

# ARCHITECTURE CLINIQUE : PROPOSITION D'UN CONCEPT

La clinique est l'examen qui révèle la teneur des phénomènes et des problèmes sous les symptômes. En médecine, le clinicien est celui qui se penche sur le malade, qui l'ausculte et qui l'écoute. La clinique est aussi la mise en oeuvre de propositions pour la résolution des problèmes constatés.

Le soin vise à accompagner une personne à développer une relation harmonieuse et agissante sur son environnement, dans des formes qu'elle juge souhaitables et atteignables, et qui puissent se renouveler en fonction des besoins.

L'architecture compose les environnements que le soin rend habitable. Elle a un rôle à jouer dans la création d'un environnement général ouvert à une pluralité de personnes, de corps et de capacités. L'architecture clinique s'appuie sur l'analyse des interactions entre usagers et espace. Elle y répond en disposant pour les personnes, à la fois les bonnes conditions du repos et du répit, et des amorces pour la réalisation d'objectifs variés. Elle soutient le corps et la subjectivité des personnes.

## Etat de l'art

La maladie chronique peut être décrite comme un bouleversement du rapport à soi - une «catastrophe intime» - (Marin, 2014), des rapports aux autres - la honte d'être différent ou dépendant - (Barrier, 2010) ou du rapport au temps - regret du passé, peur de l'avenir, rupture biographique (Bury, 1982), inconstance des symptômes. Elle est aussi souvent saisie en terme de désorganisation des relations entre la personne et son monde. Le neurologue et psychiatre Kurt Golstein (1934) relate des comportements «désordonnés» chez ses malades qui ne parviennent plus à réaliser les tâches qu'ils se donnent. Le médecin Georges Canguilhem (1966) distingue le normal et le pathologique par la capacité de la personne à normer son milieu, c'est-à-dire, à y instituer ses valeurs, ses préférences, dans une relation - une allure de vie - qui lui est propre. Santé et maladie peuvent donc se vivre et s'analyser en fonction du contexte de vie du sujet. Depuis les années 1980, le modèle social du handicap pointe du doigt les effets limitants des environnements sociaux et spatiaux. Il faut alors concevoir les choix urbanistiques ou architecturaux comme potentiels facteurs de handicaps s'ils sont inadaptés à la pluralité des corps et des capacités. La recherche contemporaine en architecture (Coccia, 2021, Bonicco-Donato, 2019, Cérèse, 2022) analyse ce qui, dans nos lieux, amorce des usages, des prises ou des asises pour que les personnes y vivent, s'y projettent et y agissent dans un rapport aisé, serein et fructueux. La thèse se concentre sur les rapports que les malades chroniques entretiennent avec les espaces architecturés, et les caractéristiques de ces espaces pour qu'ils accueillent la chronicité, c'est-à-dire la maladie avec ses implications et ses imbrications dans la vie.

## Questions de recherche

La médecine ne cesse de renouveler et d'augmenter les indicateurs qu'elle se donne pour comprendre et soigner les maladies : la lésion, la génétique, ou encore les statistiques. L'analyse philosophique nous invite à observer les effets de la maladie parmi les rapports que la personne entretient avec son contexte de vie. Nous nous concentrons sur la dimension spatiale de l'environnement pour étudier comment les malades chroniques tissent et recomposent leurs relations à l'espace. Nous cherchons quelles sont les critères architecturaux qui offrent une plus grande facilité de recombinaison, y compris pour des individus vulnérables. Nous cherchons quelles architectures abritent les pratiques de soin, qu'il faut alors concevoir comme des soutiens vers la créations de nouvelles allures de vie.

**En un mot, quels sont les principes et les formes d'une architecture hospitalière qui s'articule sur les éthiques du soin au XXIe siècle ?**

## Comment la médecine façonne l'architecture hospitalière ?

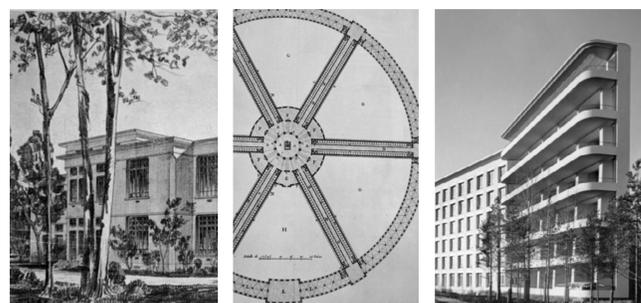
Depuis la fin du XVIIIe siècle, l'hôpital cesse d'être un lieu d'assistance aux pauvres pour devenir l'établissement où se forme et se transmet la science médicale.

Tour à tour, l'espace est pensé pour mettre en valeur le phénomène pathologique en surplomb du malade, conçu alors comme un écran ou un bruit qu'il faut dépasser, ou pour disposer et exposer des corps malades, rassemblés en série sous le regard du médecin, dans l'objectif d'identifier des phénomènes convergeants, expliquant les maladies.

La réflexion porte également sur les conditions climatiques de la guérison. Le chirurgien Jacques Tenon, dans son mémoire sur les Hôpitaux de Paris en 1788, déplore l'air «vicié» des dortoirs dans lequel baignent des malades. Les initiatives se succèdent pour des architectures faisant circuler l'air. Tony Garnier propose, au début du XXe siècle, de construire un hôpital sur le modèle d'une cité jardin, dans lequel les malades bénéficient d'air frais, de nature et de lumière.

C'est cette médecine qui se diffuse progressivement comme un «fait social total» (Le Blanc). Faite par des soignants, dépositaires d'un savoir institutionnel, elle articule l'architecture à ses objectifs et s'exerce de manière descendante vers des patients.

Elle est aujourd'hui parfois contredite par des malades ou des personnes en situation de handicap qui revendiquent une place active dans le soin et demandent à ce que soit pris en compte leur existence morale, sociale et politique, y compris pendant l'hospitalisation. L'hôpital se recompose pour intégrer des formes de démocratie interne et des faisceaux de sociabilité entre patients. Cependant, si les patients obtiennent le titre d'usagers du système de santé en 2002, il demeure rare de les considérer spontanément comme les usagers de l'hôpital.



La Grange Blanche

Proposition Hotel-Dieu

Sanatorium Paimio

Hôtel Dieu



Saint Antoine



Invalides



Bichat



## Comment les lieux forgent des collectifs et des pratiques de soin ?

Telle qu'elle est décrite par Georges Canguilhem, la maladie est privation, mais aussi remaniement. Au soin revient le travail d'accompagner le malade vers la recombinaison de sa relation à son environnement pour qu'il s'en fasse un milieu de vie agréable et soutenant, dans lequel il pourra trouver le prolongement de son existence. Il s'agit de trouver une nouvelle spatialité (existence spatiale d'une personne) non pas sur le mode de la limitation ou de la privation, mais sur une toute autre allure de vie. Cette allure de vie doit pouvoir être libre, du point de vue de l'étendue du mouvement, mais aussi dans la capacité à choisir les gestes en question, à les réaliser avec aisance, en sachant jusqu'où il est possible de les pousser, et sans en souffrir ensuite.

Un tel travail se réalise dans un espace qui comporte un certain nombre de caractéristiques :

### L'hospitalité :

Accueillir la personne dans toute son étrangeté et sa singularité, en limitant l'hostilité. Lui permettre d'agir et de s'établir comme chez elle, en faisant de l'hôpital son territoire, en y apportant tous ses bagages.

### Les capacités :

Disposer des ressources (appuis, assises, comme des rampes, des vues, du mobilier) dont les personnes peuvent user, c'est-à-dire, non seulement s'en saisir, mais aussi les transformer en fonctionnements, en cohérence avec leurs objectifs de vie.

### Les habiletés :

Faire de l'environnement un ensemble de ressources mais qui ne conditionnent pas a priori la manière dont la personne va en user, pour lui laisser la liberté de créer elle-même ses fonctionnements singuliers, en fonction de ses facultés.

### L'équilibre :

Vérifier que le nombre des informations sensorielles qui touchent la personne soit équilibré par rapport aux nombres de ressources et de stimuli positifs que la personne est en mesure d'atteindre.

### La diversité :

Reconnaître la grande variété des actions que souhaitent mettre en oeuvre les personnes durant leurs hospitalisations pour faire droit à la chronicité pour ce qu'elle est : la maladie dans la vie, et donc la vie ordinaire dans l'hôpital.

## Méthodologie

Les éthiques du care (depuis Giligan, 1982) insistent sur l'importance de la participation des personnes concernées à la recherche et demandent à ce que soit apportés du crédit à leur voix, leurs réflexions et leur interprétation. Le travail sur les savoirs expérientiels démontre que les malades et les personnes en situation de handicap développent des savoirs sur leurs besoins et leurs résolutions qui ne peuvent être compris autrement que par le récit des expériences (Gardien, 2017). L'enquête se fait sur observation et entretiens avec des malades chroniques hospitalisés, le plus souvent dans leur chambre d'hôpital. L'analyse, inductive, vise à faire émerger des thématiques communes parmi ces récits. L'étude se déroule dans quatre hôpitaux parisiens. L'hôpital y est vu comme un espace-temps d'expérimentation et d'acceptation de la maladie dans la vie.

## Comment l'architecture diffuse et prolonge le soin dans la ville ?

Selon Martin Heidegger, l'architecture est ce qui met en relation la nature - l'échelle du paysage - et l'homme - l'échelle de l'habitat. Elle rassemble les éléments naturels et les met à la mesure de l'homme, qui peut alors habiter l'espace. Le travail de l'architecte est de faire entrer en résonance ces deux échelles de vie. Dans notre cas, il s'agit de pouvoir faire entrer en résonance la vie qui se déploie à l'intérieur de l'hôpital avec les existences publiques et politiques qui tracent leur sillon dans la ville.

L'hôpital, par sa façade, son emprise, sa forme institutionnelle, est une interface entre l'intérieur et l'extérieur. Il assure une porosité entre la maladie et la vie ordinaire, entre la vulnérabilité et le monde social. Des caractéristiques formelles, comme les hall, les parvis, les façades épaisses, les coursives, les jardins, les rues intérieures, les ouvertures d'une manière générale, permettent une plus grande fluidité entre intérieur et extérieur. L'intégration de l'hôpital dans le quartier, mais aussi sa durabilité sur le paysage, permet aux patients d'enchevêtrer leur récit individuel avec une histoire collective, estompant des effets de ruptures causés par la maladie et les hospitalisations.

L'architecture hospitalière serait alors ce qui participe à retourner le stigmate, en manifestant dans la ville l'existence d'une organisation du soin et des vies vulnérables.

Il échoit ainsi aux architectes de créer des lieux qui favorisent les interactions des personnes avec leur environnement, c'est-à-dire, de soigner les dimensions spatiales du pathologique.

L'espace architecturé comme tel devient une amorce pour reconnaître la personne à travers le malade, orienter la clinique pour qu'elle soit plus attentive aux aspects spatiaux des vécus des malades, et pour que la personne trouve les moyens de ses interactions dans l'espace. L'hôpital peut être en soi un laboratoire des déploiements pour les personnes, mais il peut aussi être un terrain architectural qui amène à développer des critères d'hospitalité pour le reste de la ville.