

Les indicateurs philosophiques : démarche pour une architecture du soin

Coline Periano

Chargée de recherche chez Michel Rémon & Associés

Doctorante en philosophie de la médecine (Ecole Normale Supérieure)

c.periano@remon.fr

L'hôpital devient un lieu de santé plutôt que d'assistance au cours du XVIII^e siècle, c'est un fait connu. Cette transformation en entraîne une seconde, moins visible mais particulièrement importante pour l'architecture. Les sciences médicales, qui, en prenant appui sur l'hôpital et les cas qui s'y trouvent, se développent et étudient les apparitions et les développements des maladies, se focalisent sur un aspect nouveau : les causes et les déploiements spatiaux des phénomènes pathologiques ou de leur guérison. L'épidémiologie démontre que les jeux de positions et de proximités sont cruciaux dans les effets de contaminations. Parallèlement, les enquêtes de grands médecins hospitaliers, comme Tenon, sont actualisées et indiquent que les potentialités de guérison d'un individu sont étroitement liées à des paramètres de l'espace, comme la circulation de l'eau ou le volume d'air minimum autour d'un lit. La recherche de la santé devient une recherche des espaces de la santé. Alors qu'on cherchait déjà à cartographier les maladies à l'intérieur des corps, on tente désormais de tracer leur diffusion dans l'espace. L'aménagement de celui-ci doit alors être vu un dispositif salutogène, une technologie de l'air, de la lumière, et de la position des individus. A la fin du XVIII^e siècle, les savoirs « comptables et physiques » des démographes, chimistes et physiciens, disqualifient les savoirs des architectes pour la conception des hôpitaux, qui deviennent des « machines à guérir ». [1]

Cette immense transformation produit encore ses effets aujourd'hui, dans une certaine mesure, et pour le mieux bien sûr. L'hôpital est un environnement dont on cherche toujours à améliorer et à perfectionner la salubrité, en multipliant les filtrages d'air, en sophistiquant les ventilations internes, en réduisant les distances à parcourir, en intégrant des nouvelles technologies et plus récemment, en mesurant son impact et en limitant les pollutions qu'il peut produire. Nous aimerions attirer l'attention sur le fait que, si la conception échoit aux architectes c'est, non seulement parce qu'ils sont compétents pour la composition d'un plan éminemment complexe, mais aussi parce qu'ils sont à même de déployer, au sein de cette complexité, une qualité d'espace et d'usage, pour les soignants comme pour les patients. Cette qualité architecturale est un droit que l'on doit assurément aux usagers de l'hôpital, mais nous pensons qu'elle est aussi un soin.

Soigner n'est pas seulement traiter. Nous pensons que le soin est un ensemble de gestes et d'attitudes de la part d'un soignant, visant à comprendre, à accompagner et à soutenir les objectifs de vie d'un malade et à le soulager d'une partie de ses maux. Nous ne cherchons pas à opposer techniques et humanités à l'hôpital. Nous cherchons à montrer que le soin se concrétise dans un milieu spécifique, qui facilite autant les techniques médicales qu'il encadre et renforce les tentatives des soignés vers une vie heureuse, sereine et stimulante. Cette question est de plus en plus

prégnante à l'hôpital, car sa population, et les besoins de celle-ci, changent en partie. Les prises en charge des maladies chroniques représentent un nombre croissant d'admissions à l'hôpital. Les chiffres de l'Assurance maladie avancent que 20 millions de personnes en France sont concernées par la chronicité. Pour tous ces patients, mais aussi pour de ceux qui souffrent de maladies aiguës, comme certains cancers ou syndromes métaboliques, ou qui ont subi des accidents, les séjours à l'hôpital seront nombreux et le soin visera autant à guérir qu'à accepter de vivre avec les retentissements physiques, psychiques et sociaux de la maladie.

L'atelier Michel Rémon & Associé s'est engagé il y a deux ans dans la recherche en philosophie et en éthique. A travers ma thèse, j'ai mené une recherche de terrain auprès de malades chroniques hospitalisés longtemps ou fréquemment. L'écoute et l'analyse des récits de plus de 30 patients habitués des hôpitaux a fait émerger des thématiques communes dans leur expérience du soin et de l'espace hospitalier. Ces thématiques détachent, parmi les besoins des malades, des aspects cruciaux du soin et intimement intriqués à l'espace. Mis en exergue de la sorte, ils peuvent faire l'objet d'un souci particulier en architecture. L'atelier se dote de six indicateurs philosophiques pour appuyer la réflexion sur les espaces du soin et les espaces qui soignent. Ces six indicateurs sont l'hospitalité, l'(in)visibilité, la porosité, l'opportunité, l'équilibre et le sens.

Le critère d'hospitalité

Nous avons déjà expliqué que l'hospitalité est une affaire d'architecture. L'hospitalité est une notion complexe, qui décrit autant les comportements de l'hôte qui reçoit, que ceux de l'hôte qui est reçu, et que les caractères du lieu dans lequel elle se passe. L'hospitalité désigne, depuis le monde romain, une attitude inconditionnelle et absolue, qui s'adresse à toute personne démunie et qui lui donne le droit de s'installer. Mais personne, dans les faits, ne peut faire « comme chez lui » s'il n'est pas chez lui. [2] Prendre trop de place ou rester trop longtemps serait d'ailleurs mal perçu. L'hospitalité en acte propose une place, dans laquelle une personne peut amener un peu de son histoire, de sa culture, de sa personnalité, en connaissant les limites de l'espace qui lui est donné. Elle peut alors mêler ses habitudes propres aux coutumes locales, bénéficier du confort des lieux et y poursuivre ses activités singulières. L'hôpital est hospitalier quand les patients peuvent disposer leurs effets personnels et parcourir des lieux qui leur sont accessibles et qui leur semblent suffisamment entretenus. "On recherche le confort que l'on aurait chez nous ou que, quand il manque chez nous, on peut trouver à l'hôpital" me dit en entretien une représentante des usagers d'un hôpital parisien. Ces quelques caractéristiques de l'espace sont des prérequis qui amorcent le sentiment d'hospitalité générale. Elles forment un cadre dans lequel patients et soignants, dotés chacun d'un espace qui est respecté et qu'ils maîtrisent, peuvent prolonger l'hospitalité. C'est ce qui se produit quand les soignants feignent de ne pas voir le désordre dans la chambre du patient, que les patients utilisent leur propre itinéraire pour rejoindre d'autres lieux de l'hôpital, qu'ils peuvent eux-mêmes recevoir des proches et devenir hospitaliers, voire, qu'ils refusent l'hospitalité quand ils se jugent prêt à s'en dispenser.

Le critère d'(in)visibilité

L'hôpital doit assurément permettre une grande visibilité des malades, de leur corps, de leurs symptômes et des lésions dont ils souffrent. Dans les services médicaux, il est nécessaire que les patients puissent être aperçus depuis le couloir, que les moniteurs puissent être éclairés ou que des lumières mettent en exergue ce qui affleurerait sur la peau des patients. Cette visibilité assure la clinique, prérequis à la thérapeutique : le fait d'observer et d'ausculter le patient, et de relier ces informations à un phénomène pathologique interne. Mais chercher trop en avant à faire de l'hôpital un lieu d'extrême visibilité nuirait à toute une partie du soin qui doit se dérouler dans l'invisible. Dans l'intimité de leur chambre ou dans des espaces tierces qui échappent au regard médical, comme les salles de bain, les cafétérias ou les jardins des hôpitaux, les patients mettent en œuvre des activités, qui soit font échos à leur vie ordinaire (comme la lecture, le travail, ou le fait de recevoir ses proches), soit leur permettent de prendre soin d'eux-mêmes (comme la toilette, le maquillage, ou des activités sportives adaptées), soit leur font approprier et prolonger le soin qu'ils reçoivent, en lui donnant un sens (comme, pour des patients qui ont perdu des capacités, le fait de mettre en application des exercices réalisés avec les soignants, et de se remettre à enfiler ses vêtements, à manger, à se lever seul). Quand la maladie et les hospitalisations font irruption dans la vie, que se voir changé ou diminué est difficile, il est important de pouvoir se retrouver soi-même, de se reconnaître comme agent de sa vie sociale, et de comprendre quelles sont désormais ses capacités, dans des actions qui sont parfois hésitantes ou douloureuses et qui doivent pouvoir être expérimentées sans être exposées à un regard de jugement.

Le critère d'opportunité

En visite dans un service de soins de suite et de réadaptation, je remarquai que de nombreux patients laissaient à la porte de leur chambre leur canne, déambulateur ou fauteuil roulant. Ces personnes utilisent leur dispositif d'aide à la mobilité pour certains trajets à l'intérieur ou l'extérieur de l'hôpital, mais à l'intérieur de leur chambre, elles sont capables d'une mobilité suffisante ou préfèrent s'appuyer sur les meubles pour se lever et se déplacer. Penser en termes d'opportunité vient compléter et enrichir les critères déjà nombreux de l'accessibilité. Les maladies chroniques ou de longue durée provoquent des douleurs, des fatigues ou des handicaps fluctuant dans le temps. Les malades peuvent se sentir bien à un moment de la journée, décider d'entreprendre une promenade ou d'aller se chercher un café, et devoir brusquement s'arrêter. Les seuls dispositifs d'accessibilité, comme les rampes, les ascenseurs ou les lèves personnes, ne sont pas suffisants à des handicaps aussi mouvants que pluriels. Le critère d'opportunité se focalise sur les ressources qui sont disponibles dans l'espace, et sur l'ouverture de ces ressources à plusieurs usages possibles. Chaque mobilier peut constituer un appui s'il est suffisamment stable et robuste. Chaque assise sera un lieu de répit si elle ponctue un itinéraire de patient. Chaque prise, rampe, ou poteaux sera un socle sur lequel retrouver de la stabilité pour un malade brusquement saisi de vertiges. L'environnement hospitalier doit ainsi offrir des opportunités pour être utilisés par des usagers aux états variés et variables, qui font souvent un usage inventif et singulier de l'espace en articulant leurs capacités et leurs préférences. Les opportunités favorisent la créativité et renforcent l'habileté avec laquelle des patients peuvent s'adapter à des situations diverses. [3]

Le critère de sens

« Ca ne ressemble à rien » me disait un patient à qui je demandai comment il se sentait dans sa chambre, en service de neurologie d'un CHU parisien. Certains environnements hospitaliers ne rappellent en rien le dehors, ne ressemblent à rien de ce qui est ordinairement connu et apprécié par les patients. Ils peuvent provoquer des sentiments de déracinement : le fait de ne plus se sentir appartenir à un milieu, de ne plus faire partie des sociabilités, des habitudes et de la culture qu'il recèle. L'espace hospitalier doit pouvoir être interprété par la personne comme un milieu de vie, pour qu'elle puisse s'imaginer réaliser des actions, trouver à les mettre en œuvre effectivement, et que ces actions correspondent in fine à ses objectifs et à ses habitudes, ancrées dans son contexte socio-culturel et dans ses préférences personnelles. Un environnement qui « ne ressemble à rien » est un environnement dans lequel l'imagination achoppe sur l'espace : on ne se voit pas y faire quoi que ce soit. Contrairement au critère d'opportunité qui se concentre sur des opportunités fonctionnelles (le fait de pouvoir mener à bien physiquement une activité), le critère de sens vérifie que l'hôpital est un cadre dans lequel une personne pourra se projeter dans une vie intéressante et singulière, une vie qu'elle s'est choisie et qu'elle doit pouvoir construire et prolonger également au sein de l'hôpital. Le critère de sens n'oppose pas dos à dos des environnements techniques et des environnements domestiques. Nombreux sont les patients qui arrivent à projeter une signification ou à détourner la fonction première d'un environnement ou d'un objet pour l'utiliser à leurs fins. Une assise devant le bâtiment deviendra un lieu pour souffler ou fumer, un sas à l'entrée du service servira à faire patienter ses proches venant pour une visite impromptue, un bureau sera déblayé de ses médicaments pour accueillir un ordinateur et improviser une réunion.

Le critère d'équilibre

Les informations que l'on perçoit par les sens, dans l'espace hospitalier, sont différentes à la fois en quantité et en qualité que celles du dehors. En quantité, d'abord, il n'est pas rare de se sentir submergé ou déconcerté par les sonneries des moniteurs, des éclats de voix lointains ou proches, le bruit des roues d'un chariot ou d'un brancard qui roule en brinquebalant. En qualité, ensuite, ces informations sont d'une toute autre allure. L'espace hospitalier doit être épuré pour que les circulations s'y fassent facilement et rapidement ou que les soignants puissent intervenir autour d'un patient sans être empêchés. Les matériaux doivent être résistants et hygiéniques, les murs doivent être lisses. L'étrangeté de ces stimulations est perçue d'autant plus fortement pour des patients qui arrivent à l'hôpital déjà stressés, troublés et en alerte à cause du mal dont ils souffrent. Les récits des patients révèlent un déséquilibre important entre les informations sensorielles qu'ils reçoivent et celles dont ils peuvent réellement se saisir pour mener à bien des activités. En ressort souvent l'impression d'être assujéti à l'environnement, sans avoir à sa portée les stimulations suffisantes pour agir ou pour se ressourcer. Il est bien sûr nécessaire de conserver tous les sons et les matériaux qui sont cruciaux pour la médecine. Une attention particulière doit cependant être accordée aux informations sensorielles qui touchent les sens des individus et qui, sans nuire à l'organisation médicale, en équilibre l'expérience. Si la personne est exposée au regard, il faut qu'elle puisse aussi voir ceux qui arrivent dans sa chambre. Si elle est assourdie par le bourdonnement constant de l'hôpital, qu'elle puisse aussi être entendue depuis le

poste de soin sans avoir à crier. Si elle est palpée, piquée, pansée et perfusée, qu'elle puisse aussi saisir ce qu'elle souhaite. Si elle sent constamment l'odeur des produits médicaux, qu'elle puisse aussi percevoir l'air frais du dehors.

Le critère de porosité

Les critères précédents requièrent un savant mélange d'univers. Penser en termes de porosité aide à s'orienter parmi des injonctions diverses, à naviguer entre « ouverture sur la ville », sécurisation et technologisation. Dans un hôpital en activité depuis le XIXe siècle, où les murs sont en pierres et les plafonds voûtés, un patient me disait « C'est pas engageant, c'est à l'opposé de ce qu'on s'attendrait à trouver pour une prise en charge ». Nombreux sont les patients qui doivent se rendre à l'hôpital parce que le domicile ne suffit plus et qu'ils doivent être médicalisés et constamment veillés. Dans ces moments, les appareillages et les textures de l'hôpital, robuste, moderne, dans lequel la présence physique et symbolique de la rigueur scientifique est forte, confèrent un sentiment de sécurité et de sérieux recherché. Mais le soin réside aussi dans une sortie possible, une échappée de l'espace hospitalier, soit par l'imagination, soit par l'ouverture de l'hôpital au monde ordinaire. Dans ce même hôpital de centre ville, les commerces alentours et notamment des fleuristes offrent fréquemment des denrées et des bouquets aux utilisateurs. Les restaurants accueillent régulièrement des patients, qui, entre les touristes, sortent pour déjeuner. Les besoins du soin varient en fonction des moments et des individus. On peut parfois vouloir s'abandonner à une organisation bien rodée et à une médecine de pointe, et parfois vouloir partir, remettre le soin au lendemain, et ne plus penser à la maladie. A l'intérieur de l'hôpital, les parvis, les seuils, les jardins et les places de commerces permettent ces respirations nécessaires au soin. De telles scansions aident à prémunir les patients de sentiments de ruptures répétées, soit lors des admissions, soit lors des retours à domicile. Elles permettent d'intégrer le soin à la vie et la vie dans le soin. Enfin, pendant le soin, l'individu se transforme. Il négocie son identité, intègre le soin et les symptômes de la maladie dans une vie future acceptable. Il est ainsi logique qu'il puisse combiner dans l'hôpital des éléments qui se rapportent à la médecine et d'autres qui se rapportent à la vie ordinaire, heureuse et souhaitable, du dehors.

Utilisation des indicateurs

Ces indicateurs sont conçus comme des lignes directrices qui guident les projets sur un plan précis : l'expérience vécue du bien-être physique, psychique et social dans l'espace, pour des malades hospitalisés. Chaque indicateur peut être travaillé indépendamment ou articulé avec les autres. Ils peuvent être utilisés comme des curseurs que l'on peut choisir de pousser ou non en fonction des projets. Leur but est de donner un contenu précis à une réflexion sur l'éthique de l'architecture hospitalière. Ils permettent de se concentrer avec rigueur sur certains aspects, au-delà des notions d'humanisation, d'approche patient, ou de *care* parfois galvaudées.

[1] Foucault M - Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne), p. 20. Paris, Institut de l'environnement, 1976.

[2] Derrida J – Hospitalité. Volume 1. Paris, Seuil, 2021.

[3] Cérèse F et al. – S'affranchir du concept de handicap : critique constructive d'une notion obsolète. Paris, In Press, 2022.

Résumé :

L'atelier d'architecture Michel Rémon & Associés se dote de six indicateurs philosophiques pour appuyer sa réflexion sur les espaces du soin et les espaces qui soignent. Ces six indicateurs sont l'hospitalité, l'(in)visibilité, la porosité, l'opportunité, l'équilibre et le sens. Ils résultent de l'écoute et de l'analyse des récits de 30 malades chroniques. Ils permettent d'aborder à nouveaux frais le contenu de la qualité architecturale en hospitalier. Nous cherchons à montrer que le soin se concrétise dans un milieu spécifique, qui facilite les techniques médicales et renforce les tentatives des soignés vers une vie heureuse, sereine et stimulante.