



L'hôpital comme paysage

Balade en milieu remarquable

Lucile Carlier

L'hôpital comme paysage : Balade en milieu remarquable.
Méthode d'évaluation et d'action avec l'espace.

Mastère spécialisé Innovation By Design années 2021-2023

Lucile Carlier

Mémoire dirigé par Marie Coirié

ENSci
LES ATELIERS

Remerciements

C'est avec émotion que je prends le temps de remercier les personnes qui ont contribué à ce que ce travail voit le jour.

Merci à Marie Coirié sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Merci pour les discussions qui nous aurons animées. Merci pour ton temps et tes relectures. Merci de m'avoir aidé à déplier ma pensée. Et merci de m'avoir mise en relation avec des personnes inspirantes dans le cadre de ce mémoire, mais aussi pour d'autres projets. Le design aura été le prétexte à notre rencontre, et c'est une chance !

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique du mastère et en particulier à Claire Lapassat et Xavier Lesage pour votre présence, votre écoute et votre soutien durant toute cette année. Merci à Silvia Dore pour ton temps et ton aide à la mise en page de ce mémoire.

Merci à tous mes camarades de promotion IBD. Nous avons, ensemble, traversé une riche expérience dans le monde du design. Nous avons beaucoup ri, souvent douté mais toujours avec un bon café ! C'est une joie de continuer nos échanges.

Merci à Marie Christine Beauconsin d'avoir soutenu, auprès de la direction de l'hôpital de Ville Evrard, ce projet de formation au sein du mastère spécialisé IBD. Et merci de soutenir le projet de salle de Réconfort que nous menons avec Sophie Larger dans le service.

Merci aussi à toute l'équipe du G02 et aux patients qui ont accepté de partager leurs expériences avec moi.

Merci à mes collègues qui ont bien voulu se jeter, avec moi, dans l'hôpital comme paysage.

Merci à Sophie Larger avec qui je tente de faire entrer le design à l'hôpital. Merci pour ta confiance et ton soutien.

Merci à Lucile Cornet Richard pour tes conseils avisés. J'ai beaucoup appris. Merci d'avoir pris le temps de plier, de déplier et de replier les cartes.

Merci à mes amis qui me donnent la force d'y croire.
Merci à Joséphine pour ta relecture attentive.

Enfin je tiens à remercier mes proches. Merci Antoine pour ton soutien sans faille malgré les sacrifices que mes choix impliquent. Merci d'avoir été à l'écoute dans la rédaction de ce mémoire. Tes conseils et nos discussions m'ont permis de me récupérer quand je me perdais. Nous formons une bonne équipe.

Pour une vision de la plasticité de l'espace.

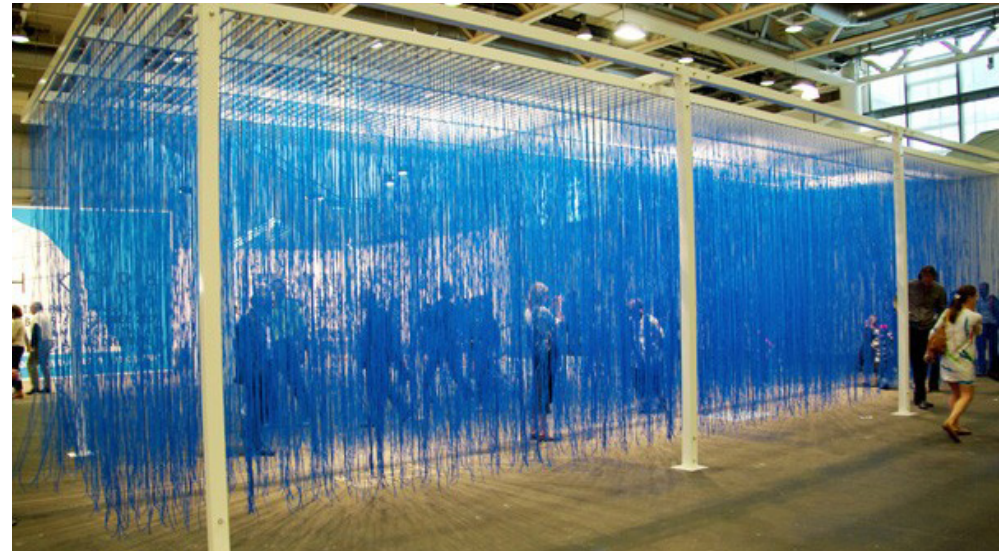
L'espace, ce n'est pas le vide. Ce n'est pas le rien. L'espace est une forme bousculée par le temps qui le traverse, les perceptions que nous en avons, ce que nous y faisons, les relations qui s'y tissent.

L'espace est alors une masse en mouvement qui s'étire et se contracte sous l'action du temps qui s'écoule, de notre passage et de ce qu'il contient. En retour, nous sommes transformé·e·s par la plasticité de l'espace qui nous enveloppe. Nous ne sortons pas intacts d'une telle expérience submersive. Nous faisons partie de l'espace autant qu'il fait partie de nous. Il accueille la manière dont nous nous projetons au devant de lui. Il réagit et influence les façons que nous avons de nous y introduire.

En tant que thérapeute familial systémique, je travaille avec cet espace plastique. L'espace est la matrice sur laquelle les membres de la famille entrent en relation. Je les fais s'y déplacer pour leur faire expérimenter des manières différentes d'être en lien. On bouge les meubles, on fait de la place. Je leur demande parfois de sculpter la famille. Il·elle·s désignent un sculpteur·rice qui doit alors les déplacer dans l'espace. Il·elle leur fait lever un bras, baisser les yeux, il·elle pose un sourire ici, de la colère par là. Une main tendue, une accolade. La famille expérimente ce que ça lui fait d'être là, projetée ainsi dans l'espace.

Comment alors ne pas penser l'espace comme la matière dans laquelle tout cela est possible ?

L'espace serait comme un liquide avec une densité plus importante que l'eau. Un liquide que nous marquons de notre passage et qui nous marque en retour. Un liquide dans lequel nous nous jetons et qui nous retient. L'espace, c'est cette matrice qui se déforme et fait des plis à notre passage. Qui applique sur nous une force contenante qui peut aussi être contrainte. Et c'est dans cette expérience de l'espace que nous tissons les relations avec nous-même, les autres et le monde.



Les pénétrables. Jesús Soto

“L'homme n'est plus ici et le monde là. Il est dans le plein, et c'est ce plein que je voudrais faire sentir avec mes œuvres enveloppantes.”

Jilénez Ariel (2005), *Conversaciones con Jesús Soto*, Caraca, fundacion Cisneros, p.174

Introduction

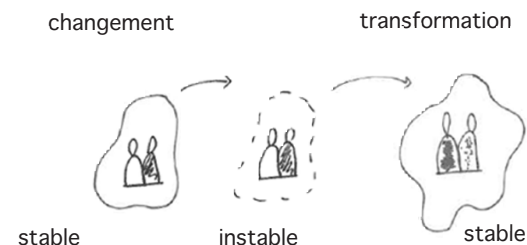
L'attention portée à l'architecture des lieux de soin est ancrée dans l'histoire même de la psychiatrie. Si l'idée de l'asile découle d'un croisement entre des principes architecturaux et des principes de soin, le mouvement de sectorisation dans les années 1960 ne s'est pas accompagné d'une réflexion sur la forme que devait prendre alors l'hôpital psychiatrique post asilaire. Ces dernières années, s'organise en France un mouvement qui relance le dialogue entre les équipes de conception et les soignant-e-s. Ce mouvement prend des formes différentes (intégrées ou non dans les institutions) mais s'attache à placer le patient au cœur d'une pensée globale sur l'espace.

L'hôpital psychiatrique est un milieu complexe car pris dans différentes tensions. Il est à la fois un lieu de soin et un lieu de privation de liberté. C'est aussi un lieu de vie parfois et un lieu de travail pour tous les soignant-e-s. C'est un lieu qui doit permettre un mieux être et qui véhicule pourtant un imaginaire fait de violence et d'angoisse. Ces tensions se retrouvent jusque dans la particularité du soin en psychiatrie : un soin à la fois technique et relationnel. La maladie psychiatrique est une maladie du lien. Du lien à soi, aux autres et au monde. La dimension technique du soin en psychiatrie, ce sont les évaluations diagnostiques, les traitements (per os ou injectables), les examens (prise de sang, imageries cérébrales etc), les surveillances des constantes. Cette dimension est indispensable. Mais cette technicité est indissociable de l'attention relationnelle. Une évaluation diagnostique ne peut pas se faire en dehors du contexte de la relation. Un traitement médicamenteux a pour but de permettre la rencontre quand la maladie l'empêche. Le soin relationnel est le soin qui se déroule dans les entretiens médicaux ou infirmiers mais aussi au travers les échanges dans les temps informels le long d'un couloir, dans les confidences échangées au détour d'une cigarette, dans les gestes doux d'une aide soignante qui démêle les cheveux d'une patiente, dans ce moment convivial d'une danse improvisée autour de la musique d'un téléphone, dans la discussion passionnée de deux patients, le soir, avant le coucher.

L'espace de l'hôpital psychiatrique est alors le lieu de l'émergence de

ces relations thérapeutiques. Il est l'espace de leur survenue, de leur jaillissement et de leur épanouissement. La qualité de cet espace ne peut pas ne pas faire l'objet d'une attention particulière. Car en tant que matrice de la relation thérapeutique il peut soit la favoriser, soit l'empêcher.

Mon métier de psychiatre m'a conduit à me former à la thérapie familiale systémique. Il s'agit d'un cadre théorique qui pense la famille comme un système et le symptôme comme un reflet de patterns relationnels problématiques. Un système est défini par un ensemble d'éléments en interaction qui répondent à un certain nombre de principes. Un de ces principes est celui de l'homéostasie. C'est-à-dire de stabilité. Tout système s'organise pour conserver une stabilité intrinsèque. Stable ne veut pas dire immobile. Un système est traversé des transformations régulières en lien avec les évolutions qui le traversent. Mais il met en place des processus de régulation pour conserver son équilibre. Pour transformer un système d'un état A vers un état B, il faut qu'un changement déclenche un déséquilibre qui permette au système A déséquilibré de se réorganiser (transformer) vers un état B équilibré. Le changement c'est le déséquilibre, la transformation, c'est le retour à un nouvel équilibre. Par exemple, le système familial doit faire face à l'arrivée d'un enfant, une séparation, le départ de la maison des enfants, la retraite et tout un tas d'autres événements. C'est pour s'adapter à ces changements qui le déstabilisent que le système se transforme.



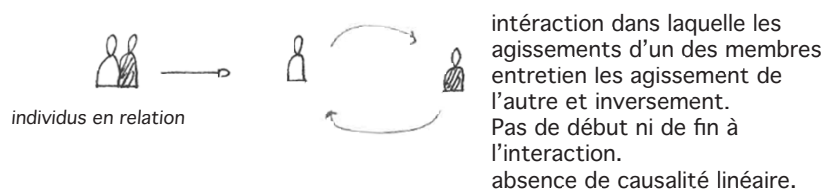
Principe d'homéostasie

Un autre principe est celui de totalité. Le système n'est pas égale à la somme des éléments qui le composent. Il s'agit d'une entité autre. On dit que $1+1=3$. Le troisième élément de cette équation correspond à la relation qui unit les membres de l'interaction et aux impacts sur l'individu que cette relation implique. En effet, nous ne sommes pas les mêmes quand nous interagissons avec des membres de notre famille ou avec des collègues. L'impacte de la relation sur nous même n'est pas le même. Enfin, un troisième principe est celui de circularité.



Principe de totalité

Ce principe s'oppose à la linéarité, c'est-à-dire à une relation de cause à effet. Dans la relation de causalité linéaire on peut dire que A cause B. Par exemple. Pierre fume parce que Jean lui parle mal. Dans la relation de causalité circulaire A entraîne B qui entraîne A qui entraîne B etc. Il est impossible de dire où commence l'interaction. Pierre fume parce que Jean lui parle mal parce que Pierre fume parce que Jean lui parle mal etc. Un service d'hospitalisation d'un hôpital psychiatrique est un système qui

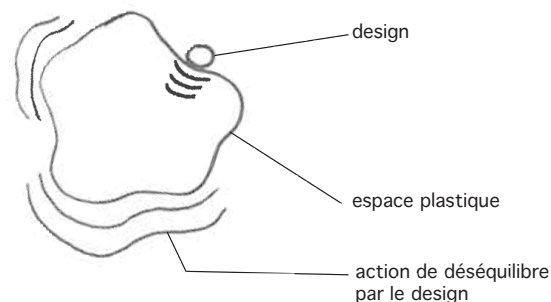


Principe de circularité

répond aux principes d'homéostasie, de totalité et de circularité.

La question qui m'intéresse est de comprendre **comment produire un changement qui permette une transformation de l'espace de l'hôpital psychiatrique vers un meilleur soutien de la relation thérapeutique. Ou en d'autres termes : comment rendre l'espace thérapeutique plus favorable à l'émergence des liens ?**

Pour répondre à ces questions, il faut pouvoir connaître de quoi est fait la plasticité de l'espace thérapeutique. Quelles sont ses qualités, de quelle matière est-il fait, de quelles couches est-il constitué, et quelle forme prend-il ? Pour tenter d'appréhender cette plasticité, je propose d'envisager l'hôpital comme un paysage. Mettre des lunettes de paysagiste est alors un moyen que j'utilise pour approcher la plasticité de l'espace. Plastique, c'est à dire matériel, observable, palpable, manipulable et qui s'expérimente. Je pense que rendre compte de la plasticité de l'espace est un contexte nécessaire pour solliciter des disciplines qui n'ont pas (suffisamment) l'habitude d'être sollicitées à l'hôpital. Et je crois que le design, comme discipline de conception et d'expertise de la forme est un vecteur puissant de transformation de l'espace de l'hôpital en un lieu soignant. Le design à l'hôpital doit avoir l'ambition du changement. Le design agit sur les objets, les matériaux, les couleurs, l'aménagement, etc. Si un changement implique ces éléments, l'hôpital comme paysage (système) va subir un déséquilibre. Ce déséquilibre intéresse la manière dont les usager-e-s se projettent dans l'espace et la façon dont il-elle-s entrent en relation avec le monde, avec eux-elles-mêmes ou avec les autres. Ce déséquilibre va pousser le système hôpital à se transformer pour retrouver une stabilité. Le design est alors la "pichenette" qui déséquilibre le système, le grain de sable qui fait dérailler le "ronron" tranquille de l'homéostasie.



Le design comme agitateur de l'homéostasie

En utilisant le concept de paysage et les méthodes du paysagiste, je pars en immersion dans un service d'hospitalisation en psychiatrie. Je collecte des informations que je tente d'analyser. J'essaye alors de rendre compte de la plasticité de l'espace en le cartographiant. À partir de ce travail, je construis un outil d'évaluation de la plasticité de l'espace à l'usage des soignant-e-s. Cet outil croise une méthode d'immersion et une grille de lecture du paysage de l'hôpital. Il propose une manière de rendre compte de cette immersion par l'élaboration d'une cartographie. Cette évaluation est pensée comme le point de départ d'un projet de rénovation ou de réhabilitation d'un espace de l'hôpital.

Cette méthode d'évaluation porte deux ambitions. La première est celle de l'appréciation des qualités de la plasticité de l'espace par les soignant-e-s. La seconde ambition est celle d'être, en soi, un outil de changement. Il invite les soignant-e-s à décaler, ne serait-ce que légèrement, leur regard sur l'espace et sur ce qui s'y joue (les interactions, les relations, les perceptions). Ce changement intéresse également les patient-e-s qui sont interrogé-e-s. Il-elle-s sont invité-e-s par les soignant-e-s à décaler, à leur tour, leur regard et à s'interroger sur la manière dont ce qui les entoure agit sur eux-elles.

L'espace de l'hôpital comme paysage est une forme avec laquelle on peut agir. La précision et la mesure avec lesquelles on l'effleure peuvent engendrer des transformations puissantes.

Introduction
p 5

Espace et psychiatrie
p 13

L'hôpital psychiatrique
un espace complexe
p 23

Le paysage
Une définition plastique de l'espace
p 31

Une balade dans l'hôpital comme paysage
p 41

L'hôpital comme paysage :
Une idée opérante
p 75

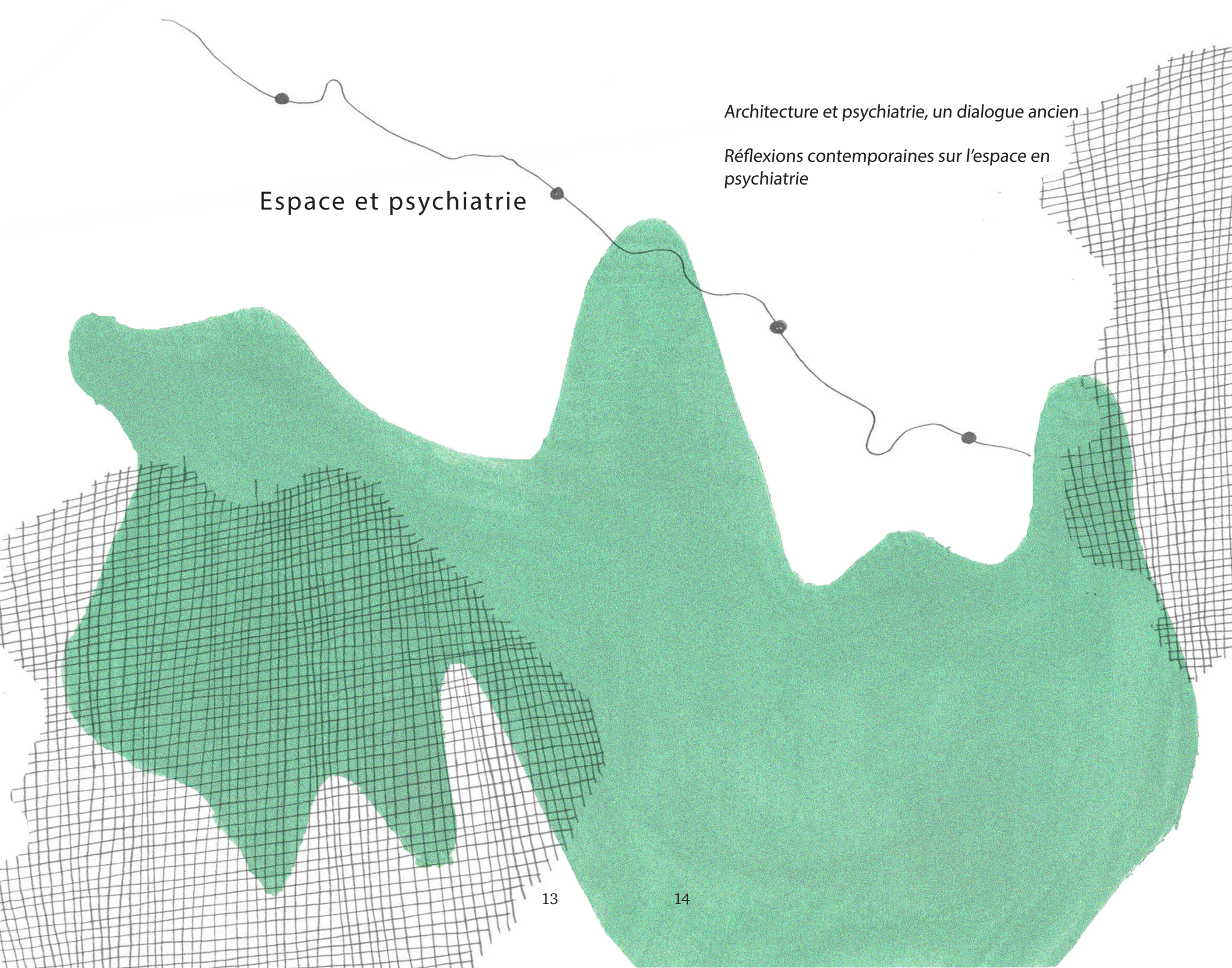
Conclusion
p 95

Sommaire

Architecture et psychiatrie, un dialogue ancien

Réflexions contemporaines sur l'espace en
psychiatrie

Espace et psychiatrie



Architecture et psychiatrie, un dialogue ancien

L'histoire du soin en psychiatrie s'accompagne d'une réflexion autour des lieux dans lesquels se pratique ce soin. Dès les premiers asiles au 18^{ème} siècle, l'architecte et l'aliéniste collaborent pour la conception et l'organisation des espaces¹. Pour Esquirol, disciple de Pinel, le bâti est en soi thérapeutique : « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison dans les mains d'un médecin habile : c'est l'agent le plus puissant contre les maladies mentales. »² À cette époque, c'est d'ailleurs le seul. La pharmacopée est pauvre et le "traitement moral" de Pinel, ancêtre de la psychothérapie, peine à se mettre en place.

Les aliénistes établissent certains principes de l'organisation de l'espace qui répondraient, aux besoins spécifiques des patient·e·s : l'éloignement des établissements de la ville qui permet de profiter de l'air de la campagne, d'éloigner les patient·e·s de l'agitation de la ville mais aussi des moqueries dont il·elle·s peuvent faire l'objet. La séparation des hommes et des femmes. L'organisation en quartiers qui prennent chacun en charge une catégorie de patient·e : agité·e·s, semi agité·e·s, tranquilles, malpropres, épileptiques, vieillard·e·s, enfants.

La question esthétique n'est pas laissée aux seuls architectes. À propos des asiles, Esquirol dira : « En leur donnant un caractère de grandeur, on en fera des monuments pour les départements ; ils inspireront plus de confiance, ils attireront un plus grand nombre de pensionnaires. »³

Pour Maximien Parchappe, un autre aliéniste, « un asile d'aliénés doit satisfaire aux règles essentielles de l'art architectural (...), il ne doit pas plus ressembler à un palais qu'à une prison, mais il ne doit pas non plus rappeler l'idée du monastère ou d'une fabrique. »⁴ La confiance dont parle

Esquirol, renvoie aux patient·e·s accueilli·e·s mais aussi à l'image que l'établissement renvoie aux habitant·e·s. Comme si le bâtiment reflétait la nature des individus qu'il accueille et participait alors à leur déstigmatisation.

Si l'habit ne fait pas le moine, quand il s'agit de soin, l'espace dans lequel il s'expérimente reflète une symbolique et un imaginaire qui font déjà partie du soin.

Cependant, la mise en œuvre des principes asilaires n'est pas à la hauteur de leurs ambitions. Le nombre de patient·e·s accueilli·e·s dépasse les capacités, le personnel n'est pas formé et pas en nombre. L'isolement et la contention sont des pratiques courantes. Là où l'architecture de l'asile devait guérir, elle chronicise les patient·e·s. La fin de la seconde guerre mondiale révèle le fonctionnement autoritaire et violent des asiles.

Des psychiatres se mobilisent alors pour une psychiatrie plus humaniste. La psychiatrie de secteur naît d'une circulaire en 1960. Il s'agit d'une réorganisation complète de la politique de santé mentale dans laquelle les services de soins psychiatriques sont réinsérés dans la communauté. La réponse à la maladie psychiatrique est vue comme médicale mais aussi sociale. L'espace de soin n'est alors plus l'asile mais le territoire et la communauté dans laquelle le·la patient·e vit. La sectorisation de la psychiatrie voit naître des structures ambulatoires, des hôpitaux ou des accueils de jour, des centres de consultations. Le nombre de lits d'hospitalisation diminue. Ce mouvement ambulatoire s'accompagne d'un délaissement d'une vision commune des psychiatres, des architectes et des politiques de ce que doit être alors l'hôpital psychiatrique. Cette question est mise de côté par les psychiatres dont la place change dans le paysage médical. La découverte de nouveaux traitements et l'augmentation des connaissances en sémiologie font du psychiatre un·e scientifique chargé·e de porter des diagnostics et de prescrire un traitement adapté. L'hôpital psychiatrique se médicalise : une partie des lits

1 Pinel Philippe (1801), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, p.179.

2 Esquirol Étienne (1838), *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Vol.1.

3 Ibid.

4 Parchappe Maximien (2013), *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, Hachette Bnf.

d'hospitalisations intègre l'hôpital général tandis qu'une autre est déplacée dans des structures en ville, plus petites que les asiles et qui, dans la forme et l'organisation, suivent le modèle des services de médecine.

Pour autant, la question de l'espace à l'hôpital continue d'interroger. En marge de cette question, une vaste littérature sur la phénoménologie de l'espace et son ambiance met en évidence l'importance du ressenti de cet espace dans le rapport à soi et aux autres. Merleau Ponty⁵ ou encore Norbert Schulz⁶ insistent sur la nécessité de lieux lisibles et confortables.

5 Merleau-Ponty Maurice (2013), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Éditions Gallimard.

6 Norberg-Schulz Christian (1997), *Genius loci : paysage, ambiance, architecture*, Bruxelles, Éditions Mardaga.

Réflexions contemporaines sur l'espace en psychiatrie

Depuis les années 2000, un mouvement porté par les architectes, les designers mais aussi les psychiatres et les associations d'usager·ère·s, s'initie pour penser des espaces de soin plus éthiques et adaptés aux particularités de la maladie psychiatrique. Ce mouvement suit celui des évolutions sociétales et politiques qui sont de plus en plus attentives aux droits des patient·e·s-usager·ère·s.

Ces dernières années, ce mouvement semble s'organiser encore davantage. Des structures intégrées aux hôpitaux voient le jour : La fabrique de l'hospitalité du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg est créée en 2008 par Christelle Carrier et Barbara Bay. L'ambition de ce laboratoire d'innovation (living-lab) est de favoriser la co-création entre les agent·e·s hospitalier·e·s, les patient·e·s et leurs proches pour améliorer la qualité de travail et celle des soins. Les outils utilisés sont ceux des sciences humaines, de la création et du design. « L'idée est de convoquer l'intelligence collective en offrant des conditions de rencontre entre différents milieux : les patients et leurs proches, tous les corps de métiers de l'hôpital dont les soignants, médecins, logisticiens, cuisiniers, etc. Et enfin des partenaires externes comme des designers, architectes, sociologues ou encore des économistes. En prenant en compte le vécu de chacun et en convoquant leurs créativité respectives, nous avons l'ambition de créer des espaces tangibles et pérennes qui vont améliorer le temps vécu à l'hôpital. »⁷

Le lab-ah (laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité) est un laboratoire d'innovation culturelle par le design intégré au Groupe Hospitalo Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences créé en 2016 par Carine Delanoë-Vieux

(directrice de projets culturels) et Marie Coirié (designer). Le lab-ah accompagne depuis 6 ans les équipes de soin dans des projets variés. Le travail de ce laboratoire s'articule autour d'une pluridisciplinarité à la frontière entre l'innovation des politiques publiques, l'innovation sociale, la culture et la santé. Après une analyse de la situation, la co-construction avec les équipes et les patient·e·s est au cœur de la démarche pour construire des aménagements ou des dispositifs pertinents. « Le lab-ah est un espace d'expérimentation sécurisée, une éprouvette pour tester et évaluer de nouveaux projets d'hospitalité, de nouvelles façons de rendre l'hôpital plus accueillant, plus sensible et plus ouvert sur la ville, mais aussi tester de nouveaux outils thérapeutiques pour prévenir les situations de crise, aider à moduler l'anxiété des patients en évitant d'avoir recours à la sédation et aux moyens coercitifs. Nous nous emparons souvent de petites questions pour ouvrir grâce aux projets des débats plus larges sur les pratiques d'accueil, de soin, le regard porté aux patients, la culture de la surveillance, etc. »⁸

Plus récemment, en 2022, Emmanuelle Garnier a créé au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier une mission innovation organisationnelle et expérience patient·e. Il s'agit d'une structure intégrée d'amélioration du parcours et de la vie quotidienne des patient·e·s, des aidant·e·s et des professionnel·le·s de santé qui utilise les outils du design et la démarche de co-construction.

Du côté des nouvelles architectures en psychiatrie, les concepteur·trice·s font évoluer leurs méthodes. L'idée d'un modèle architectural généralisable de l'hôpital psychiatrique est abandonnée au profit de la singularité de chaque projet. Les projets se font en collaboration étroite avec la direction et le projet de soin de l'hôpital. Les agent·e·s et les patient·e·s sont concerté·e·s et impliqué·e·s dès l'étape de la programmation⁹. Le·la patient·e est placé·e au cœur de chaque projet. L'enjeu de ces nouvelles architectures est de trouver un équilibre entre la fonctionnalité, l'enfermement, l'ouverture et une dimension trop souvent mise de côté de l'architecture, qui est celle de la sensorialité et de

7 Christelle Carrier pour Heidi News. Interview par Sophie Gremaud. Sept 2022.

8 Marie Coirié. Entretien le 18.10.2022.

9 Laudat Bruno, Pascal Jean Charles, Courteix Stéphan et al (2008), «Mener un projet architectural en psychiatrie», EMC - Psychiatrie, Vol.5.

l'esthétique. Les paradigmes de conception changent et les architectes s'adaptent au profit d'une architecture plus sensorielle : « Cela suppose pour les architectes d'abandonner le schéma habituel d'appréhension des programmes qui privilégie l'organisation, la rationalité et l'emploi de la géométrie comme outil conceptuel, au profit de l'utilisation des ressources du site, de la recherche d'éléments permettant l'expérience corporelle organisés le long d'un parcours où sont privilégiées les sollicitations sensorielles et le contact avec la nature. »¹⁰

Donato Severo résume ainsi les tensions inhérentes à tout projet architectural en psychiatrie : « Comment concilier ordre et liberté, calme et ouverture, comment conjuguer distribution rationnelle et qualité émotionnelle ? » Les formes et les courbes de l'hôpital se modifient. Les longs couloirs font place aux patios, des lieux de rencontres informelles¹¹. Les matériaux changent eux aussi. Le béton, le bois et les espaces polychromiques, qui font référence à une nature plus domestique de l'espace, font leur entrée à l'hôpital. La qualité des espaces, la signalétique, la co-présence d'espaces collectifs généreux qui favorisent le lien social et d'espaces intimes qui permettent de s'isoler, l'attention aux espaces extérieurs, une conception responsable et en continuité avec le plan d'urbanisme et la cohérence du territoire sont autant d'éléments fondamentaux de ces nouvelles architectures¹².

La réflexion sur l'espace de l'hôpital psychiatrique a conduit à la création de Chaires qui associent l'architecture ou le design à la santé. La chaire de Philosophie est une Chaire hospitalo-universitaire du Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences rattachée à la chaire Humanité du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). Sa directrice, Cynthia Fleury, est particulièrement sensible à la question de l'architecture et du design. Elle

travaille en étroite collaboration avec les Sismo, une agence de design et avec SCAU une agence d'architecture et d'urbanisme qui s'intéresse à la construction ou la reconstruction des espaces de la ville dont des hôpitaux. En 2022, la chaire Architecture, Design, Santé (ARCHIDES) est créée. Elle est issue d'un partenariat entre l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), la Fondation pour la Recherche de l'AP-HP, l'École Nationale Supérieure d'Architecture (ENSA) Paris Val de Seine et l'école Camondo. Son ambition est de créer des espaces et des aménagements intérieurs plus propices au bien-être et au rétablissement des patient-e-s. Pour Donato Severo, responsable scientifique de cette chaire, il s'agit de concevoir des espaces qui favorisent l'accompagnement thérapeutique. Ces chaires réalisent un travail de veille documentaire, de développement des partenariats et d'enseignements. Elles permettent d'entamer des travaux de recherche et d'expérimentation sur le terrain afin de réfléchir à la manière de transformer l'espace pour le rendre plus soignant.

L'ensemble de ces initiatives relance le dialogue entre les soignant-e-s et les concepteur-ric-e-s, qu'il-elle-s soient designers ou architectes. Elles mettent les usager-ère-s au cœur des réflexions et les rendent acteur-ric-e-s dans une entreprise complexe qui est celle de rendre l'espace plus soignant. D'ici dix ans, un tiers des établissements de santé mentale auront entamé des projets de restructurations¹³. C'est-à-dire qu'ils vont subir des interventions sur l'espace, son organisation, sa distribution, etc. La question de comment une action sur l'espace peut soutenir le soin en psychiatrie est une question fondamentale qu'il faut pouvoir continuer à interroger. L'espace de l'hôpital psychiatrique est en effet un milieu complexe qui tient à la particularité de la maladie psychiatrique et à son soin.

10 Laudat Bruno, Pascal Jean Charles, Courteix Stéphan et al (2008), «Mener un projet architectural en psychiatrie», EMC - Psychiatrie, Vol.5.

11 Severo Donato, Viviane Kovess-Masféty (2017), *Architecture et psychiatrie du XXI^e siècle*, Paris, Le Moniteur.

12 Severo Donato, Bonneau Lila, *Conversation 16, Architecture et psychiatrie, approches françaises et internationales*, saison 1 épisode 10, mai 2021.

13 Severo Donato, Bonneau Lila, *Conversation 16, Architecture et psychiatrie, approches françaises et internationales*, saison 1 épisode 10, mai 2021.



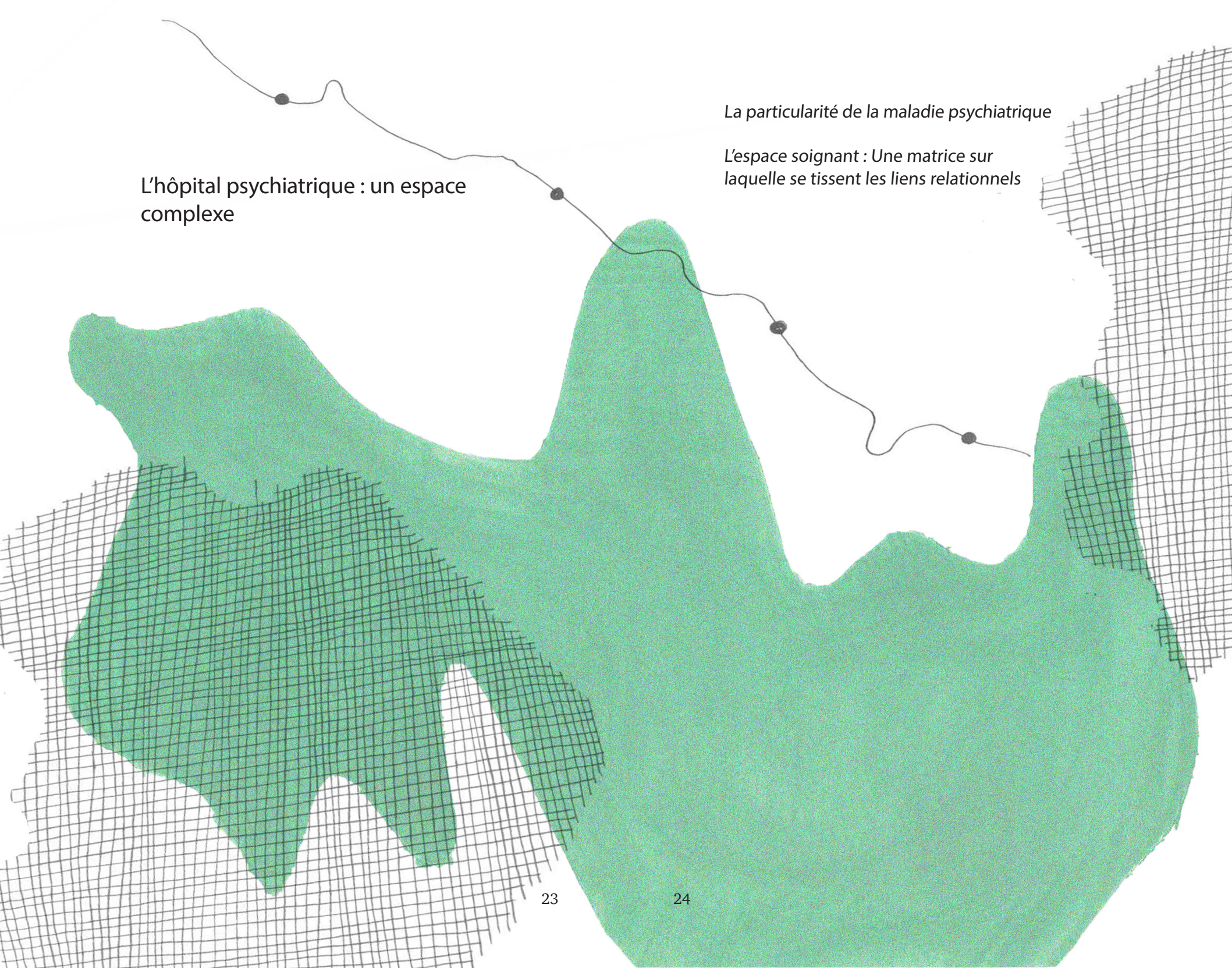
centre de pédopsychiatrie d'Hokkaido Japon



centre de psychiatrie de Nîmes

patio de l'unité de psychiatrie du domaine du Grand Mesnil





L'hôpital psychiatrique : un espace complexe

La particularité de la maladie psychiatrique

L'espace soignant : Une matrice sur laquelle se tissent les liens relationnels

La particularité de la maladie psychiatrique

La maladie psychiatrique est une maladie du lien¹⁴. Du lien à soi, aux autres et au monde. La maladie psychiatrique brouille les codes relationnels. Comprendre où est sa place, comment agir, que dire devient une lutte et une source d'angoisses. Comme si le mode d'emploi qui régissait les relations à soi, aux autres et au monde avait été modifié, effacé, emmêlé. On devient alors un-e étranger-ère. Claire Marin est professeure de philosophie. Son travail porte sur les épreuves que l'individu traverse dans son existence. Dans son livre, "Être à sa place"¹⁵, elle questionne les différentes places que nous occupons, choisies ou contraintes et les manières que nous avons de décider de ces places. Elle cite Alfred Schütz dans *L'Étranger*. « Il nous manque les codes sociaux, les habitudes de pensée, une certaine représentation du monde [...] leurs règles implicites et leurs enjeux cryptés nous échappent [...] Ce qui est naturel, évident pour le natif, l'étranger doit sans cesse le débrouiller. »¹⁶ Savoir à quelle distance se tenir quand on adresse la parole à quelqu'un-e. Quel ton de voix utiliser. Comment interpréter tel ou tel geste, tel ou tel mot. Parfois la maladie va jusqu'à emmêler le langage, la pensée aussi. Les perceptions se brouillent. La perception du temps autant que celle de l'espace.

L'objectif du soin est de pouvoir soutenir la relation pour que des rencontres puissent se produire. Car c'est dans les rencontres que les patient-e-s s'ancrent dans une réalité qui leur permet de se rétablir et de retrouver une certaine autonomie. Dans cette perspective, il est important de ne pas penser la maladie comme quelque chose qui enlève les capacités relationnelles mais qui les modifie. La façon d'être au monde et en relation des patient-e-s n'est pas pathologique, mais différente, étrangère. C'est dans cette acceptation de la différence que la rencontre peut avoir lieu. Cette question du normal et du pathologique a intéressé le

philosophe Georges Canguilhem pour qui la maladie est une question de normalité et pas d'anormalité¹⁷. C'est parce que, en tant que sujet, nous faisons tous partie de la même ligne normative que nous pouvons nous rencontrer, en nous ajustant aux différences. On ne discute pas avec le "fou", on ne le rencontre pas.

Donato Severo dit de l'hôpital psychiatrique qu'il « n'est pas un lieu de technicité mais un lieu d'accueil. »¹⁸ L'accueil, l'hospitalité de manière plus globale, est un contexte favorable pour permettre aux relations de se déployer dans l'espace. Ainsi l'hospitalité n'est pas une fin en soi, mais une modalité nécessaire pour permettre la rencontre et la relation. Pourtant, l'inhospitalité existe dans les hôpitaux psychiatriques. Les environnements froids voire insalubres ne sont pas rares. Ces conditions mènent parfois les patient-e-s à fuguer de l'hôpital. Je me souviens de ces patient-e-s qui, ensemble, avaient sorti des fauteuils dans le jardin pour profiter du soleil. Certains les avaient empilés pour passer au-dessus du mur et s'enfuir. Je me souviens avoir admiré leur collaboration. Ils avaient réussi, entre eux, à créer une forme de relation thérapeutique qui leur avait permis d'expérimenter une certaine autonomie. Les fugues des patient-e-s ne questionnent pas le niveau de sécurité de nos établissements mais bien le degré d'humanité avec lesquels on les prend en soin.

14 Binswanger Ludwig (1998), *Le problème de l'espace en psychiatrie*, Toulouse, Presses universitaires du midi.

15 Marin Claire (2022), *Être à sa place : Habiter sa vie, habiter son corps*. Paris, Humensis.

16 Ibid, p. 184.

17 Fleury Cynthia (2019), *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard.

18 Severo Donato, Bonneau Lila, *Conversation 16, Architecture et psychiatrie, approches françaises et internationales*, saison 1 épisode 10, mai 2021.

L'espace soignant : Une matrice sur laquelle se tissent les liens relationnels

L'espace soignant est le lieu de la rencontre entre deux subjectivités. C'est dans cette rencontre qu'émergent les liens relationnels dans lesquels les individus sont bousculés. À l'hôpital, les patient·e·s se transforment à travers le contact avec les autres mais aussi à travers le contact de ce qui les entourent : les objets, l'ambiance, les sons, les odeurs, les organisations, les symboles et les imaginaires. Ces relations sont à l'œuvre dans tous les services d'hospitalisation de psychiatrie. La nature positive ou négative des modifications que ces relations déclenchent est, elle, très variable. Il y a des espaces favorables et d'autres plus ou moins hostiles, arides.

Florence Nightingale, infirmière anglaise et pionnière des soins infirmiers du 19^{ème} siècle décrivait comment l'environnement agissait sur les malades : « L'influence sur les malades de la beauté, de la variété des objets, de l'éclat des couleurs n'a peut-être jamais été suffisamment appréciée [...] On dit que ces jouissances n'agissent que sur l'imagination ; il n'en n'est pas ainsi ; quelque peu que nous sachions du mode au moyen duquel nous sommes affectés par les formes, par les couleurs, par la lumière, nous savons du moins qu'elles ont un effet physique réel. La variété des formes et l'éclat des couleurs dans les objets présentés aux malades sont donc un moyen réel de guérison. »¹⁹ Dans cet extrait, Florence Nightingale fait part de son intuition que les choses qui nous entourent (les objets, les couleurs, la lumière etc.) impactent notre façon d'être et notre santé.

La phénoménologie et la notion d'ambiance permettent de déplier cette intuition. L'ambiance est définie par l'expérience phénoménologique, c'est-à-dire pré-réflexive, que nous nous faisons de l'espace. Il s'agit d'une réalité non objective qui se présente au-devant de nous. Cette ambiance tient à ce qui est présent dans l'espace : les objets, les personnes,

les relations. Jean Marc Besse est un philosophe qui s'est intéressé à l'ambiance dans le paysage. Il indique que « les choses qui nous entourent et dont nous faisons l'expérience ne se présentent pas à nous dans une forme strictement délimitée [...] Elles viennent en nous dans une sorte de halo de sonorités de couleurs, de lumières réfléchissantes, d'ombres ou d'odeurs ».²⁰ Le halo dont parle Jean Marc Besse est la raison pour laquelle l'ambiance est une expérience pré-réflexive. Le flou de ces contours ne permet pas encore la perception qui, elle, est un niveau réflexif. Les perceptions nécessitent en effet un traitement cognitif des données sensorielles que le cerveau reçoit. L'ambiance précède la perception. Pour autant, l'ambiance est directement en lien avec les objets. D'où la notion de réalité non objective.



Sensation d'ambiance vs sensation de perception

19 Nightingale Florence (1869), *Des soins à donner aux malades ce qu'il faut faire ce qu'il faut éviter*, Paris, Didier et Cie.

20 Besse Jean-Marc (2018), *La nécessité du paysage*, Maseilles, Parenthèses, p.30.

Florence Nightingale avait déjà cette intuition que l'ambiance agissait sur les malades. Un espace favorable (coloré et varié selon elle) permet au patient-e qui s'y plonge un changement d'état d'esprit dans la relation à soi. Changement possible par l'ambiance qu'il expérimente et les perceptions qu'il en a de l'espace qui l'entoure. Que ce soit de l'ordre du beau ou de l'ordre d'une évocation d'un souvenir agréable. Cette transformation implique en retour une modification dans la relation aux autres. Un sentiment de confiance à l'égard des soignant-e-s par exemple. Ou un sentiment de curiosité vis-à-vis des autres patient-e-s. Les relations se transforment. Dans cette perspective, les relations ne peuvent alors pas être dissociées de l'espace dans lequel elles ont lieu. Et c'est ce que nous dit Claire Marin : « Les lieux ne sont pas innocents : par les interactions qu'ils autorisent ou interdisent, ils m'enferment dans la place que j'occupe ou rendent visibles celle que je pourrais investir. »²¹ Elle décrit le ballonnement que nous subissons dans l'espace. Comme des bouchons à la surface de l'océan. « Nous sommes cadrés, encadrés par l'espace, influencés par son ambiance, sa coloration, son ordre ou son désordre. Perturbés ou stimulés, placés ou déplacés à mesure qu'il bouge, se transforme et nous bouscule. Le lieu où l'on se trouve n'est pas indifférent, il laisse une trace. »²²

L'hôpital en tant que milieu aux qualités esthétiques, sensorielles ou architecturales, agit sur la manière dont les patient-e-s et les soignant-e-s entrent en relation et sont modifié-e-s par ces relations. L'espace de l'hôpital psychiatrique est un espace bouillonnant de relations. C'est l'espace de l'émergence de la relation thérapeutique. C'est dans cette relation que le soin est possible. Comment alors appréhender et apprécier cet espace ? Comment comprendre les qualités qui en font un espace propice ou non aux relations ? Pour cela, il faut pouvoir penser cet espace non pas comme un contenant mais bien comme un **espace plastique** fait d'une matière à la fois définie et impalpable. Une ambiance dans laquelle on plonge. Une trame sur laquelle des relations prennent forme. Un espace fait de plusieurs éléments : une histoire, un territoire, un contexte social, un bâti, un aménagement, des individus, des objets, des pratiques, des sensations, des perceptions, des imaginaires, des souvenirs.

La notion de paysage permet d'appréhender la plasticité de l'espace. Le paysage oscille entre un objet à voir, une ambiance dans laquelle on plonge et un espace des relations. Il est ce qui est là et qui se tient devant nous, mais aussi ce qui se construit à chaque instant. La métaphore du paysage est un moyen que j'utilise pour regarder et expérimenter l'espace de l'hôpital autrement. Elle me permet alors de rendre compte de la complexité de cet espace singulier. Percevoir l'hôpital comme paysage c'est donner une forme à l'espace. **Une forme dans laquelle on peut y jeter son corps.**

21 Marin Claire (2022), *Être à sa place: Habiter sa vie, habiter son corps*, Paris, Humensis, p. 21.

22 Ibid p.21.

Le paysage : Une définition plastique de l'espace

Le paysage à voir

Le paysage à expérimenter

L'hôpital comme paysage à voir et à expérimenter

La définition de paysage par le dictionnaire le petit Robert est « partie d'un pays que la nature offre à un observateur. » Il s'agit alors de ce qui est appréhendable par la vue. Une chose qui se tient devant moi et que je peux décrire. Mais le paysage est aussi une construction sociale, un espace de négociation entre le naturel et le culturel. Un espace où la nature et la culture se transforment l'un l'autre et l'un dans l'autre. La convention du conseil de l'Europe sur le paysage promeut la protection, la gestion et l'aménagement des paysages. En 2000, cette convention donne la définition suivante : il s'agit d'« une partie du territoire telle que perçue par les populations dont les caractères résultent de l'action de facteurs naturels et/ou humains et de leurs interrelations. »

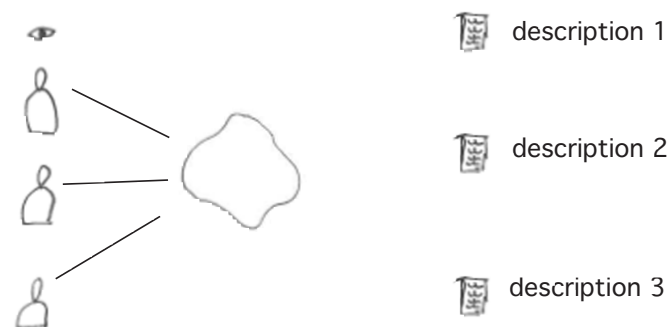
C'est cette dualité entre le paysage à voir et le paysage comme expérience à laquelle je m'intéresse. Elle me permet de mettre au point un protocole d'immersion pour appréhender l'hôpital comme paysage.

Le paysage à voir

De nombreuses disciplines se sont emparées de la notion de paysage. Il y a le paysage scientifique de la géologie, des réseaux hydriques et des plantes. Le paysage pittoresque. Celui qui est digne d'être peint, objet de création. Le paysage social qui explore la manière dont un territoire se construit, se fait approprier. Et bien d'autres paysages encore. Les définitions du paysages s'attachent à la perception visuelle et à la description de ce qui se tient devant nous. La perception implique une certaine subjectivité du paysage. Quand on regarde un paysage, on fait le choix, pas toujours conscient, de ce que nous regardons. Ce que nous regardons ce sont les saillances. C'est-à-dire ce qui fait sens pour nous. Ces saillances dépendent de ce que l'on est, de nos représentations mentales, de nos connaissances, de nos souvenirs ou encore de l'état psychique dans lequel on se trouve au moment où l'on regarde ce paysage.

Une partie du travail de Jean Marc Besse s'intéresse à la théorie du paysage. Dans son essai *La nécessité de paysage*, il insiste sur la subjectivité du paysage qui dépend de l'interprétation de celui ou de celle qui le regarde : « Tout paysage implique un art de la lecture et de l'interprétation, une herméneutique, une clinique voire une symptomatologie. Un art d'observer les surfaces et les phénomènes qui s'y déploient. »²³ Il parle de lecture de paysage. La lecture c'est le décodage et l'assemblage de signes qui permettent de donner un sens à ce qu'on regarde. Si le paysage peut se lire, cela implique qu'il se décode grâce à une méthode. On peut dire que les **grilles de lecture** sont des outils pour orienter le regard vers ce qui est important dans le paysage pour lui donner un sens. Cette grille de lecture varie selon le point de vue que l'on adopte qu'on soit paysagiste, géographe, promoteur, artiste, promeneur ou paysagiste. Le point de vue est l'endroit de l'expertise. Et cette expertise correspond à une grille de lecture que l'on adopte pour regarder un

paysage. Par exemple, le paysagiste s'intéressera aux essences d'arbre, l'artiste aux couleurs et aux contrastes, le paysan aux différentes cultures et au réseau d'irrigation. Les grilles de lecture ne sont pas là pour tenter de rendre objective la description d'un paysage. Elles permettent seulement d'établir la méthode et les règles communes de sa lecture. Par exemple, les sociologues doivent pouvoir se mettre d'accord sur les termes et les éléments importants à décrire pour expliquer la manière dont un territoire se construit. Pour un même paysage on peut utiliser plusieurs grilles de lecture, de multiples descriptions sont alors possibles.



Le paysage à voir

Le paysage à expérimenter

À côté du paysage qui se voit, il y a celui qui existe parce que je suis plongée dedans. Parce que je fais partie du paysage. C'est-à-dire le paysage qui n'existe pas en dehors de mes perceptions. C'est ce que nous dit Augustin Berque pour qui, le paysage « n'existe pas en dehors de nous qui non plus, n'existons pas en dehors du paysage. »²⁴ Augustin Berque est géographe et philosophe. Il s'intéresse à la phénoménologie dans la géographie et a théorisé la notion de trajection. La trajection est un double mouvement qui va du corps vers le monde et du monde vers son propre corps. L'expérience du paysage allie ainsi un mouvement de projection et un mouvement d'introjection (rapatriement symbolique du monde en son corps). La trajection n'est ni vraiment objective ni complètement subjective car elle s'appuie sur un matériel (le paysage vu) existant dans lequel le sujet se projette. En d'autres termes, Jean Marc Besse parle de l'interconnexion entre le Sujet et le Paysage. « Le paysage est une activation de nous-même dans le contact que nous avons avec les choses, les êtres et l'espace. »²⁵ Le paysage expérimenté est un espace en mouvement et en transformation : « Le paysage est avant tout constitué de relations. Plus exactement il est l'espace des métamorphoses : le paysage est le milieu vivant de compositions instables au cœur desquelles les humains sont plongés et dont ils participent. »²⁶

La notion de temps permet d'appréhender les transformations de l'espace. Le mouvement c'est la vitesse et donc le temps. Le temps qui traverse le paysage est de plusieurs sortes. Il y a les rythmes. C'est-à-dire des effets de temps réguliers et plus ou moins prévisibles. Il s'agit du rythme nyctéméral, de celui des saisons mais aussi celui des moissons ou des fêtes populaires. Et il y a le rythme

des catastrophes. Les catastrophes qui frappent le paysage. Qui font s'arrêter ou accélérer le temps. Les catastrophes naturelles (phénomènes écologiques), les catastrophes culturelles (les guerres) et les catastrophes humaines (la maladie). Et il y a le temps qui passe. Celui qui laisse des traces, des preuves des mouvements du passé et des transformations. Il s'agit des traces géologiques dont on regarde les circonvolutions des couches de sédimentation avec un léger vertige quand on pense aux milliers d'années qui nous précèdent. Il y a aussi les ruines qui indiquent les organisations des sociétés humaines plus anciennes. Le paysage est en mouvement. « Le paysage doit être compris comme un espace et un temps de transformations, de déplacements et de débordements qui en font une entité instable, dynamique, évolutive. »²⁷

L'hôpital comme paysage qui s'expérimente c'est d'abord l'ambiance dans laquelle sont plongé-e-s les patient-e-s et les soignant-e-s. Ce bain pré-sensoriel rythmé par les différents temps qui traversent l'espace. C'est ensuite l'activation de nos sens et de nos souvenirs, puis la manière dont on pratique l'espace qui se construit et se transforme à chaque instant. L'hôpital comme paysage qui s'expérimente est l'espace matriciel dans lequel se nouent les relations. Un espace perçu comme chaleureux transmettra un sentiment de bien-être chez le-la patient-e. Cet agissement en retour de l'espace de l'hôpital sur le-la patient-e implique que le sujet se modifie, qu'il se jette différemment dans l'espace thérapeutique. Cette nouvelle projection se traduit alors par des capacités relationnelles de communication et de perception, qui ont été modifiées par l'espace.

La notion de paysage permet de définir ce que serait l'espace soignant : un espace plastique qui agit en retour au travers des perceptions, des ambiances et des pratiques. Cet agissement en retour a pour objectif, puisqu'il s'agit de soin, de permettre aux relations de s'étendre et aux liens à soi, aux autres et au monde de se (re)nouer. De la qualité du paysage dépend la nature des modifications qui impactent les patient-e-s et les soignant-e-s.

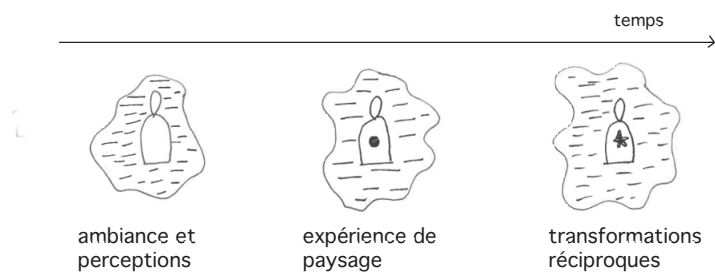
24 Berque Augustin, Michel Conan, Pierre Donadieu, Bernard Lassus, et Alain Roger (1994), *Cinq propositions pour une théorie du paysage*, Seyssel, Champ Vallon, «Pays / Paysages».

25 Besse Jean-Marc (2018), *La nécessité du paysage*, Marseilles, Parenthèses, p.34.

26 Ibid, p.11.

27 Besse Jean-Marc (2018), *La nécessité du paysage*, Marseilles, Parenthèses, p.35.

Un environnement favorable permettrait aux patient·e·s de développer des compétences relationnelles tandis qu'un environnement hostile favoriserait le repli.



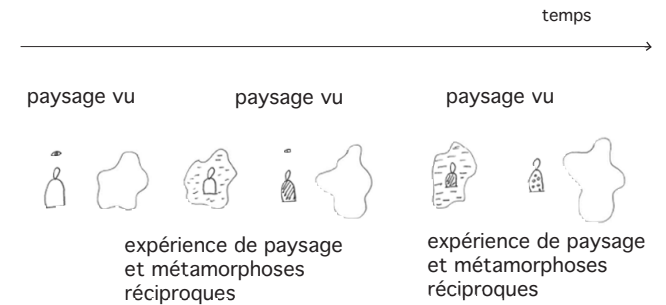
La trajection dans le paysage

L'hôpital comme paysage à voir et à expérimenter

L'hôpital comme paysage qui se voit ne peut pas être dissocié de l'hôpital comme paysage qui s'expérimente. Et l'inverse est tout aussi juste. L'hôpital comme paysage à voir est le socle sur lequel prend forme l'espace de l'hôpital comme paysage à expérimenter. En retour, l'espace de l'hôpital comme paysage à vivre impacte les perceptions que nous avons de l'hôpital comme paysage à voir. C'est ce que nous dit Augustin Berque : « Il faut comprendre le paysage en tant, d'une part, qu'il est vu par un regard, appréhendé par une conscience, valorisé par une expérience, jugé [...] par une esthétique et une morale, géré par une politique etc. ; et d'autre part, en tant que matrice, c'est à dire en tant qu'il détermine, en retour, ce regard, cette conscience, cette expérience, cette esthétique et cette morale, cette politique etc. »²⁸

L'hôpital comme paysage est une forme matérielle traversée par le temps et les métamorphoses relationnelles. Une forme observable et manipulable. Une forme qui agit sur les individus qui la traversent. Une forme qui se tient devant nous et dans laquelle on peut se plonger. Une forme avec laquelle on peut agir.

Comment alors éprouver l'hôpital comme paysage à la fois à voir et à expérimenter ? Quels outils utiliser ? Et comment rendre compte de cette expérience ? Pour tenter de répondre à ces questions, je propose de jeter mon corps dans l'espace de l'hôpital comme paysage afin de le vivre.



Le paysage à voir et à expérimenter

28 Berque Augustin (1984), Paysage-empreinte, paysage-matrice : éléments de problématique pour une géographie culturelle, *L'Espace géographique* Vol.13, n° 1.

Une balade dans le paysage

L'hôpital comme paysage à vivre

Balade immersive dans l'hôpital comme paysage

L'immersion, une action d'évaluation

Le re-saisissement

Une immersion dans un paysage est une immersion qui implique tous les sens. Dans son livre *Passeurs de paysages*, Sonia Keravel parle de saisissement pour parler de la manière dont le paysagiste ressent et pressent le milieu qu'il expérimente. Pour elle, le saisissement est un art de la rencontre. « [...] rencontre entre un sujet, le paysagiste, et un endroit, le site à aménager. Cette rencontre entre le site et le paysagiste se fait à double sens : le paysagiste reçoit et renvoie ; il écoute le site mais il s'y projette aussi. »²⁹ Cette rencontre implique une écoute de tous ses sens « pour saisir le site, le paysagiste [...] l'arpente pour en avoir une connaissance directe, il l'écoute, il touche, il sent. »³⁰ Le·la paysagiste tente de conserver ce premier sentiment. Pour cela il dessine, prend des photos, enregistre des sons, cueille des plantes, écrit. « Le paysagiste fixe les émotions et les sensations que font naître en lui ces paysages. »³¹ Selon Sonia Keravel, cette première rencontre est fondamentale. Les premières impressions ressenties sont le point de départ voire même le fil conducteur d'un projet de paysage. Car c'est dans cette toute première rencontre que les intuitions naissent.

Vivre l'hôpital comme paysage me permet d'envisager l'espace comme un espace sensoriel et donc d'utiliser des outils qu'on a peu l'habitude d'utiliser à l'hôpital. Je peux expérimenter les outils du paysagiste : le dessin, la photographie, les enregistrements sonores, les récits. Ces outils me permettent alors d'aller explorer la sensorialité de l'hôpital.

Je prépare mon immersion en décidant d'adopter une posture nouvelle, d'agir comme dans un paysage : de déambuler, de m'arrêter, d'observer longuement, de m'installer parfois un peu à distance. Je me prépare à prendre le temps d'écouter mes sensations, à interroger

ceux qui sont dans le paysage sur leur ressenti de l'espace : les patient·e·s, leurs proches, les soignant·e·s. Je me tiens disponible pour discuter avec elles-ux et les rencontrer, pour nouer des relations dans l'espace. Je vais aussi collecter les éléments qui m'entourent : les matériaux, les textures, les couleurs, les objets, les aménagements, les usages prévus, les pratiques que j'observe, la symbolique des objets ou encore l'appropriation des lieux et leur histoire.

Pour mon tout premier plongeon dans l'hôpital comme paysage, je décide de m'immerger dans le service dans lequel j'ai travaillé pendant deux ans. Ça fait maintenant plusieurs années que je n'y travaille plus. Seul·e·s les soignant·e·s et certain·e·s patient·e·s me connaissent. L'hôpital comme paysage est un ensemble de lieux singuliers : chambre hôtelière simple ou double, chambre de soin intensif, salles d'activités, poste de soin, bureau infirmier, réfectoire, espace administratif, couloirs, jardin ou patio.

Je décide de m'intéresser à deux espaces en particulier qui sont les chambres des patient·e·s et un espace d'attente situé devant le bureau infirmier. Le premier est un espace de l'intime, quant au second, son usage est moins clairement défini. À la fois d'attente et de passage. Un espace qui m'a souvent interrogée quand j'y travaillais comme psychiatre. Une sorte de salle d'attente dans un couloir.

29 Keravel Sonia (2015), *Passeurs de paysages : le projet de paysage comme art relationnel*, Genève, MetisPresses, p.15.

30 Ibid, p. 16.

31 Ibid, p. 16.

Balade immersive dans l'hôpital comme paysage

La chambre de François

Le 02.09.2022 à 9h17

Ce jour il fait gris, les éclaircies sont rares mais là. La pluie ne devrait pas tarder à tomber. Je rencontre François. Il a 42 ans et est hospitalisé dans le service depuis un mois. Quand on me présente François, il est endormi, habillé sur son lit. Ses chaussures aux pieds sur ses draps blancs. Ce qui me frappe au premier abord c'est l'absence d'effets personnels. Il n'y a rien. Le placard, ouvert, est vide. Ensuite, c'est l'effet du blanc. Tout est blanc dans cette chambre. Du mobilier aux murs en passant par les draps. Il ne s'agit pas d'un blanc éclatant mais plutôt un blanc gris et terne. Le service a été refait à neuf il y a quelques mois. L'odeur est plutôt neutre. Des vapeurs de tabac froid flottent dans l'air.

Je m'installe au bureau devant la fenêtre. Lui, reste dans son lit. De la fenêtre j'aperçois le jardin. La vue est coupée par des bandes de papiers mates collés sur la vitre. Une attention pour préserver l'intimité ? On aperçoit à peine le vert des arbres. La fenêtre en bois s'ouvre sur le côté d'une ouverture de moins de vingt centimètres.

Quand je demande à François de me présenter sa chambre, il me dit : "Ma chambre c'est ma prison". Il a connu l'hôpital avant les travaux, pour lui ça ne change rien, "c'est laid". Il est de contact facile et très enclin à discuter. "Moi, j'écris beaucoup". Il me dicte un texte qu'il me demande d'écrire. Je m'exécute : "Pour savoir qui ils sont, les gens se regardent dans le miroir. Pensant se connaître, ils ont tort car le miroir ne parle pas, il diffuse une image." Quelle image renvoie-t-il quand il se place devant un miroir ? Est ce qu'il se connaît ? N'est-il pas en train de parler de sa difficulté à lui à se reconnaître ? Il me dit passer peu de temps dans sa chambre. Quand il y est, c'est seul et dans son lit. "Il n'y a rien à faire".

Quelquefois, il invite d'autres patients dans sa chambre : "Surtout le soir, on ne peut pas aller dans le jardin et on n'arrive pas à dormir. On discute".

Quand je lui demande pourquoi il n'a aucune affaire personnelle, il me dit que c'est à cause des vols. "La dernière fois, je me suis fait voler des affaires. Je ne prends plus rien de chez moi. Mes papiers importants sont dans le bureau des infirmiers". Dans le placard de la chambre, il y a un coffre-fort. Je lui demande ce qu'il y range. Il l'ouvre et en sort une veste. Il accepte que je la prenne en photo. Il prend le temps de la positionner sur le lit. Une fois terminé, il la remet dans le coffre. Cette veste semble alors si précieuse. Au fil de la discussion, je comprends qu'il est sans domicile. Ma question à propos de ses affaires personnelles devient tout à coup absurde. Il n'en n'a pas.

Je remarque un sac en papier kraft dans son placard. Je l'interroge à ce sujet et il en sort deux manteaux de petites filles. "Je les ai trouvés dans une poubelle. Je les ai pris car ils étaient propres." Il les replie avec beaucoup de soin avant de les remettre dans le sac puis dans le placard.

Il me montre sa salle de bain. Une douche sans vasque, un pommeau accroché directement au mur. Un miroir, un W.-C. blanc. Une brosse à dent est abandonnée sur le coin du lavabo. Pas de dentifrice. Il n'y a pas de serviette, "quand on veut se laver, il y a de l'eau partout". Je veux bien le croire.

Le mobilier de la chambre est composé d'un lit, d'un fauteuil, d'une chaise, d'une table de nuit, d'une table à roulette que l'on peut passer au-dessus du lit. "Cette table, je ne sais pas à quoi elle sert. Moi je ne m'en suis jamais servi", un placard avec une tringle, un coffre-fort, un bureau le long de la fenêtre, une télévision. "De toute façon, la télé, elle ne marche pas."

Quand j'essaye de prendre le mobilier en photo, cette chambre me semble tout à coup trop pleine. Je soulève la chaise par-dessus le lit. Je cogne le mur. François m'aide. Et cette chambre, qui me paraissait vide, devient pleine comme un œuf. Encombrée de choses non utilisées.

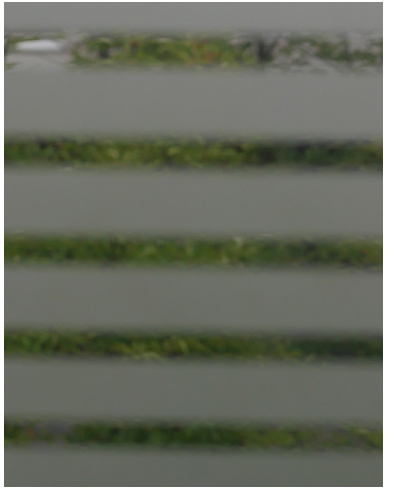
Pendant que nous discutons, un autre patient nous rejoint dans la chambre. “Est-ce que tu peux ressortir et attendre que j’ai fini avec madame ?” Je comprends que nous sommes dans son espace à lui. C’est déjà une forme d’appropriation. Il s’agit de sa chambre et il décide qui peut y rentrer et quand. Il y a un verrou à la chambre. Il peut s’enfermer dedans et ça, ça le rassure. Il préserve ses affaires et son intimité.

Quand nous terminons l’entretien, je lui demande s’il accepte que je le prenne en photo. Il est d’accord. Il me dit : “Voilà, là dans mon lit, allongé. C’est comme ça que je suis dans ma chambre.” Ce lit, pourtant si peu accueillant, est son refuge. Lui à l’hôpital, c’est lui dans son lit, dans sa chambre qu’il considère comme une prison. “La dernière fois, je me suis enfui. J’ai sauté par-dessus le mur au fond du jardin. On était deux. Il suffit d’enjamber et de courir. Peut-être que je vais m’enfuir cette fois aussi.” Je pense aux mots de Claire Marin : « Les espaces sont étanches, cloisonnés, on ne passe pas de l’un à l’autre en se laissant dériver, en suivant la pente. Il faut l’escalader, abattre les cloisons et les murs. Ou plus prudemment, apprendre les sésames, déchiffrer les codes, s’initier à la langue. »³² François n’a pas encore les codes, les codes pour passer les portes de l’hôpital sans avoir à y escalader les murs.

Il me montre ses mains sur lesquelles il a dessiné à la peinture ce qui semble être une fleur rouge “C’est un trèfle à quatre feuilles. C’est pour porter chance. J’en ai déjà trouvé trois des vrais. Mais quand je les garde dans mon portefeuille, ils pourrissent. Là, il ne pourrit pas.” Ce grigri, posé là sur sa main, semble être, à ce moment, si important pour lui. Ce dessin sur son corps, comme un acte de liberté. Celui-là, seul l’eau pourra le lui voler. Encore faut-il qu’il entre dans cette douche hostile qui inonde l’espace.

Alors que je suis dans le couloir, je suis interpellée par une jeune fille au regard hagard. Elle me demande si je peux lui donner mes bijoux. Je lui dis qu’il s’agit d’objets importants pour moi et que je ne veux pas les donner. Je me présente. Elle s’appelle Lola et elle souhaite me montrer sa chambre.

Elle me tire par le bras. Il y a comme une urgence à ce que je la suive.





« Le coffre, le coffret surtout, dont on prend une plus entière maîtrise, sont des objets qui s'ouvrent. Quand le coffret se ferme, il est rendu à la communauté des objets ; il prend sa place dans l'espace extérieur. Mais il s'ouvre ! [...] Le dehors est rayé d'un trait, tout est à la nouveauté, à la surprise, à l'inconnu. [...] les dimensions du volume n'ont plus de sens parce qu'une dimension vient de s'ouvrir : la dimension d'intimité. »

Bachelard Gaston (2020), *La poétique de l'espace*, Paris, Presses Universitaires de France, p.148.



La chambre de Lola
Le 02.09.2022 à 10h05

Quand on arrive dans sa chambre, il fait sombre. Les volets sont à moitié fermés. en pleurant elle dit : “Je déteste cette chambre. On va me tuer, je veux rentrer” On discute un peu, elle s’apaise. Elle a 20 ans et c’est la première fois qu’elle est hospitalisée.

Il y a peu d’effets personnels. Dans son placard, des affaires sont rangées. Elle ne sait pas s’il y a quelque chose dans son coffre-fort. Elle me présente un kit qui lui a été donné à son arrivée à l’hôpital. Elle ne l’a pas ouvert. Il est toujours dans son papier plastique. Dedans, il y a une brosse à dents, une savonnette, des cotons-tige. C’est donc ça le kit de bienvenue ?

À la porte de la salle de bain pendent des affaires qu’elle a lavées et qu’elle fait sécher. Je me rappelle d’une patiente qui avait fait une lessive et qui avait fait pendre son linge à tout ce qu’elle pouvait dans sa chambre, le long du lit, sur les chambranles de porte et sur les meubles. Un investissement de la chambre pour une pratique domestique.

Le mobilier est le même que celui de la chambre de François si ce n’est qu’il n’y a ni fauteuil ni bureau. Elle me montre la salle de bain. Il n’y a pas de miroir. Pour se regarder, elle se penche sur la poignée en inox de la douche. C’est le seul moyen qu’elle a de voir son reflet. Et cela semble si important pour elle. Comme si elle devait s’assurer qu’elle n’allait pas disparaître. Les mots que François m’a dictés tout à l’heure résonnent. Se regarder pour se connaître. Se voir pour se reconnaître. Elle revient vers moi. Trop proche de moi. La détresse se lit sur son visage.

Au moment de quitter sa chambre j’aperçois un morceau de papier déchiré au mur. Dessus il est écrit “Bonjour” d’une écriture ronde et enfantine. “Je ne sais pas qui l’a écrit. C’était là quand je suis arrivée”. Ce morceau de papier interpelle d’un “Bonjour” qui se voudrait accueillant. Mais le

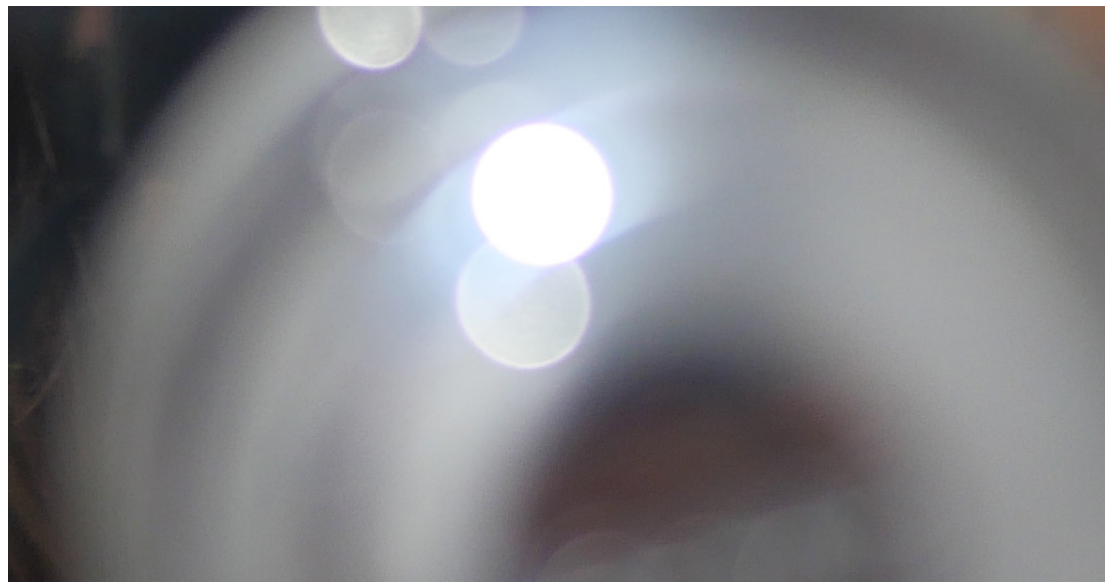
papier déchiré porte en lui une violence qu’on ne peut pas ne pas ressentir.

Je suis soulagée de quitter la chambre. Lola sort avec moi. Elle aussi semble heureuse de quitter cet endroit dans lequel elle semble si apeurée.



« Habiter une chambre, qu'est ce que c'est ? Habiter un lieu, est-ce se l'approprier ? [...] À partir de quand un lieu devient-il vraiment vôtre ? Est-ce quand on a mis à tremper ses trois paires de chaussettes dans une bassine de matière plastique rose ? Est-ce quand on s'est fait réchauffer des spaghettis au-dessus d'un camping-gaz ? [...] Est-ce quand on a punaisé au mur une vieille carte postale [...] ? Est-ce quand on y a éprouvé les affres de l'attente, ou les exaltations de la passion, ou le tourment de la rage de dents ? »

Perec Georges, *Espèces d'espaces*, Galilée, 2000, p. 47.



La chambre de Sylvain

Le 02.09.2022 à 10h24

Sylvain est un jeune homme de 21 ans. Quand je rentre dans sa chambre il m'accueille en disant : "Faites comme chez vous". Sa chambre est de loin la plus accueillante. Elle est située dans l'aile de l'unité des adolescent-e-s qui a été exceptionnellement ouverte aux adultes en raison du manque de personnel durant l'été. L'ambiance y est différente. La lumière est plus douce. On a le sentiment, au moment où l'on franchit le seuil de la porte, que la chambre est habitée. Une casquette est posée sur la table de chevet. Il y a des chaussons aux pieds du lit. Des bouteilles d'eau et des paquets de gâteaux sont entreposés sur le bureau. Je m'étonne de voir un porte-manteau largement investi. Un short et des tee-shirts y sont pendus.

Quand je lui demande s'il se sent bien dans sa chambre, il se dirige vers la fenêtre, appuie sur l'interrupteur pour lever les trente derniers centimètres du volet roulant, et ouvre grand ses bras comme pour m'inviter à regarder la vue. "J'ai une jolie vue sur les voitures. Mon rêve, c'est d'avoir une voiture." En effet, sa fenêtre donne sur le parking bétonné de l'hôpital. Je me dis que ce n'est pas la plus jolie des vues. Mais lui, semble si fier et heureux d'avoir cela sous ses fenêtres. Je suis touchée par son enthousiasme.

"Ma chambre, c'est comme un studio. C'est comme ma maison. Je n'ai jamais eu de chambre seul." Il m'explique habiter dans un T2 avec ses parents et son frère "laisse tomber l'état de l'appartement." Dans sa chambre, il se sent bien. Il l'a investie comme un chez lui, pourtant il rêve de retourner dehors. "D'être à nouveau libre." Il me dit qu'il n'invite jamais personne dans sa chambre. "Surtout pas les filles" mais je n'arrive pas à comprendre ses explications. "J'ai montré ma chambre à ma famille pour qu'ils voient que j'étais bien installé et qu'ils ne s'inquiètent pas."

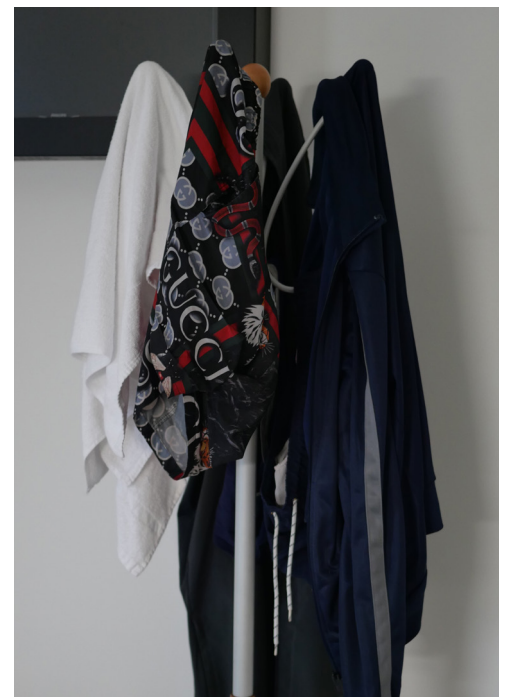
Il me montre son placard et ses affaires bien rangées. Il souhaite que je prenne en photo un tee-shirt à lui en

particulier. Il s'agit d'un tee-shirt rose fluo avec écrit dessus "Midi-Midi". "C'est une entreprise dans laquelle j'ai travaillé. Mais je n'aurais pas dû. Maintenant je m'en sers pour faire du sport."

Le mobilier est identique aux autres chambres, à l'exception d'un porte-manteau. Dans cet environnement-là, l'objet semble accueillir les visiteurs. Les inviter à s'installer et à rester un moment. Les vêtements que Sylvain a décidé d'y accrocher le rendent presque vivant. Une présence rassurante. Un mur est peint en vert. C'est parce qu'on est dans l'unité des adolescents. Sylvain me dit ne pas l'avoir remarqué.

Quand il me fait visiter sa salle de bain, il vérifie les toilettes avant de me laisser entrer. Je suis touchée par ce geste. Il semble se soucier de ce que je pourrais penser. Il est attentif à l'image qu'il renvoie. Ici encore, l'espace est habité. Une brosse à dents et son dentifrice sont posés sur le lavabo. Il y a une crème à raser et un déodorant. Ça sent le gel douche. Une odeur poivrée.

Quand je lui demande si je peux le prendre en photo il met sa casquette "cette casquette, je l'ai toujours". Et il prend la pause. Je lui montre la photo et il préfère que nous la prenions de nouveau. Cette fois, il sourit plus nettement. Il semble content du résultat.



L'espace d'attente
Le 02.09.2022 à 10h54

Ce jour, je passe par cet espace. J'y passe parce que tout le monde y passe. En fait c'est un passage obligatoire. "Est ce que quelqu'un a des cotons-tige à me donner ?" lance à la cantonade un patient à l'assemblée présente. Quatre personnes sont assises et se font face. Deux d'entre elles discutent. L'une d'elle est Lola. Elle est accrochée au bras de l'autre patiente, son visage porte sur lui la terreur qu'elle semble ressentir.

Cet espace est une sorte de rectangle. Deux de ces faces sont des murs. Une autre de ces faces est l'ouverture vers l'escalier qui mène au rez-de chaussée. La dernière est le bureau des infirmier·e·s. L'espace est traversé de trois couloirs de distribution. Un vers le rez-de-chaussée, un vers des chambres du premier étage et un dernier vers d'autres chambres du premier et du deuxième étages. Une grande fenêtre s'ouvre (ouvre la vue, la fenêtre, elle, ne s'ouvre pas) vers les arbres du jardin. Le plafond est très haut. Du deuxième étage, des vitres permettent de voir ce qu'il s'y passe. Comme mobilier, on retrouve deux banquettes de chaises typiques des salles d'attente. L'espace n'est pas très grand. L'un des murs est en brique blanche. Les autres sont blancs ou vitrés. Le sol est en carrelage blanc.

Du côté du bureau infirmier, il y a une porte et une large fenêtre habillée d'un store vénitien qui se ferme et s'ouvre au gré du besoin. Ce besoin je le connais car j'ai été médecin dans cette unité. On ferme quand on ne souhaite pas être "dérangé". On ferme pour que les personnes à l'extérieur du bureau ne puissent pas savoir qui s'y trouve. Hop, on tourne entre le pouce et l'index la baguette du store et on pense que les coups incessants des points des patient·e·s qui s'abattent sur la porte vont cesser. Cette méthode ne marche pas. Sur la fenêtre, il y a deux feuilles scotchées. L'une indique l'heure de distribution des cigarettes : 9h et 11h30 le matin. 14h30 et 17h30 l'après-midi. L'affiche précise "Et pas avant". Elle indique aussi que les téléphones portables sont à charger la

nuit dans ce bureau "En vous remerciant..." L'autre feuille est le planning des activités du service : groupe de parole le lundi, jeux de société le mardi, théâtre le mercredi, dessin le jeudi, activités détente le samedi, activité musique le dimanche. Ces activités représentent une partie du rythme qui traverse l'espace. Les autres rythmes sont ceux des changements d'équipe, à 7h, à 14h puis à 21h. Le rythme des repas, de la prise des traitements, des visites des proches, des entretiens avec le médecin, des réunions institutionnelles, des transmissions soignantes... Certains de ces rythmes sont réglés comme sur du papier à musique. D'autres sont plus aléatoires. Et parfois le rythme se grippe.

Ce jour, le rythme s'est grippé. Il est **11h12** quand l'alarme du service retentit. On l'appelle "renfort" car elle est le plus souvent activée quand il y a une "agitation". De tous les côtés accourent alors, en blouse blanche, les soignant·e·s, prêts à contenir le·la patient·e agité·e. Je suis dans le bureau infirmier. La porte vers l'espace d'attente est ouverte. Très vite, je comprends qu'il ne s'agit pas d'une agitation. Un patient vient d'être retrouvé dans sa chambre en arrêt cardio-respiratoire. Il a fait une tentative de suicide. Les bruits des soignant·e·s qui courent devant le bureau "chariot d'urgence" "adrénaline" "voie veineuse" "défibrillateur". Je demande s'il y a besoin de relais pour le massage cardiaque. "Pas besoin, on est nombreux". Je reste donc assise là à observer les soignant·e·s. Je suis là, dans une posture de chercheuse mais aussi de médecin. Il semble que je regarde ce qui se passe de loin. Comme un peu coupée de ce que je ressens. Et puis je comprends qu'il s'agit d'un patient que je connais et dont la mère est une patiente que je suis. Je l'ai d'ailleurs vue deux jours auparavant. Déflagration. 11h50 le décès est prononcé. Je vois mes collègues choqué·e·s. Quelques instants plus tard, c'est une patiente en pleurs que je tiens dans les bras.

Parfois, à l'hôpital, il se passe des catastrophes naturelles. Des événements brutaux et inattendus qui font s'arrêter le temps et chavirer l'espace.

L'espace d'attente
Le 08.09.2022 à 9h32

Je m'installe dans l'espace d'attente. Je m'étonne car la dernière fois que je suis venue, les deux banquettes se faisaient face. Là, elles sont l'une à côté de l'autre, le long du mur en brique. J'interroge la dame installée à côté de moi. Elle s'appelle Samia, elle a 55 ans et est hospitalisée depuis plus d'un mois. Elle est souriante et tout à fait disposée à me parler : "Je ne sais pas pourquoi ça a été déplacé. Ça s'est fait pendant la nuit car hier quand je me suis couchée, celle-là était encore là." Je lui demande pourquoi elle attend ici. "On vient ici pour les cigarettes surtout". Je raconte pourquoi je suis là. Un homme nous rejoint. Il a fait une école d'art. Il m'explique ses projets. Je comprends. Un peu. Au loin, on entend des bruits de coups portés sur une porte. Il est là depuis 15 jours. C'est la première fois qu'il est hospitalisé ici. Il dit : "C'est un peu comme Le Corbusier ici, les grandes baies vitrées, les toits en terrasse, le haut plafond." C'est vrai qu'on retrouve une architecture moderniste dans cet espace. Je l'interroge sur ses impressions "J'aime pas trop, c'est pas confortable", "C'est pas un espace d'attente", "On est là juste pour être visible du personnel". "On peut pas attendre, on peut pas s'installer, on peut pas profiter de l'espace justement assez aérien qui est ici." Et quand je lui parle, je me rends compte que cet espace est en effet agréable. À propos de son usage, il pense qu'il sert à surveiller les patients. "C'est pour le flicage. Un peu comme si c'était le commissariat là", dit-il en montrant le bureau infirmier. Il raconte comment les gens viennent, regardent par la fenêtre du bureau, tentent d'interpeller les soignant-e-s "sans avoir forcément de réponse, sans avoir forcément d'échange". Et quand il me parle, trois patients ont le visage collé contre la fenêtre. "Ici c'est un espace contraint", conclut-il. Je lui demande où il passe le plus de temps. "Moi il n'y a pas d'espace où je me sens à l'aise parce que les sièges ne sont pas réconfortants. Il n'y a pas d'appui-tête, c'est ça qu'il manque. Mon seul espace de détente c'est quand je fume des cigarettes alors que je ne fume pas normalement". Une patiente que je connais bien arrive.

"Je viens souvent ici, c'est pour voir tout le monde", dit-elle dans un grand sourire qui dévoile l'intégralité de ses dents.

10h17

La réunion des transmissions entre les infirmier-e-s et les médecins se termine. La porte du bureau s'ouvre. Le brouhaha de la fin des discussions envahit l'espace. Les patient-e-s se dirigent en un seul bloc vers les soignant-e-s. Les demandes se multiplient. Puis le bruit cesse. Les entretiens médicaux démarrent. Les patient-e-s espèrent que ce sera bientôt leur tour. "J'attends pour voir le psychiatre", me dit le patient qui s'assoit à côté de moi. Il part au bout de quelques minutes. Il reviendra en silence, s'asseoir à nouveau un peu plus tard. Puis repartira : "Ici on tourne". Et en effet, ça tourne. Les corps ralentis par les médicaments passent et repassent dans cet espace. On entend les frottements des pas sur le sol. Les corps déambulent lentement. Parfois les corps se croisent. Les "bonjour" retentissent régulièrement. Les mains se touchent pour se saluer. C'est aussi le lieu des rencontres informelles entre les patient-e-s et les soignant-e-s. Un médecin profite de la présence d'une patiente pour lui donner un document à signer. Une infirmière informe un autre que Sylvie viendra le chercher demain pour aller à l'hôpital de jour. Ces informations sont données au hasard des personnes qui sont là. Comment ces informations auraient été échangées si les patient-e-s ne se trouvaient pas là, à ce moment-là ?

Deux femmes s'installent de part et d'autre de moi. On entame la conversation. La configuration des sièges n'est pas propice à la discussion. "Ils ont déplacé les chaises parce qu'ils ont fait le ménage". Le mystère est donc levé. Je propose de remettre une banquette contre l'autre mur pour que les deux banquettes puissent se faire face. Les deux patientes sont d'accord. Alors que je m'apprête à déplacer l'une des banquettes. Une patiente me dit que "c'est l'autre qui était là". Nous voilà donc toutes les trois à déplacer les deux banquettes. Ce déplacement vif et énergique contraste avec la mollesse des déplacements qui avaient lieu jusque

là. Je m'étonne de la manière dont l'ambiance change d'un instant à l'autre ici. La discussion reprend. "On peut rester ici pour rien faire. Moi je viens pas beaucoup ici, je suis souvent dans ma chambre. Je viens ici quand j'attends pour les traitements, quand j'attends pour descendre au self." Je demande ce qui s'y passe. "Hier il y a eu le goûter." Les aides soignant·e·s se mettent devant la porte du bureau avec un chariot et servent aux patient·e·s une boisson et une collation. "Parfois c'est là et parfois c'est en bas dans le hall, ça dépend." Personne ne sait de quoi ça dépend.

La danse des patient·e·s se poursuit toujours autour des chaises. Comme un jeu de chaises musicales. L'une des banquettes comporte trois places. Mais quand un·e patient·e vient s'installer au milieu, un·e des patient·e·s assis·e·s à une extrémité se lève. Celui·celle du milieu prend alors sa chaise. Il n'est pas possible de tenir à trois. Les corps se serrent trop. Je me rends compte que dans cet espace, le monde appelle le monde. Il y a d'abord comme un mouvement de remplissage. Plus il y a de personnes, plus les gens s'arrêtent. Quand un seuil semble être atteint, les gens s'en vont. L'espace se vide peu à peu. Puis ce mouvement d'accordéon reprend. Quel est ce seuil de remplissage ?

Je profite du passage de Martine, une aide-soignante, pour l'inviter à s'asseoir pour qu'elle me parle de la manière dont elle voit cet espace. Elle travaille ici depuis 7 ans. Je lui demande à quoi sert cet endroit. "Au début, on s'en servait plus pour surveiller les patients. On laisse la porte du bureau ouverte et on a vue sur les patients". Je comprends qu'avant, les patient·e·s qui ne pouvaient pas aller au self venaient manger ici. On poursuit. "Souvent les patients se croisent ici, surtout pour nous solliciter et il peut y avoir de la tension." "Les patients se disputent plus ici car ils sont concentrés là, c'est petit." "Avant il y avait les visiteurs qui attendaient ici. Maintenant ils vont en bas. C'était une salle d'attente pour qu'ils puissent s'annoncer." Un patient arrive, jovial. "Salut Martine, ça va ? La santé ?" Comme une ambiance de place de village, tout à coup.

Au loin, les bruits de portes qui grincent, se ferment. Un bruit de clé. Le bruit strident des portes automatiques. Le brouhaha des chariots "C'est la ravitaille !" lance un patient à celui qui transporte les stocks de lessive, de savon et de serviettes.

Une jeune fille s'installe. Elle s'appelle Marie. Ses cheveux semblent tenir seuls, tout droit sur sa tête : "C'est parce que j'ai un nœud qui prend toute la tête. J'avais une coiffure comme la vôtre avant mais je l'ai laissée trop longtemps. J'espère qu'on ne va pas être obligé de les raser." J'apprendrai plus tard que cette patiente, arrivée ici il y a trois jours, avait passé deux ans enfermée dans sa chambre. Elle vient ici pour discuter avec les "compagnons de chambre". C'est comme ça qu'elle nomme les autres patient·e·s du service. Je la questionne sur l'impression qu'elle a de cet espace. "Le mur en brique fait moins hôpital. C'est agréable. Mais il manque une fresque." Je m'étonne. "Une fresque qui reprend l'histoire du service. Comme un symbole." Cette jeune fille coupée du monde depuis tant de mois cherche un moyen de s'y raccrocher. Elle a raison. L'histoire, les traces, sont un bon moyen de réintégrer l'espace et le temps. Le temps perdu parfois. "Il manque des chaises aussi. Les patients s'assoient carrément par terre." Un jeune homme nous rejoint. Je le connais, c'est Sylvain, il m'a présenté sa chambre la semaine dernière. Une relation douce et amicale semble avoir lié ces deux personnes qui se charrient en souriant. Tous les deux ont une devise qu'ils me dévoilent. "Être patient c'est la clé de la réussite ici", clament-ils en cœur dans un sourire. Sylvain me montre un trou dans le mur dans lequel passe des fils électriques : "Moi je suis électricien et ça c'est hyper dangereux. Ça devrait pas être comme ça." On se questionne sur un dispositif accroché au mur. Une sorte de grillage avec un morceau de métal. Il y en a quatre exemplaires placés à environ 2,50 mètres du sol. Sylvain et Marie pensent qu'il s'agit d'une baffle. Je soumets l'idée de lumières. Sylvain monte sur une chaise pour essayer de regarder. Le doute persiste sur la nature de ces dispositifs. "On regardera ce soir si elles s'allument". Marie s'étonne que le personnel n'ait pas d'espace personnel justement.

“On les voit forcément passer”. Sylvain, lui, ça le rassure de les voir passer. Marie attentive : “Oui mais tout le monde aime avoir son espace.” Je lui demande où il est, à elle, son espace personnel. Elle est dans une chambre double. “Quand j’écoute de la musique c’est comme si j’étais toute seule, dans ma bulle.” Sylvain, lui aussi, insiste sur l’importance de la musique. “Parfois les infirmiers mettent de la musique, mais moi je préfère écouter tout seul.”

Je me retrouve seule. Il est midi. Personne ne passe. Je m’étonne car c’est l’heure des traitements avant le déjeuner. Je pensais que les patients seraient là, à attendre le traitement et l’ouverture du self qui est encore fermé. J’ai comme le sentiment d’avoir loupé quelque chose.

Le médecin généraliste du service vient s’asseoir à côté de moi. Ça fait longtemps qu’on ne s’est pas vus. On se donne des nouvelles. Je lui explique ce que je fais là. Il dit : “En fait, il est agréable pour discuter, cet endroit. Il y a de l’espace, de la lumière, le mur en brique et les fenêtres en bois c’est chaleureux. Ça a du cachet.” Lui aussi j’ai l’impression qu’il regarde cet endroit avec un œil neuf. Un point de vue différent. Lui aussi, d’habitude il ne fait que passer ici. Il ne s’y arrête pas. Un patient entreprend tout à coup de faire trois pompes, là, juste devant nous. “C’est bien ici, on discute, on mange, on fait du sport !” Je l’interroge sur les quatre dispositifs au mur : “C’est la VMC je pense”. A son tour il monte sur une chaise, prend une photo. “Je sais pas, la VMC ou un système de désenfumage.” Le mystère s’épaissit.

Il est 12h05. L’immersion se termine.

L’espace d’attente
Le 15.09.2022 à 16h08

Quand je passe dans le couloir, je vois le chariot du goûter en bas, dans le réfectoire. Aujourd’hui ce n’est pas dans l’espace d’attente.

Je commence par m’installer dans le bureau infirmier. Je décide d’observer l’espace d’attente de plus loin. Un homme en pyjama bleu y est assis. Il part quelques instants plus tard et l’espace se vide. Le bureau infirmier aussi est vide. Le téléphone sonne en vain régulièrement. Quelques patients passent sans s’arrêter, dans un sens, vers le service et dans l’autre sens, vers le rez-de-chaussée du bâtiment. Tout est très calme.

Un infirmier passe.

Un cadre de santé passe.

Un aide soignant passe.

Un couple (ce que j’imagine être un couple) passe doucement. Il-elle-s prennent le temps de regarder le jardin par la fenêtre. Il-elle-s semblent être en balade.

Un homme vient s’asseoir. Tout de suite après, une femme, en face de lui. Elle est rapidement rejointe par une autre. Encore une fois je me dis que cet espace se remplit, d’un coup, sans que l’on comprenne pourquoi. Puis il se videra, je suis certaine, dans quelques instants. De manière tout aussi mystérieuse. Parmi les personnes présentes, aucune n’engage la conversation. Une est sur son téléphone. Les deux semblent être juste là.

Une infirmière arrive. Elle scrute le jardin à travers la vitre. Elle cherche un-e patient-e. Cet espace est aussi une tour de contrôle, un mirador. L’alarme retentit. L’espace est traversé par un nuage blanc de soignant-e-s. Quelques instants plus tard, ils reviennent tranquillement dans l’autre sens. Fausse alerte.

16h30

Voilà le chariot du goûter qui arrive. Il vient rattraper ceux qui n’ont pas pu descendre.

Le psychiatre passe. Un patient assis là demande un entretien. Le médecin accepte. Bingo ! Le lieu des rencontres fortuites. C’est bien là qu’il faut être.

16h34

C'est, en une seconde, l'heure de pointe. Trois patients sont assis. Deux soignants et un patient se parlent, debout entre les fauteuils. Deux autres patients passent dans un sens et dans l'autre. Les corps se frôlent. Et hop, l'espace est déserté à nouveau. En un instant. Évaporation. Seul un homme en pyjama bleu est là. Puis une jeune femme aux cheveux bouclés. Je la connais. Je l'ai vue au centre de consultations dans un moment où elle était en très grande détresse. La psychiatre arrive et s'adresse à cette jeune femme. J'entends à travers la vitre qu'elle la cherche depuis une heure dans le service. C'est encore une fois dans cet espace que la rencontre a lieu. Un espace qui semble attirer patient-e-s et soignant-e-s. Comme une force de gravitation. Et si cet espace était le noyau du service ? Le noyaux bouillonnant et attirant. Force de gravitation ou force magnétique ?

17h03

Je décide d'aller m'installer sur un siège de l'espace d'attente. Je me mets à côté de l'homme en pyjama bleu qui est là depuis le début. Il ne parle pas bien français mais quand je lui demande pourquoi il reste là, il me dit que c'est parce qu'il n'y a rien à faire. La jeune femme aux cheveux bouclés et une autre femme viennent s'asseoir. Elles engagent une conversation :

- "Ça va toi, t'es pas trop fatiguée ? Quoi de neuf ?"
- "Je suis contente d'être en week-end ? Il fait beau en plus."
- "T'es plutôt lunaire ou solaire toi ?"
- "Solaire."
- "Moi aussi solaire. C'est normal, je suis née en été."

Au loin quelqu'un chante. Instant suspendu d'un dialogue poétique dont je n'ai pas les clés.

La dame aux cheveux bouclés me sourit et me reconnaît. On évoque pudiquement ce jour pénible où l'on s'était vues pour la première fois. Je lui demande pourquoi elle vient s'installer ici. Je l'ai vue plusieurs fois aller et venir. "Je sais pas. Je pense que ça me fait du bien d'être assise sur une

chaise. Il n'y a pas d'explication." Il y a d'autres espaces dans lesquels elle se sent bien. "J'aime m'asseoir dans le jardin. C'est ce que je préfère. M'asseoir sur les bancs blancs. Ils sont frais quand on les touche. Ils sont tout froid. Ça me fait du bien. J'aime bien me balader comme ça, dans l'hôpital." Balader, le mot est jeté dans l'espace. Cette femme me touche. Un autre patient arrive. Il s'installe par terre, au pied de la fenêtre. Une autre patiente l'y rejoint. "Comment tu vas ?" Il lui demande. Elle lui propose d'aller lui acheter des cigarettes lors de sa prochaine permission. Lui, il n'a pas encore d'autorisation. "C'est quand tes jours de sortie ?" On pourrait déplacer cette discussion dans un autre lieu. Une place publique ? Cette discussion semble si banale.

Les trois infirmier-e-s de l'après-midi se retrouvent là. Ils se taquinent. Une infirmière fait semblant d'être vexée. L'infirmier entreprend de la rassurer faussement. Les patient-e-s assis et moi sommes comme au spectacle. Des sourires se lisent sur leur visage. Ces personnes qui travaillent ensemble se connaissent bien. Ils sont le plus souvent ami-e-s dans leur vie de dehors de l'hôpital. "Ils font du théâtre" je dis. Et je pense que de cette manière là, ils montrent aux patient-e-s comment on est en relation. Il-elle-s leur montrent une partie des règles du jeu difficile des relations sociales. Là tout de suite, je me dis que c'est exactement ce qu'il-elle-s doivent faire. Jouer pour leur montrer une manière d'être. Pas un modèle à suivre mais une voie possible.

Un patient m'interpelle. "Vous étudiez les temps de latence ? Dans la journée quand on attend. Par exemple, le banc, le long de la rambarde de l'escalier. On peut s'installer mais on ne peut pas s'asseoir vraiment. Ça me fait penser au mobilier anti SDF." Il s'agit d'une banquette en bois. Et au moment où il me parle, une patiente y est allongée. Je lui fais remarquer. "Allongé oui, mais pas assis. Allongé normalement c'est dans son lit quand même." Il ajoute : "En tant que personne soignée, ma place je ne sais pas trop où elle est dans cet espace. C'est un espace sans creux en fait, sans place. On ne peut pas vraiment se garer si je peux parler

comme ça.” Je suis intriguée par cet homme qui cherche une place de parking. Un parking c’est temporaire. Ça permet de laisser le superflux et d’aller explorer l’espace à pied, de partir déambuler, arpenter. De se projeter plus profondément dans l’espace. Un parking c’est un amarrage.

18h07. Fin de l’immersion.

L’espace d’attente

Le 29.09.22 à 18h33

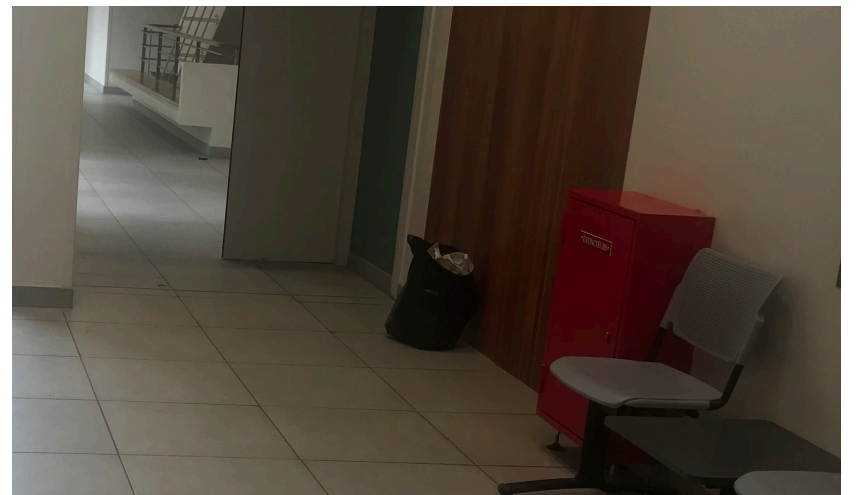
Je passe par le rez-de-chaussée. Le réfectoire est ouvert. C’est déjà l’heure du dîner. Il n’y a personne dans l’espace d’attente. Je me mets dans le bureau infirmier, un peu en retrait pour observer. Des soignantes y sont. Elles sont en train de raconter comment s’est passée la sortie au zoo du jour. Je comprends qu’un certain nombre de patient·e·s en ont bénéficiés. Une infirmière s’amuse : “Elle a dit qu’elle avait pensé à moi quand elle a vu une girafe. La même grâce !” Les soignantes accompagnatrices se réjouissent de ce moment. Elles parlent des patient·e·s qu’elles ont vu·e·s d’une manière différente aujourd’hui. “Je te jure, elle faisait la star !” Les rires des soignantes traversent l’espace au travers de la porte restée ouverte. Les patient·e·s qui sont sorti·e·s n’ont pas eu le temps de profiter du self. Il·elle·s viennent dans le bureau infirmier récupérer un plateau en plastique avec des barquettes, elles aussi en plastique. “Ils nous donnent des plateaux mais on n’a pas de couverts”, se plaint une infirmière.

Je reste un moment assise dans ce bureau que je connais bien. Les patient·e·s qui passent nous saluent d’un signe de la main. Tout est calme. Un patient passe, demande des gâteaux. Un autre, demande des cigarettes. J’observe l’infirmière répondre, avec douceur. “Faites attention, c’est les dernières de la journée”. La nuit tombe dehors. L’espace d’attente est traversé par des patient·e·s qui montent et qui descendent. L’un d’entre eux·elles, un patient que je connais bien, Rafael, passe et repasse. Personne ne semble vouloir s’y installer. Je m’en étonne. “C’est normal, ils sont au self.”

19h02

Il n’y a toujours personne. Le flux de personnes qui ne font que passer s’épaissit un peu. Le self doit fermer. Je décide de m’asseoir dans l’espace d’attente. Rafael me rejoint rapidement. Il a l’air en forme. Je le lui dis. La dernière fois que je l’ai vu, il était très désorganisé, inquiet et agité. Nous discutons. Ou plutôt nous parlons l’un après l’autre. Il me pose des questions sur les rêves, sur les glandes du cerveau. Il me raconte comment il doit faire craquer l’intégralité de son corps pour se sentir bien. Il me fait une démonstration. Il fait craquer son cou. Puis il se jette en arrière. Il se cambre et fait craquer le bas de son dos. Je lui demande s’il vient souvent s’asseoir ici. “Surtout le matin. Les gens se disent bonjour, on vient se réveiller ici. Le soir il n’y a jamais personne.” Il me propose de me dire une sourate. C’est beau. Sa voix résonne dans l’espace. Au loin, j’entends les cris d’une patiente. Plus proche, des chaussons qui frottent le sol. Un autre patient nous a rejoints. “Je viens ici car il n’y a rien à la télé”. Il est habillé tout de noir, une capuche sur la tête et une serviette blanche autour du cou. “Je reste là, il fait froid dehors.” Rafael et ce patient discutent de religion. J’écoute sans comprendre ce qu’ils se disent. Les bruits des patient·e·s du rez-de-chaussée résonnent et remontent dans l’espace d’attente. Un brouhaha soudain. Un instant, l’espace sonore est saturé d’écho et de sons. Raphaël se rapproche de l’autre patient pour qu’ils puissent s’entendre. Alors qu’ils parlent, un homme arrive. Il reste debout, semble les écouter. Il tient dans ses mains une balle et une raquette de ping-pong. Il fait rebondir la balle au sol. Une fois, puis deux. Et il s’en va. Apparition fugace.

Il est 20h, fin de l’immersion. Je retrouve mon vélo crevé quand je dois repartir. À cet instant, je déteste cet endroit qui me paraît si hostile.





L'immersion, une action d'évaluation

Ma présence dans ces différents espaces n'est pas sans conséquence sur la plasticité de l'espace. Je bouscule et noue des relations par le simple fait d'être là et par la manière dont je suis là. Partir à la découverte d'un milieu que l'on connaît mais en adoptant une posture différente de celle de d'habitude nous fait voir les choses autrement. La posture, c'est la manière de projeter son corps dans la relation. Que ce soit la relation aux autres ou à l'espace. Changer sa posture c'est nécessairement expérimenter une autre manière d'être en relation et de communiquer. Et ça implique que la posture dans laquelle on se trouve modifie aussi la manière dont les autres et le monde entrent en relation avec soi.

Une posture de chercheur·euse

La posture de chercheur·euse est une posture à la fois active et passive. Active, car on recherche des éléments qui permettent la compréhension ou la description d'un milieu. Mais aussi passive, car on découvre des choses qu'on n'avait pas forcément prévu. On reçoit des informations sensorielles, émotionnelles mais aussi factuelles (des souvenirs de patients par exemple) qui nous "tombent dessus". On se laisse étonner. La posture de chercheur·euse avec des patient·e·s est une posture confortable. Il s'agit d'une posture que je connais, ayant été amenée à faire de la recherche à plusieurs reprises au cours de mes études médicales. Il s'agit d'une posture que j'apprécie. La rencontre peut avoir lieu sans enjeux. Sans enjeux ni pour le·la patient·e ni pour moi. La relation entre le psychiatre et le·la patient·e est une relation qui est bien plus symétrique que dans les autres spécialités médicales. En effet, en psychiatrie, et particulièrement en hospitalisation, certain·e·s patient·e·s sont hospitalisé·e·s sans leur consentement. Il·elle·s rejettent alors leur place de malade et de fait, la place de sachant du·de la médecin. Ce qui fait que la rencontre ne peut se faire sur un schéma

classique d'un·e patient·e dans l'attente des connaissances et de la toute puissance du·de la médecin (bien que cette posture tende à changer aussi dans les autres spécialités). Il n'en demeure pas moins que la hiérarchie de l'hôpital fait que c'est le·la médecin qui reste décisionnaire d'une sortie, d'une permission, d'une diminution ou d'une majoration d'un traitement. La recherche s'affranchit de cette hiérarchie. La parole est plus libre. Il ne s'agit plus de patient·e·s (ou pas que de patient·e·s) que je rencontre. Il s'agit de personnes singulières qui ont des choses à dire, à condition qu'on leur laisse la parole dans un échange symétrique. Il·elle·s me donnent d'eux·elles quand je leur propose un espace de parole neutre dans le but d'améliorer les soins qu'il·elle·s méritent.

Une posture de paysagiste

Dans ce travail, le paysage a été un prétexte pour regarder autrement l'hôpital. Une manière sensible d'appréhender l'espace technique de l'hôpital. Je parle de technicité car l'hôpital reste malgré tout un espace dont l'usage est défini comme un lieu où l'on produit du diagnostic, du traitement, et du soin. Le paysagiste se promène dans le paysage. Il n'a pas toujours été facile d'adopter cette posture "flâneuse" dans cet environnement si chargé de douleurs parfois. S'autoriser à se balader n'était pas si simple au début. Puis j'ai rencontré des patient·e·s qui faisaient ça aussi : "se balader", "tourner", "s'ennuyer". Alors j'ai accepté de la faire avec plus de facilité. L'arpentage est une posture de paysagiste. Arpenter est initialement une méthode de mesure. Arpenter l'hôpital est alors une manière de prendre la mesure de l'ambiance et de ce qui s'y passe. J'ai aimé simplement m'asseoir et regarder, respirer, écouter. "Prendre le pouls", disent les guides de voyage. J'ai vu mes collègues étonné·e·s de me voir faire cela. Étonné·e·s que je puisse m'intéresser de cette manière à l'hôpital, de me voir plongée de longues minutes dans une discussion "sans queue ni tête" avec des patient·e·s. J'ai aimé les voir s'y habituer au fur et à mesure de mes immersions et de les voir déçu·e·s de me voir partir. "Déjà ?" J'ai aimé les entendre me demander si je revenais bientôt. J'ai aimé leur curiosité.

Les outils utilisés ont été aussi très riches en apprentissage. Enregistrer des sons nous fait prendre conscience du bruit ou du silence qui règne dans l'espace. En revanche, j'ai trouvé plus difficile d'utiliser la photographie. Je me trouvais gauche avec cet appareil qui ne me semblait pas capable de représenter toute la complexité de ce qui m'entourait. J'avais aussi le sentiment de voler quelque chose à ces patient·e·s qui passaient devant mon objectif. Mais leur voler quoi ? Je ne peux que penser aux différents patient·e·s que j'ai rencontré·e·s et qui ont parlé de leur image, de ce qu'il·elle·s sont, de leur place. J'ai demandé à certain·e·s s'il·elle·s étaient d'accord pour que je les photographie. J'ai été touchée par la manière dont il·elle·s prenaient la pose. Mais je ne suis pas certaine de ce que veulent dire ces photos. Je n'ai pas le sentiment qu'elles fassent partie du paysage. Trop figées peut-être. J'ai décidé de prendre en photo plus spécifiquement les objets, les textures, les couleurs. La photo est un médium qui est utilisé avec des intentions différentes. Le reportage est une des intentions de la photographie. Ici, la photographie me permet de collecter des éléments sans (trop) les traverser de ma subjectivité.

Une posture de psychiatre

Cette exploration s'est déroulée dans un environnement que je connais et dans lequel j'ai travaillé plusieurs années. Le personnel me connaît. Certain·e·s patient·e·s aussi. Je me suis donc présentée comme psychiatre aux patient·e·s que j'ai rencontrés. Mais une psychiatre qui étudie un tout autre champ que la psychiatrie. Étudiante en design était le terme que j'employais. Ce n'était pas tout à fait cela, mais il fallait simplifier. Cela a été très bien compris par les patient·e·s. À aucun moment je n'ai eu le sentiment qu'il·elle·s essayaient de faire passer des messages à l'équipe soignante à travers moi ou de se servir de moi. Je pense que cette posture de psychiatre était rassurante pour les patient·e·s. Il·elle·s avaient le sentiment que je pouvais les comprendre. Il·elle·s s'autorisaient plus librement à parler. Après tout, moi aussi je faisais partie du paysage. Je ne me suis pas servie de mon expérience de psychiatre pour tenter de porter des

diagnostics mais pour les rencontrer, en acceptant leurs différences. J'ai accepté d'alimenter des échanges curieux avec Rafael, de suivre Lola dans son angoisse, de déplacer des meubles ou de monter sur une chaise avec Sylvain. J'ai pu accepter cela car je connais la maladie et que j'ai alors pu la comprendre non pas comme quelque chose d'inquiétant, de drôle parfois aussi mais bien comme une façon pour ces personnes d'être au monde. Accepter leur subjectivité sans en avoir peur.

Une posture de thérapeute

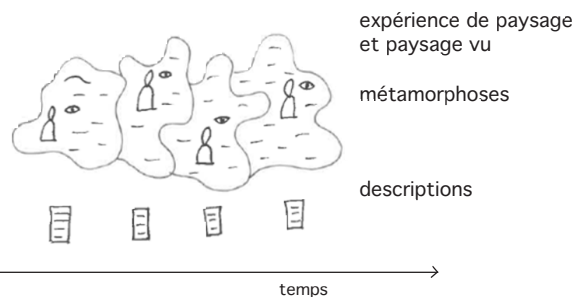
Le travail de la thérapie systémique est un travail de rythme. Parfois on s'active, on pose des questions, on cherche, on fait des propositions. Et puis parfois on se retire. On laisse la famille parler, on les laisse se parler. Se retirer n'est pas une posture passive. On parle d'écoute active. Il s'agit d'une écoute intranquille. Une intranquillité nécessaire pour être attentif aux informations qui fusent dans l'espace. Que ce soit des informations verbales (le contenu du discours ou la tonalité) ou non (des attitudes, des mouvements). C'est avec cette écoute active que je suis partie à la découverte de ces espaces. L'enjeu est de ne pas laisser filer les éléments importants. Ces choix impliquent une subjectivité qu'il est important de reconnaître. Cette subjectivité ne doit pas être pensée comme un biais mais bel et bien comme un atout. Nous devenons l'outil dont nous nous servons pour repérer ce qui est important. Lors des premières rencontres avec une famille, le·la thérapeute explore et évalue le fonctionnement du système familial. Mais cette évaluation fait déjà partie du changement. Quand le·la thérapeute pose des questions il·elle collecte des informations sur le contenu bien sûr, mais aussi sur les relations entre les membres de la famille. Il·elle écoute le ton de la voix, il·elle observe l'orientation des épaules de la mère qui s'adresse à son fils, les coups d'œil que la petite sœur envoie à son frère pendant que leur père parle. Les questions posées, en dehors des réponses apportées, sont un prétexte à observer d'autres choses. Puis à les réinjecter dans le système familial. Le·la thérapeute à la mère :
"Votre fille regarde son frère quand votre mari parle. C'est

souvent le cas ?” Cette question est une forme de collecte d’information, et donc d’évaluation. Mais elle bouscule aussi le système familial, car en posant cette question, le-la thérapeute invite la famille à se poser une question sur la manière dont elle est en relation. La mère peut lever les yeux au ciel en soufflant que “non, je ne sais pas de quoi vous parlez.” ou bien se saisir de cette information et s’interroger.

Observer et agir, changer les rythmes, changer les niveaux émotionnels, c’est ça la thérapie.

L’immersion que j’ai faite tient de la posture du thérapeute. J’ai changé mes rythmes, j’ai collecté des informations, j’ai posé des questions, j’ai bousculé en proposant aux patient·e·s de s’interroger sur l’espace dans lequel il·elle·s sont pris en soin. Je suis passée à des niveaux plus émotionnels en étant à l’écoute de mes ressentis et en explorant ceux des patient·e·s. En changeant mon regard, j’ai changé celui des patient·e·s que j’ai interrogé·e·s. À leur tour, il·elle·s regardaient l’espace autrement. Il·elle·s s’interrogeaient sur la manière dont il·elle·s le percevaient, dont il·elle·s le pratiquaient.

En passant par ces différentes postures, j’ai collecté des informations sur l’espace, tout en le transformant. La manière dont j’ai réalisé cette immersion m’a alors permise d’expérimenter en temps réel les mouvements de l’espace. Cette expérience que je décris dans ces textes est une action d’évaluation. Je parle d’action car je n’ai pas regardé l’espace de loin, sans le toucher. J’ai agi. Et ce que j’évalue ce sont les transformations que mon action d’être là, immergée, prenant des postures différentes tour à tour, déclenche. C’est bien l’espace plastique, cette “non matière” en mouvement permanent, traversée par le temps et les changements que j’évalue. J’appelle alors cette immersion dans l’hôpital comme paysage une **action d’évaluation immersive**.



Le terme de **re-saisissement** est directement en lien avec le saisissement dont nous parle Sonia Keravel.

Le re-saisissement est une notion à laquelle j'ai pensé pour ne pas calquer mes sensations à mes seules intuitions lors de mon étude immersive de l'hôpital comme paysage. Il fallait que je puisse examiner mes sensations, les analyser pour tenter de les complexifier. Il fallait que je les croise avec ce que m'avaient raconté les patient·e·s. Avec les photos que j'avais prises. Ce travail de re-saisissement a pour but de rendre compte de mon expérience. Les récits que j'ai écrits sont une première forme de narration pour donner à lire mon expérience dans l'hôpital comme paysage. Mais il me semblait qu'il fallait passer par une forme plus graphique. Utiliser la cartographie est venue comme une intuition puisqu'il s'agit d'un outil utilisé par les paysagistes. La carte est une autre forme de mise en récit. Pour produire ces cartes, je suis partie de mes récits, que j'ai découpés. J'ai ensuite dessiné et collé aux murs des dessins en lien avec ces récits. Je complétais ces dessins avec d'autres dessins. Comme des couches que je venais ajouter. Je voulais rendre compte de la plasticité de l'espace, donc de son épaisseur. L'espace c'était d'abord le décor. Ce que je voyais. Le réel à travers mes yeux. Puis s'y ajoutait ce que je percevais de ce décor. Ce que je me racontais, ce que je pouvais interpréter. Enfin il y avait ce que me disaient les patient·e·s de ce décor. Leurs sensations et leurs souvenirs. Ce travail de re-saisissement est à la fois un retour de mon action d'évaluation immersive mais aussi une nouvelle immersion. Par les allers-retours entre le dessin et le récit, j'explore à nouveau l'espace, son épaisseur, ses mouvements. L'espace est fait de l'ensemble des choses qui sont déjà là (les objets, les couleurs, les textures, les pratiques, le temps qui passe, les sons, les lumières) mais aussi de ce qu'on ressent, de ce qu'on perçoit, de ce dont on se rappelle. L'espace s'épaissit avec le nombre d'individus qu'on y croise. Chaque individu

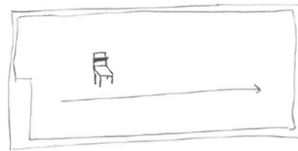
y ajoute ses histoires. **Les cartes sont le résultat de mon action d'évaluation immersive.** Une évaluation peut donner un score, une catégorie qualitative, une couleur parfois. Ici, mon résultat est une carte.

J'ai dessiné au fusain car c'est une méthode qui peut s'affranchir du détail. L'idée n'était pas de représenter de manière exacte ce que j'avais vu mais plutôt des formes de mes perceptions. Il s'agit d'une méthode qui m'a permis de conserver un temps court entre l'idée qui surgit et l'acte de dessin. J'ai travaillé la mise en page des dessins et j'ai joué avec les différentes échelles. L'idée de travailler selon une grille de temps est apparue initialement comme intuitive. Elle suivait la chronologie de mes récits. Il s'agissait d'une première manière de les mettre en forme. Au fur et à mesure de la réalisation de ces cartes, il m'a paru évident qu'il fallait conserver cette ligne de temps. L'épaisseur d'un espace augmente avec le temps qu'on y passe et les expériences que l'on y vit. La longueur de mes cartes est proportionnelle au temps que j'ai passé dans l'espace. Plus j'ai passé du temps dans un espace, plus la carte qui rend compte de mon expérience est longue. Cette ligne du temps indique que ce qui est représenté est bien l'espace en mouvement. L'espace du début de la carte n'est déjà plus le même que celui de la fin de la carte.

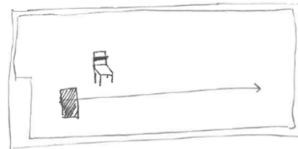
À la fin de mon travail de re-saisissement j'ai donc réalisé quatre cartes : les chambres de François, Lola et Sylvain. Et une carte pour l'espace d'attente.

Faire ces cartes m'a permis de construire une méthode pour cartographier la plasticité de l'espace. Sur la ligne de temps je positionne d'abord ce que j'ai vu. Il s'agit du "réel" à travers mes propres yeux. Un réel tout à fait subjectif de ce qui est là devant moi. De ce réel, je fais partir des sortes d'ondes sismiques qui représentent l'ambiance que dégage ce déjà là. C'est par l'expérience de cette ambiance (je ne dis pas perception, car, comme je l'ai dit, l'ambiance active des systèmes pré-sensoriels) que je peux compléter mes dessins avec "ce que je me raconte". C'est-à-dire mes interprétations. Des mots viennent faire la traduction de certains dessins. Enfin j'ajoute "ce qu'on me raconte". Je n'ai pas la prétention

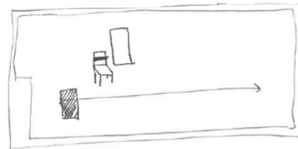
qu'il s'agisse exactement de ce qu'on m'ait dit mais bien de la manière dont je l'ai comprise et interprétée. Des pictogrammes viennent dynamiser la carte. Il s'agit d'un curseur qui me représente dans l'espace. J'y positionne les moments où j'étais seule, ceux où j'étais entourée, ceux où j'étais en discussion et enfin les déplacements que j'ai effectués dans l'espace. Ces pictogrammes sont le référentiel du-de la cartographe dans le récit qui se déploie sur la carte. Il s'agit des points d'impact de l'action d'évaluation de l'observateur-riche.



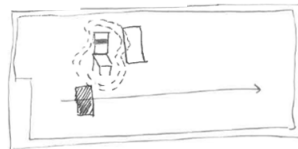
ce que je vois et la ligne de temps



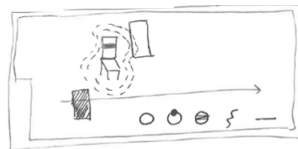
ce que je me raconte



ce qu'on me raconte



l'ambiance de ce que je vois et qui interagit avec ce que je me raconte
ce qu'on me raconte



pictogrammes qui me représentent dans la carte (seule, entourée, en discussion, en mouvement)

Méthode de cartographie

Cette évaluation immersive dans l'hôpital comme paysage et le travail de re-saisissement m'ont aidée à explorer, à décrire et à rendre compte de la plasticité de l'espace. **L'espace de l'hôpital psychiatrique est un espace vivant, mobile, et subjectif qui se vit, s'expérimente et se pratique. Il faut s'y jeter pour y déceler la vie, les peurs, les rêves et les angoisses qui s'y cachent.**

Je suis convaincue que c'est avec cette plasticité qu'il faut pouvoir agir pour tenter de rendre plus soignant c'est-à-dire plus favorable à l'émergence des relations thérapeutiques. Le design, discipline de la forme, peut jouer un rôle dans cette entreprise. Il peut provoquer un changement de l'espace dans la manière qu'il a de bousculer les formes. Les formes de l'espace dans lequel se déroulent les interactions et se nouent les relations. Le design influence la manière dont on rentre en relation avec les autres, avec soi-même ou avec le monde, que ce soit par le biais des perceptions des objets et de l'espace, de leurs usages ou de l'ambiance qu'ils dégagent. Évaluer et rendre compte de la plasticité de l'espace devient alors une étape indispensable pour que le design puisse agir.

Comment intégrer cette évaluation à un projet de restructuration de l'hôpital ?





L'hôpital comme paysage : une idée opérante

La nécessité d'une action avec l'hôpital comme paysage

La construction d'un outil d'évaluation de la plasticité de l'espace

La carte comme résultat de l'action d'évaluation immersive

Utilisation des cartes

La participation : la nécessité d'un contrat respecté

À partir de mon travail d'évaluation immersive et de cartographie, j'ai élaboré un outil et une démarche participative de projet de transformation d'un espace de l'hôpital psychiatrique. Cette démarche découle d'un préalable qui est la nécessité, dans tout projet, d'évaluer le déjà là. Le déjà là, dans le cadre de ma démarche, c'est la plasticité de l'espace.

La nécessité d'une action avec l'hôpital comme paysage

On peut distinguer l'action sur l'hôpital de l'action avec l'hôpital. L'agir avec implique une relation de collaboration ou de négociation entre ce qui est déjà là et ceux qui mettent en œuvre l'action. L'espace de l'hôpital, que ce travail s'attache à décrire comme une forme plastique qui possède ses mouvements propres, ne peut être pensé comme une forme qui se tiendrait seulement devant nous et sur laquelle on pourrait agir, la modeler à notre guise, la contraindre dans des moules prédéfinis. L'action à l'hôpital ne peut se penser que dans le cadre d'un agir avec. L'agir avec l'hôpital comme paysage pourrait alors s'apparenter au travail de l'artisan potier qui joue avec la matière et son tour. Il applique des forces auxquelles la terre réagit. Il la caresse et elle bouge en retour. Parfois la terre s'agite et c'est une forme accidentelle qui apparaît alors. C'est aussi dans ces accidents que l'hôpital comme paysage se révèle. Cet agir avec nécessite alors de décrire ce qui est **déjà là**. Jean Marc Besse dit de la description qu'il s'agit d'une « attention scrupuleuse aux signes de ce qui est là, devant et, plus encore, elle s'évertue à tisser des liens et à y saisir comme une forme. »³³ On peut dire qu'évaluer c'est décrire et qualifier ce que l'on voit. L'évaluation des compétences présentes dans l'hôpital comme paysage (humaines, architecturales, sensorielles, matérielles, qualité d'ambiance, etc.) est la condition nécessaire pour agir avec lui. Je parle de compétences et pas de problèmes, car ce qui dysfonctionne peut être envisagé, d'un point de vue systémique, comme une solution trouvée par le système pour conserver son homéostasie. Une solution qui ne marche pas. Une solution qui ne marche pas mais qui implique les compétences du système à conserver coûte que coûte sa stabilité. C'est obstiné un système. C'est dans ces compétences, dans les qualités déjà là que le changement peut advenir. Le travail d'agir avec ne consiste pas en l'ajout de compétences, mais dans la révélation et l'épanouissement de celles déjà présentes. Et c'est parce que les compétences

sont uniques au sein d'un service que les projets de transformations ne peuvent être que singuliers.

L'évaluation véhicule quelque chose de figé. Comme si le résultat d'une évaluation gravait une vérité indestructible. Une vérité objective sur laquelle on pourrait tous se mettre d'accord. Mais la description comme évaluation peut ne pas être objective du tout. C'est exactement ce que mon travail m'a permis de réaliser avec les chambres et l'espace d'attente. Toutes les informations que j'ai collectées ne sont que des informations que j'ai interprétées. C'est ce qui est là, à travers mes yeux, c'est ce qu'on me raconte, à travers mes oreilles. Il ne s'agit pas de la réalité mais d'une réalité. De ma réalité de la plasticité de l'espace.

L'évaluation de l'hôpital comme paysage est une évaluation entièrement subjective qui dépend de la personne qui la fait et du moment où elle la fait. Et c'est cela qui rend cette évaluation intéressante. C'est parce qu'elle se sait et qu'elle se revendique subjective. La plasticité de l'espace n'a rien d'objectif puisqu'il s'agit, on l'a dit, d'une expérience. Son évaluation doit donc être tout aussi subjective. La multiplicité des évaluations de l'hôpital comme paysage mettra en lumière des points de vue différents, parfois opposés. C'est dans ces contrastes que s'expriment alors les variétés de la plasticité de l'espace.

Je souhaitais transmettre cette méthode d'évaluation de l'hôpital comme paysage aux soignant·e·s parce que je pense qu'il·elle·s doivent être au démarrage des projets de restructuration à l'hôpital. J'utilise le terme de soignant·e au sens très large. Il s'agit des médecins, des infirmier·e·s, des aides soignant·e·s, des assistant·e·s sociaux.les, des secrétaires, des agents d'entretien, des psychologues, des éducateur·rice·s, des psychomotricien·enne·s, etc. Leur évaluation serait alors le point de départ d'un projet de restructuration d'un espace de l'hôpital. J'ai décidé de m'adresser à eux·elles car je crois en leur expertise de ce lieu qu'il·elle·s connaissent si bien. Je crois aussi qu'on ne peut pas changer l'espace sans eux·elles. Cet outil s'adresse de manière plus indirecte aux patient·e·s qui seront observé·e·s et interrogé·e·s. À travers les yeux des soignant·e·s, les patient·e·s font part de leur

33 Besse Jean Marc (2001), «Cartographe, construire, inventer. Note pour une épistémologie de la démarche projet», *Les carnets du paysage*, n° 7, Actes Sud, p.127-145.

expérience et de l'évaluation qu'il·elles·s font de l'espace. Je ne voulais pas m'adresser directement aux patient·e·s car, prendre soin de l'espace dans lequel il·elle·s sont pris·e·s en soin est d'abord quelque chose que nous leur devons.

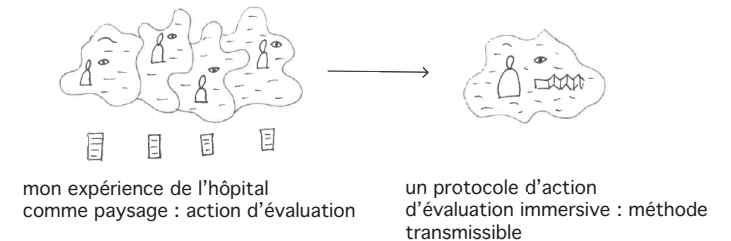
La construction d'un outil d'évaluation de la plasticité de l'espace

Pour transmettre la méthode d'action d'évaluation immersive avec laquelle je me suis jetée dans l'hôpital, j'ai dû penser un outil qui permette aux soignant·e·s d'adopter un regard et une posture singulière.

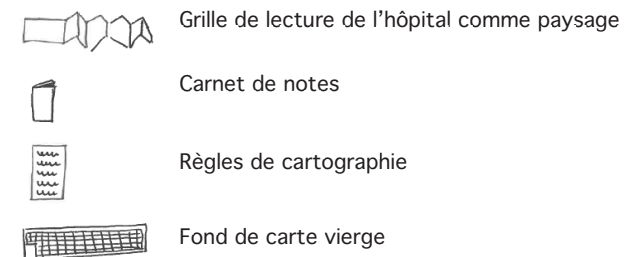
J'ai alors réalisé une grille de lecture de l'hôpital comme paysage. Cette grille oriente le regard des soignant·e·s vers le déjà là. Un déjà là qu'il·elle·s n'ont pas l'habitude de regarder au travers de cette grille. Cette grille n'est pas exhaustive, il s'agit d'une proposition que les soignant·e·s pourront compléter. C'est à partir de ce déjà là qu'il·elle·s pourront s'interroger sur ce qu'il·elle·s ressentent et interroger les patient·e·s. Quand je propose à un·e soignant·e de s'interroger sur les qualités d'une chaise, je n'attends pas tant son avis sur la chaise mais ce qu'il·elle va se raconter de sa relation, son rapport à cette chaise-là, devant lui·elle, la manière dont les patient·e·s s'en servent mais aussi à toutes les autres chaises dont il·elle voudra bien se souvenir. Cette grille, je l'ai conçue en dessinant mes propres cartes. C'est en faisant moi-même le travail de re-saisissement que j'ai sélectionné les éléments pertinents à observer. La grille de lecture oriente le regard vers les matériaux, les textures, les tailles de l'espace, les sons, les couleurs, les flux et les plans, les objets, la lumière, les pratiques, l'habitabilité, et le temps qui passe. Cette grille est imaginée comme une sorte de filtre au travers duquel les soignant·e·s regardent l'espace autrement. Elle accompagne leurs gestes et leur propose une manière de pratiquer l'espace. Une manière contemplative et introspective qui emprunte aux méthodes de méditation et de pleine conscience.

Une évaluation s'accompagne d'un résultat. Il fallait que je leur transmette aussi la manière dont j'avais pu rendre compte de mon action d'évaluation immersive par la cartographie.

J'ai traduit mon expérience de l'hôpital comme paysage en un outil d'évaluation de la plasticité de l'espace de l'hôpital afin de pouvoir le transmettre. Il contient une grille de lecture de l'hôpital comme paysage et une méthode de cartographie.



Traduction de mon expérience en une méthode transmissible



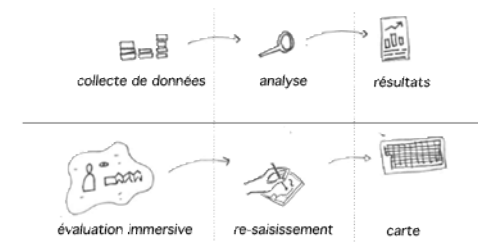
Outil d'action d'évaluation immersive de l'hôpital comme paysage

La forme que devait prendre la grille de lecture est un point qui m'a particulièrement interrogée. Initialement elle se présentait comme un carnet avec des cases à compléter. Mais ce format me semblait très rigide. Comme s'il fallait le remplir page après page alors que l'expérience de l'hôpital comme paysage est une expérience totale, et l'attention qu'on porte à la lumière croise celle des pratiques que l'on observe. Cet objet s'est donc transformé en un plus petit document plié en accordéon. Un leporello. Le pliage en accordéon permet soit de le déployer en entier et de voir tous les éléments que la grille contient, soit de le déplier à l'endroit que l'on veut et de passer des objets aux couleurs ou des usages à l'habitabilité. En faire un objet plus petit permet de lui donner une fonction d'objet. Un objet sur lequel les soignant-e-s pouvaient s'accrocher. Car il n'est pas aisé de se lancer dans une expérience nouvelle. Les objets sont parfois là pour nous soutenir et nous donner de la contenance.

Il s'agit d'un outil qui propose un regard nouveau dont on accepte de se saisir, d'être curieux, bousculé un peu aussi. Les soignant-e-s peuvent se laisser embarquer ou le refuser. Cela s'appelle la résistance au changement. Certains thérapeutes disent que ça n'existe pas. Qu'il n'y a pas de famille résistante mais des mauvais-es thérapeutes. En effet, la supposée résistance au changement n'est que le reflet du principe de l'homéostasie. C'est bien au système thérapeutique (famille + thérapeute) auquel il revient de trouver la clé du changement. Si les soignant-e-s ne se saisissent pas de cet outil c'est alors que l'outil n'est pas le bon. J'ai donc rapidement soumis cet outil et la démarche qui l'accompagne à mes collègues. Et il-elle-s se sont tous montré-e-s curieux-ses et intéressé-e-s. Pas de résistance mais une certaine appréhension "C'est nouveau, je ne saurai pas trop m'y prendre au début", accompagné d'un enthousiasme certain "C'est hyper intéressant, ça change. En plus nous on ne remarque plus ce qui se passe à l'hôpital, on est trop habitués, là ça nous permet de regarder autrement et d'interroger les patients qui ont plein de choses à dire je suis sûr." Les réticences les plus fréquentes concernaient le temps qu'il faudrait pour réaliser cette immersion ou

de la faire dans son propre service, là où ils sont connus des patient-e-s comme des soignant-e-s. Et cette remarque me semble fondamentale. Elle découle directement de la nécessité de pouvoir changer de posture durant l'évaluation immersive. Si la fonction de soignant-e est trop identifiée par les patient-e-s, il sera difficile voir impossible pour le-la soignant-e de modifier sa posture. Une autre remarque a été la peur que ce travail ne soit ensuite pas utilisé par les équipes de conception, "qu'on ne soit encore une fois pas entendu". Cette remarque questionne les règles du contrat quand on demande aux usager-ère-s de participer. Cela sera abordé plus loin. De manière générale, les collègues que j'ai interrogé-e-s trouvaient cette proposition "conceptuelle", "intéressante mais un peu perchée non ?", "c'est assez intellectuel". Il-elle-s étaient cependant enthousiastes à l'idée de se laisser embarquer et de mettre en pratique cette démarche. Le changement commençait déjà à opérer. Revenons à la thérapie. La thérapie systémique est une thérapie de l'expérience. Le déclic du changement n'a lieu que dans l'expérimentation de la différence. En thérapie, cette expérimentation se fait en séance. On fait bouger les membres de la famille, on les invite à jouer une dispute qui a eu lieu, en échangeant les rôles parfois. Expérimenter quelque chose (ou une manière d'être en relation) différemment est ce qui fait changement.

Il ne leur manquait plus qu'à essayer !



Evaluation de la plasticité de l'espace






Il s'
cet
Que
En
Qu'
Est-
leur
son
de
Vo
des
Not

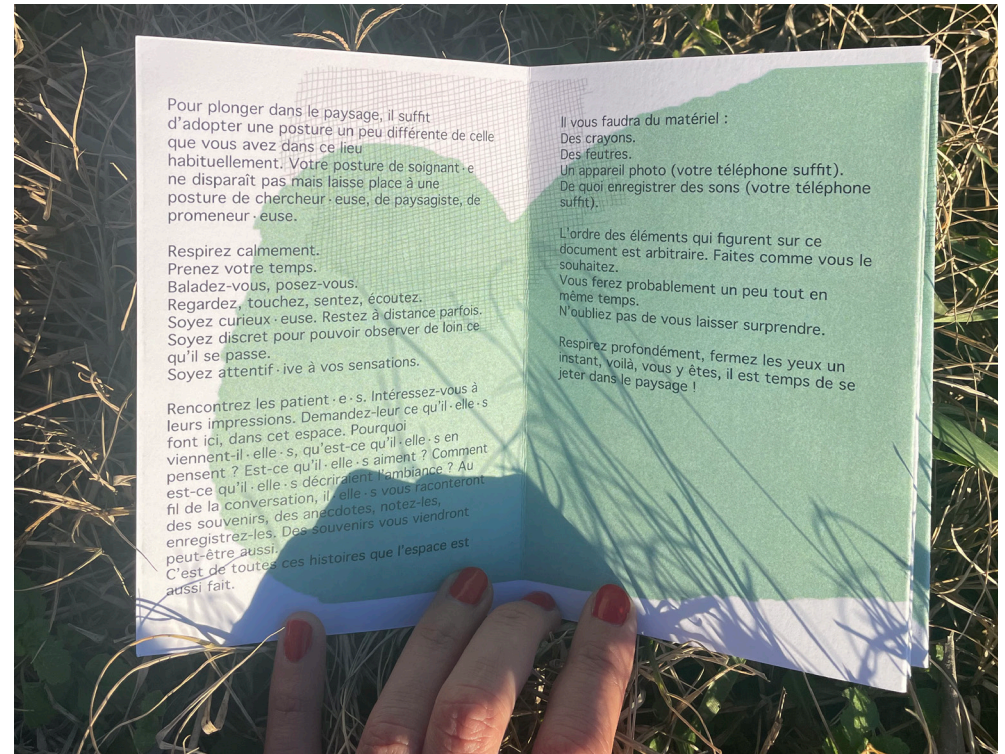
Grille de l'hôpital
comme paysage

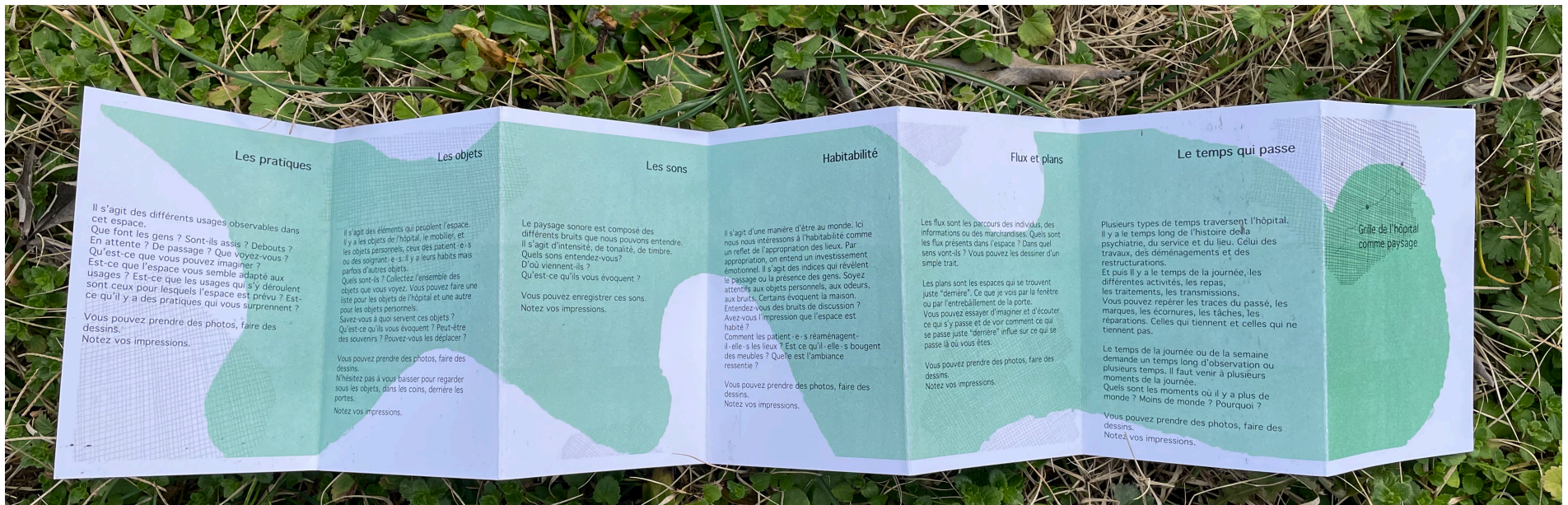
Règles de cartographie de
l'hôpital comme paysage

Chambre de Sylvain
1er étage
Hôpital de Ville Evrard
5 rue Léger-Félicité Sonthonax
93300 Aubervilliers

 Ambulance  Déplacement
 Discussion

- Ce que je vois
- Ce que je me raconte
- Ce qu'on me raconte





Les pratiques

Il s'agit de différents usages observables dans cet espace.

Que font les gens ? Sont-ils assis ? Debouts ? En attente ? De passage ? Que voyez-vous ? Qu'est-ce que vous pouvez imaginer ? Est-ce que l'espace vous semble adapté aux usages ? Est-ce que les usages qui s'y déroulent sont ceux pour lesquels l'espace est prévu ? Est-ce qu'il y a des pratiques qui vous surprennent ?

Vous pouvez prendre des photos, faire des dessins.
Notez vos impressions.

Les objets

Il s'agit des éléments qui peuplent l'espace. Il y a les objets de l'hôpital, le mobilier, et les objets personnels, ceux des patients ou des soignants et si il y a leurs habits mais parfois d'autres objets.

Quels sont-ils ? Collectez l'ensemble des objets que vous voyez. Vous pouvez faire une liste pour les objets de l'hôpital et une autre pour les objets personnels.

Savez-vous à quoi servent ces objets ? Qu'est-ce qu'ils vous évoquent ? Peut-être des souvenirs ? Pouvez-vous les déplacer ?

Vous pouvez prendre des photos, faire des dessins.

N'hésitez pas à vous baisser pour regarder sous les objets, dans les coins, derrière les portes.

Notez vos impressions.

Les sons

Le paysage sonore est composé des différents bruits que nous pouvons entendre. Il s'agit d'intensité, de tonalité, de timbre. Quels sons entendez-vous ? D'où viennent-ils ?

Qu'est-ce qu'ils vous évoquent ?

Vous pouvez enregistrer ces sons.
Notez vos impressions.

Habitabilité

Il s'agit d'une manière d'être au monde. Ici nous nous intéressons à l'habitabilité comme un reflet de l'appropriation des lieux. Par appropriation, on entend un investissement émotionnel. Il s'agit des indices qui révèlent le passage ou la présence des gens. Soyez attentifs aux objets personnels, aux odeurs, aux bruits. Certains évoquent la maison. Entendez-vous des bruits de discussion ? Avez-vous l'impression que l'espace est habité ?

Comment les patient-e-s réaménagent-ils elle-s les lieux ? Est-ce qu'il-elle-s bougent des meubles ? Quelle est l'ambiance ressentie ?

Vous pouvez prendre des photos, faire des dessins.
Notez vos impressions.

Flux et plans

Les flux sont les parcours des individus, des informations ou des marchandises. Quels sont les flux présents dans l'espace ? Dans quel sens vont-ils ? Vous pouvez les dessiner d'un simple trait.

Les plans sont les espaces qui se trouvent juste "derrière". Ce que je vois par la fenêtre ou par l'entrebâillement de la porte. Vous pouvez essayer d'imaginer et d'écouter ce qui s'y passe et de voir comment ce qui se passe juste "derrière" influence sur ce qui se passe là où vous êtes.

Vous pouvez prendre des photos, faire des dessins.
Notez vos impressions.

Le temps qui passe

Plusieurs types de temps traversent l'hôpital. Il y a le temps long de l'histoire de la psychiatrie, du service et du lieu. Celui des travaux, des déménagements et des restructurations.

Et puis il y a le temps de la journée, les différentes activités, les repas, les traitements, les transmissions. Vous pouvez repérer les traces du passé, les marques, les écornures, les tâches, les réparations. Celles qui tiennent et celles qui ne tiennent pas.

Le temps de la journée ou de la semaine demande un temps long d'observation ou plusieurs temps. Il faut venir à plusieurs moments de la journée. Quels sont les moments où il y a le plus de monde ? Moins de monde ? Pourquoi ?

Vous pouvez prendre des photos, faire des dessins.
Notez vos impressions.

Grille de l'hôpital comme paysage

Pour plonger dans le paysage, il suffit d'adopter une posture un peu différente de celle habituellement. Votre posture de soignant-e ne disparaît pas mais laisse place à une posture de chercheur-euse, de paysagiste, de promeneur-euse.

Respirez calmement.
Prenez votre temps.
Baladez-vous, posez-vous.
Regardez, touchez, sentez, écoutez.
Soyez curieux-euse. Restez à distance parfois. Soyez discret pour pouvoir observer de loin ce qu'il se passe.
Soyez attentif-ive à vos sensations.

Rencontrez les patient-e-s. Intéressez-vous à leurs impressions. Demandez-leur ce qu'il-elle-s font ici, dans cet espace. Pourquoi viennent-il-elle-s, qu'est-ce qu'il-elle-s en pensent ? Est-ce qu'il-elle-s aiment ? Comment est-ce qu'il-elle-s décriraient l'ambiance ? Au fil de la conversation, il-elle-s vous raconteront des souvenirs, des anecdotes, notez-les, enregistrez-les. Des souvenirs vous viendront peut-être aussi.
C'est de toutes ces histoires que l'espace est aussi fait.

Il vous faudra du matériel :

Des crayons.

Des feutres.

Un appareil photo (votre téléphone suffit).

Un appareil enregistreur des sons (votre téléphone suffit).

L'ordre des éléments qui figurent sur ce document est arbitraire. Faites comme vous le souhaitez.

Vous ferez probablement un peu tout en même temps.

N'oubliez pas de vous laisser surprendre.
Respirez profondément, fermez les yeux un instant, voilà, vous y êtes, il est temps de se jeter dans le paysage !

Les tailles de l'espace

Regardez autour de vous. Comment estimez-vous la taille de l'espace ? Longez avec vos yeux les contours des murs. Faites de même glisser vos yeux du sol au plafond. Faites pas correspond à 1mètre environ. Combien arrivez-vous à en faire ? Est-ce que cela vous paraît grand ? Petit ? Par rapport à quoi ? Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous pourriez mesurer ? Des fenêtres ?

Des portes ? Des choses plus petites ? Si vous étirez votre pouce et votre index, vous mesurez environ 20 centimètres. Vous pouvez mesurer tout ce que vous voulez.

Vous pouvez prendre des photos, faire des dessins.

Notez vos impressions.

La lumière

Repérez quelles sont les sources de lumière autour de vous. Les sources de lumières naturelles (celles qui viennent des fenêtres par exemple), les sources de lumières artificielles. D'où proviennent ces lumières ? Du plafond ? Du sol ? Pouvez-vous qualifier l'intensité de cette lumière ? La couleur de cette lumière ? Comment est-ce que la lumière se reflète-t-elle sur les objets ? Sur les personnes ?

Vous pouvez prendre des photos, faire des dessins.
Notez vos impressions.

Les couleurs

Les couleurs participent à l'ambiance d'un espace. Elles influencent parfois notre manière d'être. Certaines couleurs ont une charge symbolique. D'autres sont dites chaudes ou froides. On dit de certaines couleurs qu'elles "vont bien ensemble" ou au contraire qu'elles "ne se marient pas".

Regardez autour de vous. Collectez toutes les couleurs que vous voyez. Que ce soit sur les murs, le sol, les objets. Combien en comptez-vous ? A quoi vous font-elles penser ?

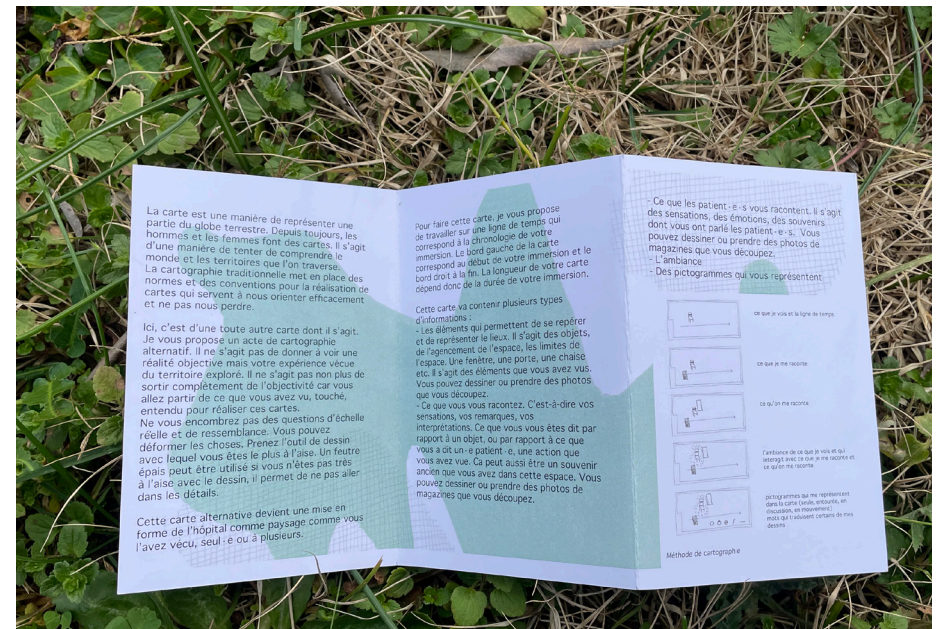
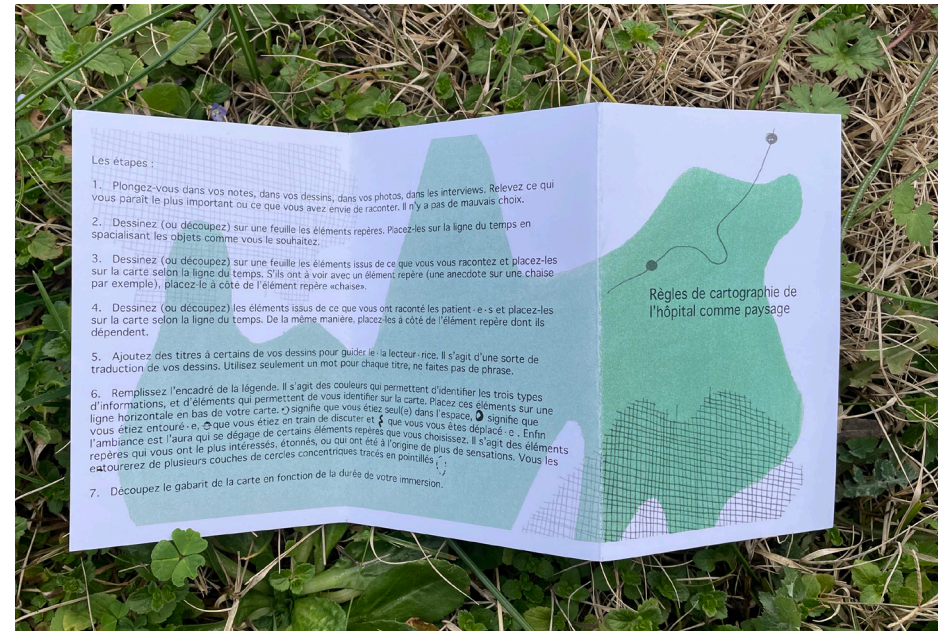
Vous pouvez les prendre en photo.
Notez vos impressions.

Les matériaux, les textures

Il s'agit des matières qui vous entourent. Le bois, le carrelage, la brique etc. Certains matériaux sont doux quand on les touche, d'autres rugueux, piquants, froids. Certains peuvent nous évoquer un environnement domestique, comme le bois par exemple, tandis que d'autres sont le reflet d'environnements moins chaleureux.

Collectez tous les matériaux que vous voyez. Que ce soit sur les murs, le sol, les objets. Combien en comptez-vous ? Qu'est-ce qu'ils vous évoquent ?

Vous pouvez les toucher, les prendre en photo.
Notez vos impressions.



La carte comme résultat de l'action d'évaluation immersive

Les cartes que je propose aux soignant-e-s de faire ont pour objet d'être transmises aux équipes de conception.

La carte est, initialement, l'outil du/de la géographe pour représenter le monde tel qu'on ne peut pas le voir avec nos yeux. Les géographes n'ont pas le monopole de la carte et il apparaît que les premières cartes découvertes datent de l'âge de fer.³⁴ Bien qu'il existe aujourd'hui une multitude de formes, de manière de faire et de penser la carte, la carte peut être définie comme une « tentative de retranscription du monde ». ³⁵ Il s'agit alors d'un acte pour rendre compte, à ceux-celles qui n'ont pas fait la carte, de la forme du monde. Katharine Harmon s'intéresse à la place de la carte dans l'art et de la part d'art dans la cartographie. La définition qu'elle propose est un peu différente puisqu'elle se place du côté de celui-celle qui fait la carte. Pour elle, faire des cartes est un instinct de l'être humain pour tenter de comprendre le monde³⁶. Il s'agit alors d'un acte, pour rendre compte, à soi-même d'abord, de la forme du monde.

La carte sollicite un premier mouvement qui relie le monde tel que perçu, compris et imaginé par celui-celle qui dessine la carte. Puis un second mouvement de celui-celle qui regarde la carte et qui est mené-e à se réinterroger sur la manière dont il-elle perçoit et comprend le monde.

Faire une carte

Ces dernières décennies, on observe un glissement de la carte conventionnelle topographique vers des formes de cartes alternatives. La carte conventionnelle revendique une forme de vérité et d'objectivité scientifique. Elle utilise des règles, des conventions, des normes qui se voudraient

internationales et comprises de tous. L'objectif de ces cartes est de se repérer dans l'espace. Elles donnent un cadre de référence pour permettre aux activités humaines de se dérouler sans encombre. En réponse à la cartographie conventionnelle, le mouvement de cartographie radicale est né dans les années 1960 aux États-Unis. Il s'agit d'un mouvement pour une cartographie alternative qui rend compte des inégalités sociales et économiques des territoires. La carte prend alors une dimension politique et militante. La dimension objective de la carte est remise en question : « la cartographie alternative [...] assume - et revendique même - sa nature subjective : les images cartographiques ne sont que des visions, des interprétations du réel. »³⁷

Les cartes réalisées dans ce travail sont des cartes alternatives qui s'affranchissent des règles et des conventions. Elles constituent un acte libre qui implique totalement la subjectivité de celui-celle qui la dessine. Elles se revendiquent subjectives et militantes car elles donnent à voir (à crier) la vitalité, la puissance, la sensibilité de ce qui se passe à l'hôpital psychiatrique. On ne peut y rester sourd, ni aveugle. Les espaces de l'hôpital psychiatrique méritent que l'on s'y attarde. Il en va d'une responsabilité collective et sociale que les soignant-e-s doivent porter.

L'acte de cartographier est un acte de pensée. C'est-à-dire, un acte de mise en forme de la pensée. Dans un article pour les carnets de paysage³⁸, Jean Marc Besse propose de revenir sur les processus cognitifs mis à l'œuvre dans l'acte cartographique. Il s'agit d'un processus dont le but est de représenter une forme de réalité qui n'existe pas en dehors de la carte. L'acte de cartographie en appelle donc à l'imagination et à la créativité. Dans leur ouvrage *Images de pensée*³⁹ Marie-Haude Caraës et Nicole Marchand-Zanartu recueillent les premières esquisses des actes créatifs de chercheur-euse-s, artistes, scientifiques. Elles soulignent l'importance du dessin dans l'émergence de la pensée : « La plasticité du dessin offre un cadre au sein

34 Il s'agit de la carte topographique de Bedolina, taillée dans la pierre sous la forme de pétroglyphe.

35 Zwer Nephys, Philippe Rekacewicz (2021), *Cartographie radicale : explorations*, Paris, Dominique Carré, p.9

36 Harmon Katharine (2004), *You Are Here: Personal Geographies and Other Maps of the Imagination*, Princeton, Architectural Press.

37 Zwer Nephys, Philippe Rekacewicz (2021), *Cartographie radicale : explorations*, Paris, Dominique Carré, p.15.

38 Besse Jean Marc (2001), «Cartographier, construire, inventer. Note pour une épistémologie de la démarche projet», *Les carnets du paysage* n° 7, Actes Sud, p.127-145.

39 Caraës Marie-Haude, Marchand-Zanartu (2011), *Images de pensées*, Paris, Réunion des musées nationaux.

duquel tout est possible : aucune résolution, aucune conclusion n'est attendue, tout est en mouvement et souverain. »⁴⁰

Dans mon travail, j'ai appelé re-saisissement cet acte de dessin de la carte. Il s'agit d'aller-retours entre les observations, les sensations, les émotions, les savoirs et le dessin. Ces oscillations sont ce qui permet à la pensée de se déplier. Il ne s'agit pas seulement de représenter ce que j'ai vu de l'hôpital comme paysage. Il s'agit bel et bien d'une sollicitation de la pensée pour chercher à comprendre ce que j'y ai vu. C'est ce que nous dit JM Besse : « Ce dont il s'agit ici, c'est de penser en dessinant et de dessiner en pensant, et le fond de tout cela, c'est ce que l'on cherche à voir. »⁴¹

Voir une carte

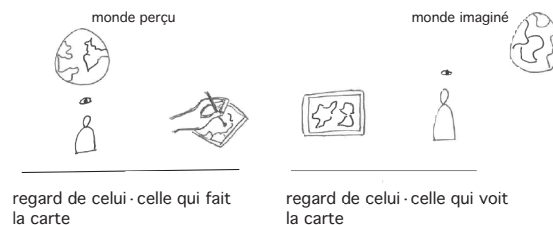
Les cartes alternatives sont une manière de raconter, de mettre en récit le monde. Et ce récit s'adresse à un-e spectateur·trice. Celui-celle qui regarde la carte. « Elle s'adresse autant à l'intellect qu'à l'affect de celles et ceux à qui elle est destinée. »⁴²

Pour parler de ce regard, Katharine Harmon cite un texte de Stephen S. Hall qui rapporte une anecdote à propos de Robert Lee, un général de guerre : « Il a continué à scruter la carte étalée sur ses genoux, il la scrutait si intensément, en effet, qu'il semblait qu'il essayait de lui faire lui donner des informations qu'elle ne contenait pas »⁴³. Il poursuit l'anecdote en expliquant comment d'un seul coup, il a tracé une voie avec son doigt. Voie qui allait les mener à la victoire. On regarde une carte avec ses propres représentations et sa propre imagination. Ainsi notre pensée se met à l'œuvre différemment d'une personne à une autre. Et c'est pour cela qu'une carte se révèle différente

en fonction de son observateur. La carte nous renvoie à des lieux de notre passé ou de notre imagination et fait renaître des souvenirs anciens dans lesquels on se retrouve tout à coup renvoyé.

La subjectivité de la carte se trouve à la fois dans l'acte du dessin mais aussi dans le regard de celui qui la regarde. C'est dans cette rencontre entre plusieurs subjectivités que la carte puise sa puissance. Elle joue alors le rôle d'une interface, d'une aire de jeu dans laquelle se déploie des visions du monde qui co-existent. Elle est à la fois le point d'arrivée et le point de départ d'une pensée sur l'espace.

La carte, comme résultat de l'évaluation de la plasticité de l'espace est donc une représentation subjective d'une expérience subjective au service d'une analyse subjective. Il s'agit alors du chemin vers des possibles infinis de l'espace.



Le double regard de la carte

40 Caraës Marie-Haude, Marchand-Zanartu (2011), *Images de pensées*, Paris, Réunion des musées nationaux, p. 9.

41 Besse Jean Marc (2001), «Cartographe, construire, inventer. Note pour une épistémologie de la démarche projet», *Les carnets du paysage* n° 7, Actes Sud, p.127-145.

42 Zwer Nephys, Philippe Rekacewicz (2021), *Cartographie radicale : explorations*, Paris, Dominique Carré, p.32.

43 Harmon Katharine (2004), *You Are Here: Personal Geographies and Other Maps of the Imagination*, Princeton, Architectural Press, p.16.

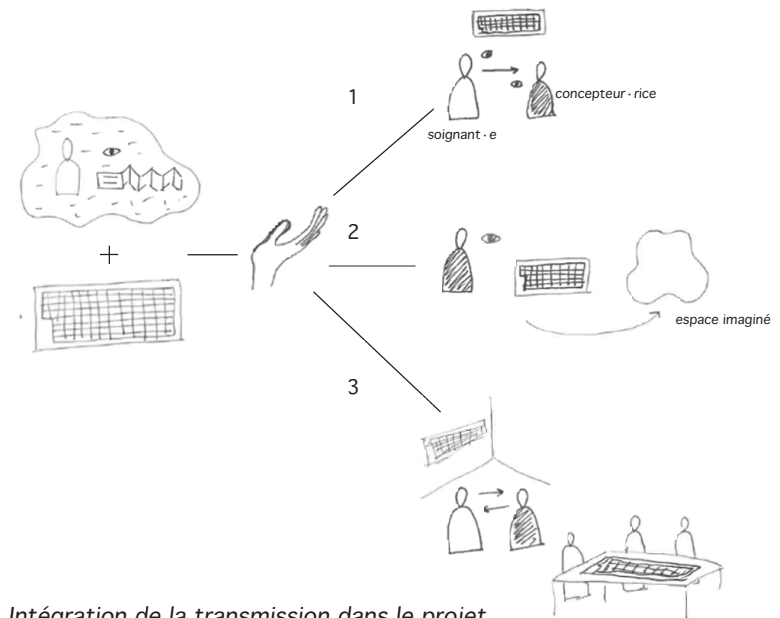
Utilisation des cartes

Une évaluation implique une prise de décision en rapport avec les résultats obtenus. Cette implication renvoie à la question de comment et où, dans le projet de conception, les cartes doivent intervenir.

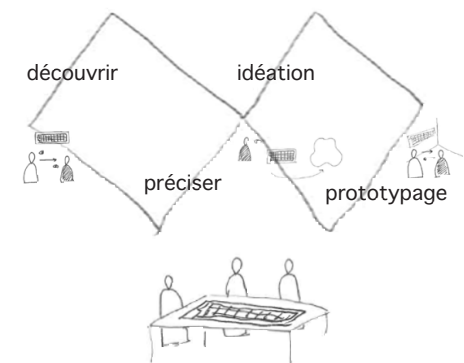
L'action d'évaluation immersive doit avoir lieu au début du projet. Elle est pensée comme une étape préliminaire. La transmission des cartes (des résultats) peut en revanche avoir lieu à plusieurs moments dans le projet. Plusieurs hypothèses sont à envisager et à tester. Elles peuvent intervenir à l'endroit de l'étude du terrain. Il s'agit alors de données rapportées par les soignant-e-s. Une forme de retour d'interview. Cette approche nécessite un moment de transmission didactique des soignant-e-s vers les designers. Un moment d'échange pour que les soignant-e-s racontent leur expérience de l'espace et expliquent leurs cartes. Designers et soignant-e-s peuvent mettre en commun et discuter ensemble de ce qu'il-elle-s ont compris de l'espace qui intéresse le projet.

Un autre endroit du projet serait le moment de l'idéation. C'est-à-dire au moment de l'émergence des idées d'aménagement ou de dispositifs. La carte est un outil puissant d'activation de l'imagination. Les cartes pourraient être données aux designer sans autres explications que celles inscrites dessus. Le designer déplie et découvre au fur et à mesure la carte. Il se raconte une histoire, guidée par les légendes mais surtout par sa propre imagination. C'est dans cette perspective que j'ai décidé de plier les cartes. C'est pour pouvoir les manipuler. Déplier la carte permet de la découvrir lentement, de rapprocher des éléments qui ne le sont pas. Ça permet d'augmenter les représentations possibles et de sortir de l'image figée de la carte. Pratiquer la carte, la retourner, la replier, est une manière d'activer l'imagination, d'invoquer les souvenirs. La carte est là pour inventer de nouvelles formes de réalité.

Enfin, ces cartes pourraient accompagner la totalité du projet. Comme des repères sur lesquels on viendrait vérifier la pertinence des choix qui seront faits. Elles pourraient être le lieu de l'implantation des dispositifs. Elles pourraient être alors modifiées en temps réel par les hypothèses, les tests qui seront fait. Elles seraient la table de travail autour de laquelle soignant-e-s et designers pourraient se réunir pour discuter de la conception d'objets ou d'aménagement de l'espace.



Intégration de la transmission dans le projet



Place de la transmission dans le projet

La participation : la nécessité d'un contrat respecté

L'action d'évaluation immersive de l'hôpital comme paysage est une méthode dite participative puisqu'elle fait participer les soignant·e·s dans une étape d'un projet de restructuration. La participation des usager·ère·s est centrale dans les nouvelles façons de faire des projets à l'hôpital. Le terme d'usager·ère·s comprend les patient·e·s, leurs familles et tout le personnel qui travaille à l'hôpital. La participation est la relation qui lie les usager·ère·s, les instances décisionnaires de l'institution et les équipes de conception. Cette relation est le plus souvent pensée comme une collaboration. C'est-à-dire comme un acte de travailler ensemble vers un objectif commun. Mais je crois que l'objectif commun, quand il s'agit de l'hôpital, est soit impossible à définir, soit tellement flou qu'il ne représente pas grand chose de concret pour personne. Savoir si l'objectif est atteint relève du défi et implique des frustrations légitimes. Sans objectif commun, la collaboration est plus délicate.

Un autre aspect de la participation qui m'intéresse est de savoir ce que l'on en attend. Est-ce que l'on attend des participant·e·s qu'il·elle·s nous partagent leurs connaissances (interview dans le cadre d'une immersion sur le terrain) ? Est-ce que l'on attend d'eux·elles qu'il·elle·s trouvent des solutions (ateliers d'idéations) ? Est-ce que l'on attend d'eux·elles qu'il·elle·s mettent en œuvre les solutions (ateliers de co-conception) ? Est-ce qu'il s'agit d'une attention éthique dans laquelle on implique et on informe les usager·ère·s ? Et d'ailleurs, qui demande la participation ? Les usager·ère·s ? L'institution ? L'équipe de conception ? Je crois que ces questions doivent se poser à chaque fois que l'on engage la participation des usager·ère·s. La participation ne doit pas être un dogme. Je ne peux qu'être alertée par les craintes de ma collègue de ne pas être entendue et donc de faire "cela pour rien". La participation, au-delà

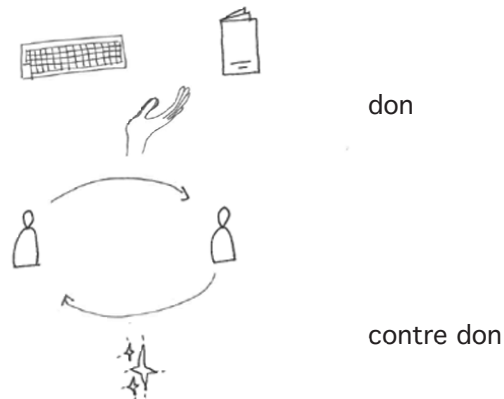
de la collaboration, pourrait être pensée comme un pacte. Un contrat entre les parties impliquées et dont les termes seraient clairs dès le début du projet.

Dans mon travail, j'ai pensé la participation selon deux dimensions. La première est l'implication des soignant·e·s dans un projet de restructuration. La seconde dimension est leur expertise, leurs connaissances de l'espace thérapeutique.

L'implication est largement nécessaire pour espérer qu'un changement puisse opérer. Demander aux soignant·e·s de décrire et de vivre l'hôpital comme paysage est une manière de les impliquer en leur permettant de s'approprier l'espace pour mieux s'y ancrer. C'est une manière de les faire se sentir comme faisant partie du paysage (du système). Cet ancrage est un élément indispensable pour que le système puisse amorcer des changements. C'est parce que les soignant·e·s se sentent faire partie du système qu'il·elle·s peuvent alors se sentir légitimes de proposer des modifications de l'espace. De son organisation, des objets, des couleurs. Cette demande peut prendre la forme d'une envie très concrète, d'une intuition, voire d'une simple sensation. Les demandes des soignant·e·s, que leurs évaluations de la plasticité de l'espace révèlent, viendront compléter une demande plus large de la part des directions. En effet, si un projet de restructuration a lieu, c'est le plus souvent à la suite de propositions de personnes placées plus haut dans la hiérarchie de l'hôpital. Il ne faut pas rester sourd aux demandes ajoutées par les soignant·e·s. Le risque est alors de favoriser l'homéostasie du système qui ne se sera pas senti, entendu, soutenu. C'est susceptible, un système.

La seconde dimension est celle de l'apport de l'expertise des soignant·e·s. Je crois sincèrement qu'il·elle·s sont les mieux placé·e·s pour nous dire de quoi est fait l'espace de l'hôpital. Je crois qu'il·elle·s connaissent mieux les patient·e·s que quiconque. La matière qu'il·elle·s peuvent apporter du terrain est d'une rare richesse. Si l'outil implique la participation directe des soignant·e·s, les patient·e·s participent également de manière indirecte à travers les yeux et les oreilles des soignant·e·s qui les interrogent.

Les notes d'immersion et les cartes réalisées par les soignant·e·s sont deux formes qui ont pour vocation d'être des objets de transmission destinés aux designer·euse·s et aux autres membres de l'institution qui n'auront pas fait ce travail d'évaluation. Dessiner une carte, c'est un acte libre et subjectif que les soignant·e·s s'autorisent à réaliser. C'est parce que je pense l'espace de la carte comme un espace de liberté que je porte cet objet à la hauteur, non pas d'une simple transmission d'informations, mais à la hauteur du **don**. Le·la soignant·e révèle une partie de ce qu'il·elle est dans cette carte. Il y a quelque chose à voir qui est de l'ordre de son intimité. C'est en plaçant la participation dans le registre du don que je crois en sa puissance. Il s'agit d'une implication forte, une manière de se jeter dans le projet. Ce don engage en retour ceux·celles qui le reçoivent. Le contrat qui engage les usager·ère·s, les directions et les équipes de conception relève alors du triptyque de Marcel Mauss⁴⁴ qui décrit notre capacité à vivre ensemble au travers du cycle sans fin "donner-recevoir-rendre". Il ne s'agit alors pas d'exploiter sans retour la participation des usager·ère·s mais de les impliquer dans ce rapport au don avec les designers. Ici le don est la carte mais il peut prendre plusieurs formes (le temps est une forme de don par exemple). Le contre-don qui incombe alors au designer peut être multiple. Et c'est sur cela qu'il faut pouvoir se mettre d'accord dès le début de la participation.



Contrat de participation

44 Mauss Marcel (1999), *Essai sur le don dans Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Conclusion

Ce travail a été pour moi l'occasion de concevoir une méthode pour appréhender et qualifier la plasticité de l'espace dans un service de psychiatrie. J'ai pensé cette démarche comme un préalable nécessaire à l'utilisation du design dans cet espace si singulier. Le concept de paysage m'a aidé dans cette démarche mais d'autres outils, utilisant d'autres concepts et d'autres théories de l'espace pourraient être utilisés. Les méthodes de design m'ont accompagnée tout au long de ce cheminement dans l'hôpital comme paysage. Que ce soit dans la conceptualisation, dans l'immersion ou dans la conception de l'outil d'évaluation.

La première méthode de design que j'ai utilisée est celle de la conceptualisation de l'hôpital comme paysage. Cette conceptualisation venait combler mon problème qui était d'une part de rendre compte de la plasticité de l'espace et d'autre part de l'évaluer. La conceptualisation est une manière d'ouvrir le champ des possibles. Il s'agit d'aller chercher un vocabulaire d'une autre discipline pour décaler sa vision et nourrir sa pensée. Ici le concept de paysage a été le moyen que j'ai utilisé pour faire un pas de côté et élargir ma vision de l'espace thérapeutique.

L'immersion est une étape de projet qui se retrouve dans de nombreuses disciplines. Mon immersion avait de particulier qu'elle était teintée de ma conceptualisation de l'hôpital comme paysage mais aussi de ce que je suis. Psychiatre et thérapeute familiale. Selon moi, l'immersion du designer devrait s'enrichir de ce qu'est le designer en tant qu'individu. C'est-à-dire de sa sensibilité, de son expérience, de son histoire, de ses connaissances, de sa personnalité aussi. Il ne s'agit pas simplement de collecter des données. Il s'agit de s'utiliser soi-même, d'être attentif·ve à ses ressentis. Et finalement de ne pas être si extérieur·e au milieu que l'on explore. Le design est une discipline du changement. Pour cela il doit tenir une position dedans-dehors qui s'établit dès le moment de l'immersion. On parle de la posture naïve du designer quand il·elle arrive dans un milieu qu'il·elle ne connaît pas. Je crois qu'il faut avoir un regard lucide sur cette posture. Le designer arrive forcément avec des idées, des a priori qui tiennent de la ce qu'il est et de ses expériences passées. Et c'est très bien

car c'est avec ce bagage qu'il va sélectionner les éléments pertinents lors de son immersion. Avoir un regard lucide, c'est avoir conscience de cela pour poser les questions avec une vraie curiosité. On pose des questions non pas pour valider ce que l'on croit savoir mais pour découvrir une face qui nous est cachée. En thérapie, ce travail d'écoute de soi-même s'appelle la **résonance**. La résonance est ce qui se manifeste dans une situation où une règle de fonctionnement de la famille s'applique aussi à la famille du·de la thérapeute. Il s'agit d'une sorte de radar aux informations importantes qui permettront au système de changer. Le·la designer, durant son immersion, doit être attentif·ve à ce qui résonne en lui·elle.

La troisième méthode de design à laquelle j'ai fait appel est le dessin, que j'ai utilisé dans mon acte de cartographie. Ce travail, que j'ai appelé re-saisissement, a été un aller-retour entre mes observations, mes connaissances, ce que je suis, et le dessin. J'ai pu expérimenter la manière dont ce dernier a enrichi ma pensée et inversement. Ce travail de la forme a été poursuivi jusque dans l'édition de ce mémoire. Penser sa forme a été un moyen de fluidifier, d'organiser et de déployer ma réflexion autour de l'outil que j'ai conçu. Le prototypage de l'outil d'évaluation a permis d'en modifier sa forme et son contenu. Il est évident que son utilisation en situation réelle le transformera à nouveau.

Cet outil conçu par les méthodes du design a été pensé pour le design. En effet, dès le départ, la question a été la manière de rendre compte de la plasticité de l'hôpital. Faire de l'espace une forme sur laquelle le design pouvait agir. **Là où le design thinking rend la pensée design audible et compréhensible pour les institutions, je voulais traduire l'espace de l'hôpital pour le rendre appréhendable par le design.**

Ce travail donne les clés aux soignant·e·s pour comprendre comment le design peut agir dans leur environnement de travail mais aussi des clés aux designer·euse·s pour pénétrer dans cet espace singulier. Je propose de soulever aussi la question de la participation des usager·ère·s en envisageant comme un pacte cette relation qui unie les participant·e·s aux designer·euse·s. Les conditions de ce contrat doivent être scellées dès le début du projet.

L'ambition de ce travail est de poser le contexte qui rend évident l'action du design comme agent de changement à l'hôpital psychiatrique. Mais quel design ? C'est une question qui m'intéresse particulièrement et qui occupera la poursuite de ma balade dans le monde du design. Si le dessein du design à l'hôpital est de favoriser l'émergence des liens dans la relation thérapeutique, la manière dont il peut s'y prendre est encore à explorer. On a vu qu'il pouvait agir sur ces relations en agissant sur l'espace comme forme plastique. La perception et la pratique de l'espace sur lesquels le design agit modifient nos manières d'être engagés dans le monde et dans les relations. Les changements ne se produisent que dans la minutie. En thérapie, provoquer un changement ce n'est pas dire que tout va mal. Ce n'est pas donner les directives pour que ça aille mieux. Ce n'est pas arriver avec un bulldozer et tout raser pour reconstruire en mieux. **La thérapie c'est envisager le plus petit changement possible qui entraînera à sa suite d'autres transformations.** Le design à l'hôpital devrait aussi se situer dans cette minutie. Il faudrait penser des interventions minimales. Minimale dans l'intervention mais dont l'ambition se situe à la hauteur du soin.

Le concept du paysage peut là encore nous donner des clés pour avancer dans cette question de ce que doit être le design à l'hôpital. Le-la paysagiste, lorsqu'il-elle propose un aménagement d'un espace paysager, ne maîtrise pas ce que la nature va devenir. Il y a une part de hasard dans tout projet de paysage. En effet, le-la paysagiste plante une graine quelque part mais ne maîtrise pas ce qui va advenir de cette graine. Je crois que

“Il s'agit de réunir les conditions pour que quelque chose arrive. Il s'agit de réunir les conditions du possible. Réunir les conditions de l'inachèvement. Le paysage est le monde de l'inachèvement.”

Descombes Georges, Besse Jean-Marc « Déplacements | Expérience(s) de paysage [Conférences - débats. Pavillon de l'Arsenal », 25 janvier 2020].

“L'homéopathie incite le corps malade à trouver son propre remède et à se guérir lui-même : la trace la plus ténue de substance est suffisante pour provoquer son action. Il ne faut donc pas terminer définitivement une architecture ou un urbanisme mais lui proposer l'organisation la plus légère pour éveiller sa propre créativité.”

Kroll Lucien (2001), Tout est paysage, Paris, Sens & Tonka, p.60.

Bibliographie

Bachelard Gaston (2020), *La poétique de l'espace* [1957], Paris, Presses Universitaires de France.

Berque Augustin (1984), «Paysage-empreinte, paysage-matrice : éléments de problématique pour une géographie culturelle», *L'Espace géographique*, vol.13, n° 1.

Berque Augustin, Michel Conan, Pierre Donadieu, Bernard Lassus, et Alain Roger (1994), *Cinq propositions pour une théorie du paysage*, Seyssel, Champ Vallon Editions, «Pays-Paysages».

Besse Jean-Marc (2018), *La nécessité du paysage*, Marseilles, Parenthèses.

Besse Jean-Marc (2001), «Cartographier, construire, inventer. Note pour une épistémologie de la démarche projet», *Les carnets du paysage* n° 7, Actes Sud, p.127-145.

Binswanger Ludwig (1998), *Le problème de l'espace en psychiatrie* [1933], Toulouse, Presses universitaires du midi.

Caraës Marie-Haude, Marchand-Zanartu (2011), *Images de pensées*, Paris, Réunion des musées nationaux.

Christelle Carrier pour Heidi News. Interview par Sophie Gremaud. Sept. 2022.

Descombes Georges, Besse Jean-Marc, *Déplacements | Expérience(s) de paysage*. [Conférences - débats Pavillon de l'Arsenal, 25 janvier 2020].

Esquirol Étienne (1838), *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, [Volume 1].

Fleury Cynthia (2019), *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard.

Jilénez Ariel (2005), *Conversaciones con Jesús Soto*, Caraca, fundacion Cisneros.

Severo Donato, Bonneau Lila (2021), *Conversation 16. Architecture et psychiatrie, approches françaises et internationales*, saison 1 épisode 10.

Severo Donato, Viviane Kovess-Masféty (2017), *Architecture et psychiatrie du XXI^e siècle*, Paris, Le Moniteur.

Harmon Katharine (2004), *You Are Here: Personal Geographies and Other Maps of the Imagination*, Princeton, Architectural Press.

Keravel Sonia (2015), *Passeurs de paysages : le projet de paysage comme art relationnel*, Genève, MetisPresses.

Kroll Lucien (2001), *Tout est paysage*, Paris, Sens et Tonka.

Laudat Bruno, Pascal Jean Charles, Courteix Stéphan et al (2008), «Mener un projet architectural en psychiatrie», *EMC - Psychiatrie*, vol.5.

Marin Claire (2022), *Être à sa place : Habiter sa vie, habiter son corps*, Paris, Humensis.

Mauss Marcel (1999), *Essai sur le don dans Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Merleau-Ponty Maurice (2013), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.

Nightingale Florence (1869), *Des soins à donner aux malades ce qu'il faut faire ce qu'il faut éviter*, Paris, Didier et Cie.

Norberg-Schulz Christian (1997), *Genius loci: paysage, ambiance, architecture*, Bruxelles, Éditions Mardaga.

Parchappe Maximien (2013), *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés* [1853], Paris, Hachette Bnf.

Perec Georges (2000), *Espèces d'espaces*, Paris, Galilée.

Pinel Philippe (1801), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie*.

Zwer Nephys, Rekeawicz Philippe (2021), *Cartographie radicale : explorations*, Paris, Dominique Carré.