦ Coline Fontaine
- ♦ Jeanne Sintic
- ♦ Benjamin Salabay
- ♦ Anne-Lise Vernejoul
- ♦ Carine Roudil d'Ajoux
- ♦ Gaspard Bouhallier
- ♦ Hervé Rouillet
- ♦ Isabelle Bégou
- ♦ Isabelle Buendia
- ♦ Marie-Jo Barny de Romanet
- ♦ Coline Rogé
- ♦ Yann Leblanc
- ♦ Séverine Legrand
- ♦ Julien Rodier
- ♦ Sophie Cristofol
- ♦ Naima Blidi
- ♦ Emmanuelle Ancona

De même, les projets présentés dans la thèse doivent leur qualité aux professionnelles de l'hôpital qui les ont portés et aux intervenants créatifs qui les ont mis en oeuvre. Ils n'ont pas pu être cités tous dans le texte de la thèse mais qu'ils acceptent tous sans exception l'expression de ma gratitude.

En outre, ces projets doivent leur existence à la confiance et à la prise de risque des directeurs d'hôpitaux qui m'ont recrutée et ont installé ces équipes créatives et aux fonctionnaires qui les ont soutenus. Je souhaite exprimer ma gratitude à :

- ♦ Jean-Paul et Michèle Ségade, compagnons de 15 ans,
- ♦ Jean-Luc Chassaniol
- ♦ Dominique Valmary
- ♦ Patrick Vandenberg
- ♦ Patrice Marie
- ♦ Abraham Bengio
- ♦ Benoit Guillemont

- ♦ Lionel Chalaye
- ♦ Bernard Latarjet

Bien que cette thèse ait nécessité un travail solitaire de recherche, elle découle d'une multitude de rencontres, d'échanges et de partages. Je voudrais dire ici combien le « je » est fait de tous les autres. Je voudrais donc exprimer ma gratitude aux collègues et complices de ces aventures hospitalières singulières, aux intervenants, aux partenaires culturels, aux directeurs, aux hospitaliers, aux chercheurs, aux usagers, aux financeurs et à ma famille. Il est impossible de nommer ici tous ceux qui, en quelque sorte, sont parties prenantes de la production de cette thèse parce qu'ils ont mêlé à un moment donné leur existence, leur expérience, leur intelligence à la mienne. Elle entend leur rendre hommage.

Art et design : instauration artistique, entre hostilité et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde.

Carine Delanoë-Vieux

Thèse dirigée par Pierre Litzler, Université de Strasbourg

Résumé

Cette thèse, dans une perspective réflexive et un appareillage théorique approfondi se fonde sur 20 ans d'expériences de direction de projets artistiques et de design à l'hôpital. En cela, elle tresse un trajet biographique et un trajet épistémologique. Notre point d'entrée est celui de la poïétique, c'est-à-dire l'étude des conduites créatrices des œuvres, en l'occurrence sur une sélection de projets issus de notre parcours. En adoptant l'hospitalité comme concept philosophique d'espoir, nous interrogeons la puissance d'instauration de l'art et du design dans le mouvement continu de redéfinition d'une institution soumise à l'effritement de son programme institutionnel historique et aux conditions normatives du *new public management*. L'hôpital incarne de tout temps cette ambivalence du terme : hostilité et hospitalité. Nous ne prétendons pas dans ce travail décliner les bonnes pratiques contributives à l'hospitalité dans les lieux de soins mais nous aspirons à saisir ce qui se joue dans cette dialectique et comment la création devient une puissance d'instauration de l'hospitalité elle-même.

Mots-clés

création, instauration, hôpital, hospitalité, poïétique, art, design

Art and design: Installing an artistic presence, situated between the hostility and hospitality of healing environments and the world's habitability.

Carine Delanoë-Vieux

Thesis supervised by Pierre Litzler, Université de Strasbourg

Abstract

This thesis is the fruit of 20 years of experience directing artistic and design projects in a hospital environment employing reflexive thinking within a deep theoretical context. Using this method, a trajectory both biographical and epistemological is followed. Our point of entry is the use of poetics, that is, following the pathways taken to create artistic works, in this case a selection of projects issuing from the artists' own journey. By using « hospitality » as a philosophical concept representing hope, we interrogate the power of art and design in a continuous quest to redefine how an institution can function given the pressures imposed by the now normalized conditions imposed by public management. The hospital has always represented the ambivalence of the terms: hostility and hospitality. In this endeavor, we do not refute the positive side of hospitality in these healing environments but intend to reveal what takes place within this dialectic and how creation can be a powerful force for establishing a condition of real hospitality.

Key words

art, artistic establishment, hospital, hospitality, poïesis, design