

**MOTS CLÉS**

Espace  
Réadaptation  
Couloir  
Architecture  
Aménagement  
Soin  
Neurologie  
Handicap

# réflexion

**ARCHITECTURE**

## La réadaptation des patients en espace hospitalier

### Cas d'étude des couloirs en service de neurologie

D'un point de vue strictement architectural, un établissement hospitalier comporte deux grands types de surface. La surface générale, techniquement appelée surface dans œuvre (SDO), composée de l'ensemble des surfaces de plancher de chaque étage du bâtiment, et la surface utile (SU), de laquelle sont décomptés les locaux techniques, les circulations verticales/horizontales et les paliers. La pression foncière et/ou financière encourageant la compacité des bâtiments, un faible écart entre SDO et SU est préconisé. Couloirs, cages d'escalier et paliers seraient-ils donc à considérer comme des surfaces « inutiles » ? Au-delà d'une expression malheureuse, ces espaces peuvent acquérir une fonction soignante dès l'instant qu'on les aborde sous l'angle d'une philosophie du handicap et du soin.

**N**ous percevons bien l'importance de ces espaces d'un point de vue à la fois logistique, puisqu'ils doivent supporter l'intense activité de circulation des personnes et du matériel d'un hôpital, et médical, puisqu'il est fréquent que des patients y soient pris en charge directement. Dans des services qui accueillent des personnes handicapées par des maladies chroniques ou à la suite d'un accident, ces espaces sont par ailleurs déjà investis par des patients et leurs soignants.

#### Scènes dans un service de neurologie

Les exemples qui suivent ont été décrits à l'occasion d'entretiens conduits avec des usagers pour une thèse de philosophie sur l'architecture hospitalière. Ils sont extraits de discussions avec des patients pris en charge dans des services de neurologie, tandis qu'ils étaient interrogés sur leurs attentes vis-à-vis de l'espace hospitalier, les activités qu'ils

souhaitent y mener et les configurations ou ambiances qu'ils voudraient y trouver pour améliorer leur expérience<sup>(1)</sup>.

» Un patient hospitalisé à la suite d'un AVC puis d'un long coma décrit comment sa convalescence est rythmée par des exercices organisés hors de sa chambre. Alors qu'il souffre d'une importante perte musculaire et fonctionnelle, il raconte la manière dont il a d'abord pu faire quelques pas, soutenu par un soignant, puis marcher plusieurs mètres en s'aidant de la barre d'appui du couloir, jusqu'à pouvoir parcourir la distance jusqu'aux fenêtres au bout du service, de manière à profiter de la vue offerte sur le quartier. Accompagné par un soignant, il s'est entraîné aussi à monter des marches ou à pousser les portes du service avec de plus en plus de vigueur et d'adresse, jusqu'à sortir de sa chambre et se promener de manière autonome.

» Une patiente vivant avec une sclérose en plaques explique comment, pendant ses hospitalisations mensuelles destinées à recevoir son traitement par perfusion, il lui est parfois demandé d'effectuer un test de marche dans le couloir. Ce test vise à mesurer la capacité d'endurance à la marche d'une personne atteinte d'une maladie neuro-évolutive,

**Coline Periano**

Doctorante en philosophie  
Laboratoire République des savoirs (ED 540) ENS-PSL  
En convention de recherche avec l'atelier d'architecture Michel Rémon & Associés

cardiaque ou pulmonaire. Le patient est invité à parcourir le plus de distance possible pendant six minutes, avec les chaussures et les éventuelles aides à la marche qu'il utilise au quotidien<sup>(2)</sup>. Ce test doit reproduire les conditions habituelles d'un effort tel qu'il peut être demandé dans la vie de la personne, de manière à mesurer son endurance et son évolution. Il se déroule idéalement dans un environnement de plain-pied d'au moins 30 mètres, rectiligne et sans obstacle, permettant à la personne de marcher en limitant le nombre d'allers-retours. Par conséquent, il a souvent lieu dans un couloir d'hôpital qui présente ces configurations spatiales. Alors que ces surfaces de couloirs sont d'abord pensées pour desservir des espaces consacrés du soin, les scènes qui s'y jouent amènent à les reconsidérer comme des espaces de soin en elles-mêmes. Au moment où l'hôpital se structure progressivement autour de l'ambulatoire, elles rappellent que le soin excède les actes médicaux *stricto sensu* pour tracer ses sillons dans un ensemble d'activités qui accompagnent les personnes dans la durée et dans leur vie quotidienne. Certains patients, qui viennent régulièrement ou qui restent longtemps, voire qui ne sont pas rentrés chez eux depuis le début de leur prise en charge (comme dans la première scène), déploient leur soin dans tous les espaces à leur portée, dans un hôpital qu'ils apprennent progressivement à connaître.

## Des exercices de réadaptation

Ces espaces, en dehors des chambres ou de tout autre local de soin, sont ainsi parfois investis par les soignants et les patients, ou les patients seuls. Ils peuvent être le théâtre de bilans moteurs ou d'exercices de réadaptation physique, destinés à réduire les handicaps causés par des accidents ou des maladies chroniques invalidantes qui confèrent des atteintes neurologiques.

Pour les déficits physiques causés par des atteintes neurologiques, la réadaptation vise à récupérer ou à limiter des altérations de la commande motrice volontaire, de la marche ou des postures, des déficits dans la régulation de la spasticité (un tonus musculaire excessif, des crispations, des raideurs ou des spasmes musculaires), et plus généralement tout trouble praxique ou trouble dans la suite d'actions coordonnées envers un but.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement<sup>(3)</sup> ». Les mesures à proposer sont donc à identifier en fonction des interactions entre la personne et son environnement physique et social. Si l'on se concentre sur la récupération des fonctions motrices, les pertes et objectifs de la réadaptation sont à situer parmi le contexte de vie du patient et les mouvements qu'il est amené à effectuer selon les lieux qu'il fréquente, ses habitudes personnelles ou encore professionnelles.

Les objectifs et moyens à mettre en œuvre doivent donc être calibrés par un travail d'observation et de compréhension de ce que la personne peut et souhaite faire, au moment du soin et dans le futur. La réadaptation est principalement

faite en chambre ou en plateau technique de rééducation, mais certains patients la pratiquent eux-mêmes ou sous la supervision de soignants dans d'autres espaces de l'hôpital. Articulés avec l'ensemble de la prise en charge, ces moments dessinent un complément intéressant au parcours de soin. Ils sont propices à évaluer les besoins du patient dans une situation qui se rapproche du quotidien, en convoquant à la fois l'autonomie de la personne et des configurations spatiales similaires à d'autres bâtiments de la ville. S'entraîner à marcher dans le couloir de l'hôpital et à contourner les obstacles qu'il comporte, d'abord accompagné puis seul, permet de développer une habileté à la marche qui pourra être transférée dans d'autres types d'environnements extrahospitaliers.

## Conceptualisation du handicap

Ces espaces de desserte ou d'accueil pourraient être pleinement qualifiés pour accueillir ou dispenser le soin si l'on repense les besoins des personnes handicapées à l'aune des travaux en philosophie et sociologie du handicap<sup>(4)</sup>. Une fois repensés à partir de la notion de handicap, ces espaces *a priori* « non soignants » pourraient de fait devenir des cadres autorisant la création et l'intégration de nouveaux styles de vie permettant aux personnes handicapées de mieux vivre avec leur invalidité.

Le handicap a d'abord été conceptualisé, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, comme le fait de la déficience physiologique, psychologique ou mentale d'un individu. Une première classification du handicap est déterminée par ce modèle médical et distingue les notions de déficience, d'incapacité et de désavantage<sup>(5)</sup>. Une déficience, conséquence d'une perte ou d'une altération d'une fonction, cause une incapacité, c'est-à-dire une difficulté à accomplir certaines actions. Cette incapacité peut se traduire en désavantage social en empêchant la poursuite d'une

### NOTES

(1) Les observations et entretiens ont été menés dans plusieurs CHU parisiens, dans le cadre d'une thèse de philosophie portant sur les conséquences des choix architecturaux des hôpitaux sur le soin des malades chroniques, entre efficacité des prises en charge, bien-être et sentiment de reconnaissance des patients. Les observations sont non participantes et les entretiens sont semi-dirigés. Ils se font soit sur place, soit après hospitalisation.

(2) Test des six minutes, ou 6MWT, (*six-minutes walk test*), mis au point par Butland, Pang, Gross, Woodcock & Geddes en 1982.

(3) <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

(4) Wood, 1980. Olivier, 1990. Canguilhem, 1966.

(5) Travail mené sous la direction du médecin Philip Wood, publié en 1980.

action ou la tenue d'un rôle considéré comme normal pour l'individu. Si le handicap comporte des conséquences en termes de participation sociale, il est bien, selon ce modèle, causé par une défaillance individuelle.

Le modèle social du handicap<sup>(6)</sup> renverse cette vision mécaniste et médicale du handicap en le définissant non pas comme une caractéristique strictement individuelle mais comme « l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacle à la pleine citoyenneté des personnes concernées<sup>(7)</sup> ». C'est alors le social qui constitue un facteur handicapant en échouant à fournir les cadres propices à la vie de ces personnes. La définition du handicap formulée par l'OMS en 2001 rend compte de la complexité des phénomènes menant au handicap, en combinant les facteurs personnels (des incapacités) et les facteurs environnementaux (un manque d'accessibilité physique et sociale) dans la notion de facteurs contextuels<sup>(8)</sup>. Ce sont ces facteurs contextuels qui handicapent, en entraînant à la fois des déficiences, des limitations d'activités et des limitations de participation par rapport aux attentes de la personne. La « situation de handicap » naît dans un décalage vis-à-vis du style de vie attendu du patient, qui « contribue à sélectionner et à faire exister ce qui lui manque<sup>(9)</sup> ».

Le handicap se manifeste alors à la personne quand elle ressent un décalage vis-à-vis d'une norme, qu'elle lui soit personnelle, comme lorsque le handicap résulte d'une réduction des possibles dû à une défaillance d'une fonction<sup>(10)</sup>, qu'elle soit sociale, quand l'incapacité entraîne un désavantage limitant le rôle et la participation que pourrait s'attendre à jouer la personne selon une norme collective, ou qu'elle soit architecturale, quand les configurations physiques d'un lieu sont inadaptées aux capacités de l'individu et ne lui permettent pas d'y poursuivre ses buts.

## Le soin pour le handicap

Ces approches combinatoires du handicap contribuent à orienter le soin. C'est toute la situation de la personne, les facteurs qu'elle ressent comme handicapants et la manière singulière dont la limitation d'activité affecte sa vie qu'il faut analyser pour l'accompagner de façon personnalisée.

Le soin doit alors s'atteler à identifier et à comprendre les capacités et incapacités de la personne, mais aussi ses préférences, ses représentations, ses appréhensions, et selon quel degré elles sont ressenties en fonction des activités qu'elle déploie dans son contexte de vie.

La philosophe américaine Joan Tronto, pionnière des éthiques du *care*, en décomposant quatre aspects d'un acte du soin, propose comme première étape de « se soucier de quelque chose ou de quelqu'un » ; soucis duquel découle l'identification du besoin en fonction de la personne par un processus d'empathie envers autrui. La seconde étape, consistant à « se charger du besoin », concerne la responsabilité dans laquelle se trouve le soignant de répondre au besoin ainsi identifié, et la nécessité de mettre en œuvre une action pour ce faire. La troisième étape, impliquant d'« accorder ses soins », correspond à la mise en pratique de la réponse au besoin tel qu'il a été mesuré<sup>(11)</sup>. Ces trois premières étapes impliquent un important travail de compréhension visant à prendre effet de la manière dont est ressenti le handicap par la personne. Le soin vise alors à faire parvenir la personne à un état dans lequel ses incapacités ne seront pas perçues comme des facteurs handicapants. Pour ce faire, il ne peut prendre que la personne et son contexte de vie pour référence.

C'est cette référence qui pourra servir à l'élaboration d'une nouvelle norme de vie, un horizon de vie souhaitable et atteignable, dans lequel les incapacités pourront être compensées ou contournées, et l'environnement adapté, de telle sorte que la situation de handicap puisse être dépassée. Le soignant accompagne le patient dans le tri et l'harmonisation de ses exigences, il appuie ses forces et aide à dépasser ses fragilités. Il aide à articuler les capacités et les attentes de la personne dans une norme de vie que le patient peut valoriser. La vie peut ainsi recouvrer une forme de normativité et de vitalité. Le soignant accompagne ensuite un travail de restructuration des capacités et incapacités de l'individu en fonction de ce nouvel horizon de vie. Si les altérations de fonction surviennent à la suite d'un accident ou durant l'évolution d'une maladie, le sujet se trouve face à une nouvelle cartographie de ses possibles. Cette redistribution trouble « l'évidence muette<sup>(12)</sup> » avec laquelle il pouvait se mouvoir dans des environnements divers, « les performances discrètes<sup>(13)</sup> » lui assurant une évolution sereine dans son contexte de vie. Ces troubles peuvent être suppléés par des prothèses, ou dépassés si la personne parvient à développer d'autres manières d'interagir avec son environnement ou d'atteindre ses buts en faisant reposer son action sur d'autres capacités. Que la personne choisisse, en fonction des nécessités biomédicales et de ses préférences singulières, de faire usage ou non de dispositifs compensatoires, elle n'en devra pas moins apprendre à intégrer ses (in)capacités et leur éventuelle prothèse dans et avec son corps. Le soignant peut soutenir cette activité créative, l'invention de moyens singuliers pour atteindre une norme/forme de vie souhaitée.

### NOTES

(6) O. Mike, *The Politics of Disablement*, Macmillan Education, Londres, 1990.

(7) I. Ville, E. Fillion, J.-F. Ravaud, « Au tournant du 19<sup>e</sup> siècle : vers une ère des droits et de la citoyenneté ? », in *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience*, De Boeck Supérieur, 2020, p. 79-109.

(8) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, publiée par l'OMS, 2001.

(9) M. Darmon, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, La Découverte, 2021.

(10) G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, Puf, 1966.

(11) J. Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte, 2009 [1993].

(12) P. Molinier, L. Gaignard, « L'ordinaire tient à un fil... », *Raison publique*, vol. 18, n°1, 2014, p. 19-31.

(13) *Idem*.

Le soin ainsi proposé peut être sanctionné par la quatrième étape de l'acte de soin dépliée par Joan Tronto: «recevoir le soin», c'est-à-dire vérifier que l'action de soin est pertinente et aidante pour la situation de la personne. Un tel travail de compréhension globale du patient demande un cadre dans lequel celui-ci pourra justement se mouvoir, évoluer, faire montre de ses capacités. Si les séances de réadaptation se composent de nombreuses mesures et bilans, l'observation de «la vie quotidienne dans le service» sert aussi à cette évaluation<sup>(14)</sup>.

## Évaluer et identifier les besoins dans un espace de soin

La fréquentation des couloirs et escaliers permet de mesurer le degré de familiarité et de naturel dans les interactions entre la personne et un environnement qu'elle rend familier. Les sorties dans le couloir décrites par le patient de la première scène donnent une finalité à la réadaptation en transposant les compétences acquises lors des séances dans des activités significatives pour lui. En effet, certains exercices de réadaptation peuvent être perçus comme artificiels et abstraits par les patients quand ils ne correspondent pas directement à des actions qu'ils souhaitent faire. À l'inverse, quand le patient peut réaliser des tâches qui ont du sens pour lui, cela lui permet de s'investir dans sa réadaptation.

Dans notre exemple, la valeur que le patient donne à sa récupération est couplée au fait qu'elle lui permet de réaliser une action voulue: aller à la fenêtre. Ce trajet parcouru n'est pas intéressant par sa distance ou sa durée, mais parce qu'il lui permet d'atteindre une nouvelle vue sur le quartier. Cet objectif est à comprendre selon la situation de ce patient, qui est arrivé inconscient à l'hôpital et n'en est pas ressorti depuis, et qui, en se réveillant, ne savait pas où il était dans la ville. Marcher, pour lui, trouve un sens dans le fait qu'il puisse atteindre de nouvelles fenêtres et points de vue sur l'extérieur et préciser, intimement, sa localisation.

Les déplacements dans le service permettent également d'évaluer l'aptitude à la vie quotidienne du patient, les rapports ordinaires qu'il est capable d'entretenir avec son environnement, c'est-à-dire la confiance et l'aisance avec lesquelles il met en œuvre des fonctions pour atteindre un résultat attendu. Ses déplacements lui permettent aussi de gagner en confiance et en autonomie, de solidifier les acquis de la réadaptation avec le temps dont il a besoin. En se mouvant dans ces endroits, la personne peut appréhender de nouveaux moyens pour parvenir à ses buts, s'habituer à d'éventuels dispositifs matériels de suppléance, comme des outils d'aide à la marche. Manier ces outils avec souplesse et aisance demande entraînement et surveillance. Il faut que la personne puisse les essayer longuement afin qu'elle les fasse siens; qu'ils lui facilitent la vie plutôt qu'ils ne l'encombrent, ce qui permet de comprendre en retour comment les améliorer s'ils ne sont pas directement adaptés. Si elles sont faites en autonomie, ces sorties permettent au patient d'évaluer son indépendance dans la poursuite des gestes souhaités, dans un environnement qui lui permettra d'être secouru si besoin.

Le test des six minutes décrit par la seconde patiente illustre quant à lui la possibilité de faire d'un couloir un espace propice

« Penser l'environnement en rapport avec la diversité des corps et de leur fonctionnement implique de penser l'accessibilité en termes de mobilité, de sens, de cognition, de réticences et d'aspirations.

à reproduire une distance fréquemment parcourue et un effort fréquemment fourni. Ce qui permet, en retour, d'évaluer les besoins du soin tels qu'ils se jouent dans la vie quotidienne. Alors que les résultats du soin s'expérimentent souvent au sortir de l'hôpital, quand la personne reprend le cours de sa vie, amener un cadre d'évaluation du soin au sein même de l'hôpital permet d'anticiper des besoins et d'évaluer les réponses apportées avant le retour à domicile.

Pour prodiguer un soin complet et adapté, il faudrait ainsi laisser aux patients l'occasion d'en tester les effets dans un cadre qui convoque leurs habitudes et qui leur permet de se reporter directement aux soignants pour qu'ils réorientent le soin au besoin. Devient alors nécessaire le fait de porter un autre regard sur l'espace hospitalier, afin qu'il offre les bonnes conditions à ce processus d'expérimentation.

## Caractéristiques d'un espace de soin

Ces environnements, parce qu'ils comportent plusieurs fonctionnalités, demandent toutefois à être travaillés architecturalement. Ils doivent en effet reproduire des caractéristiques ordinaires sans pour autant nuire aux multiples activités qui s'y jouent déjà (transports et stockage du matériel, déplacement des personnes, transmissions entre personnels...), mais aussi demeurer des lieux sécurisés pour des mouvements tâtonnants. Pour être conçus comme des environnements intermédiaires entre le traitement médical et le sortir de l'hôpital, ils doivent convoquer à la fois des rapports autonomes de la personne avec l'architecture et permettre la proximité du soin, l'intervention d'un soignant si besoin.

### NOTE

(14) M. Darmon, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, op. cit..

Les approches par les capacités et par les habiletés, et les critères des environnements capacitants et habilitants qui en découlent, livrent quelques pistes pour la requalification de ces surfaces « inutiles » en espaces de soin.

D'un point de vue développemental, les capacités concernent ce que les individus peuvent faire. Cette notion peut être affinée par le concept des capacités, qui naît sous la plume de l'économiste Amartya Sen<sup>(15)</sup>. Les capacités désignent ce que les individus sont en mesure de faire si des ressources et des bonnes conditions sont réunies. Des environnements capacitants, s'ils sont d'abord conçus comme des organisations de travail<sup>(16)</sup>, pourraient se traduire en architecture comme des environnements qui élargissent le nombre et la qualité des capacités en mettant des ressources à la disposition des individus et en garantissant la conversion de ces ressources en fonctionnement potentiel. Ces ressources peuvent être des barres d'appui, des prises, des dispositifs d'aide à la marche, des assises qui ponctuent le déplacement pour permettre à la personne d'être soutenue ou de se reposer si besoin. Elles restent lettres mortes si elles ne sont pas combinées avec des « facteurs de conversion<sup>(17)</sup> » qui permettent à la personne de les mobiliser

pour s'engager dans une opportunité. Il faut alors garantir que les ressources puissent être utilisées les unes avec les autres et qu'elles supportent des usages variés et spontanés. Ainsi, des prises présentes en nombre mais trop espacées les unes des autres ne pourront pas accompagner un déplacement. De la même manière, un parcours accessible à une personne à mobilité réduite n'aurait pas de sens s'il ne menait qu'à des escaliers.

L'accueil serait néanmoins de ne créer des espaces qui ne s'adresseraient qu'à des personnes porteuses de troubles neurologiques et pourraient devenir handicapants pour d'autres. Les critères de l'environnement habilitant évacuent cette tentation en mettant l'accent sur l'inventivité des personnes qui peuvent interagir par leurs moyens propres dans des environnements qui les acceptent tous<sup>(18)</sup>. Plutôt que de concevoir un environnement comme la compensation d'une défaillance, l'approche par les habiletés se concentre sur des environnements inclusifs qui, éventuellement, proposent des compléments pour certains usagers. Penser l'environnement en rapport avec la diversité des corps et de leur fonctionnement implique de penser l'accessibilité en termes de mobilité, de sens (capacité à voir et à entendre), de cognition (capacité à se repérer dans l'espace, à retrouver son chemin), mais aussi en termes de réticences (peur de certains dispositifs ou ambiances) et d'aspirations (désir d'accéder facilement et rapidement à certains lieux d'attraction, comme le jardin ou des salles collectives et conviviales).

Une telle inclusion participerait également à déconstruire une certaine image des personnes prises en soin à l'hôpital, forcément malades ou handicapées. En réduisant les facteurs de handicap, elle contribuerait à la reconnaissance d'états « malades et/ou invalides en bonne santé », et donc comme des vies valables et non réduites. Cela ferait écho à la conception large du soin proposée par la sociologue Patricia Paperman : un travail de transformation du social visant à faire reconnaître la pluralité des styles de vie, à les faire accepter comme des vies humaines et non dépourvues de capacités, par les personnes concernées et par la société dans son ensemble<sup>(19)</sup>. Et dans lequel le bâti hospitalier a une place éminente à jouer. ●

#### NOTES

(15) A. Sen, *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Odile Jacob, 2000.

(16) S. Fernagu Oudet, « Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs », *Formation emploi*, vol. 119, n°3, 2012, p. 7-27.

(17) B. Pachoud, « Pertinence de l'approche par les capacités pour les pratiques et politiques de soins », in *Les Nouveaux modèles de soins. Une clinique au service de la personne*, dirigé par A. Plagnol, B. Pachoud, B. Granger, Doin, 2018, p. 45-56.

(18) K. Charras, C. Eynard, F. Cérèse, A. Cérèse, *S'affranchir du concept de handicap. Critique constructive d'une notion obsolète*, In Press, 2022

(19) P. Paperman, « Une éthique de la vie » in *Le Soin. Approches contemporaines*, dirigé par C. Lefève, J.-C. Mino, N. Zaccari-Reyners, Puf, 2016.

## » ZOOM La Chaire de Philosophie à l'hôpital



le cnam



GHU PARIS  
PSYCHIATRIE &  
NEUROSCIENCES

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles : Philosophie clinique et savoirs expérientiels/Santé connectée et intelligence artificielle/Design capacitaire/Résilience et clinique du développement/Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un

espace doctoral composé de douze doctorants. Les prochains articles publiés par *Gestions hospitalières* porteront, entre autres sujets, sur les arts visuels à l'hôpital comme soin, sur les humanités médicales au service de l'attractivité de la psychiatrie en contexte de désertification médicale, sur les arts au service de la réflexivité du métier de psychiatre, sur l'amélioration de la communication médecin/malade en préopératoire par le biais d'interfaces digitales, sur les enjeux éthiques de la médecine prédictive en anesthésie, les interactions patients/soignants autour de l'imagerie médicale... La Chaire coordonnera également un dossier sur le corps à l'hôpital au mois d'avril - [www.chaire-philos.fr](http://www.chaire-philos.fr)