

Hospitalisation et architecture

Approcher l'espace hospitalier à travers la sensibilité des patients

Coline PERIANO Doctorante en philosophie de la médecine
École doctorale Lettres, Arts, Sciences humaines et sociales (ED 540)
Laboratoire République des savoirs
École normale supérieure-Paris Sciences & Lettres

Les projets architecturaux des hôpitaux contemporains répondent à des exigences précises en termes de sécurité, d'hygiène et de capacité. Ils forment des espaces dans lesquels le travail du personnel hospitalier peut trouver son prolongement autant que ses ressources. Ils déterminent *a priori* un cadre favorable à une prise en charge rapide et sûre des patients, en mettant à la disposition des soignants le matériel et les circulations nécessaires, ainsi qu'en assurant des lieux de thérapeutique et de convalescence. Nous nous intéressons ici aux vécus de l'espace hospitalier par les patients : comment sentent-ils et réagissent-ils à ces espaces ? Quelles expériences se dessinent dans l'architecture hospitalière ?

À NOS LECTEURS

Cet article est le premier d'une série de contributions de la Chaire de philosophie à l'hôpital (*encadré p. 41*) aux travaux de la *Revue hospitalière de France*. Coline Periano inaugure cette série et nous l'en remercions chaleureusement, ainsi que Nicolas El Haïk-Wagner, chargé de mission pour la Chaire, avec qui nous élaborons le programme de ces contributions. Coline Periano est doctorante en philosophie de la médecine sous la direction de Céline Lefève et Frédéric Worms, à l'école doctorale Lettres, Arts, Sciences humaines et sociales (ED 540), laboratoire République des savoirs de l'École normale supérieure-Paris Sciences & Lettres (ENS-PSL). Elle travaille en collaboration de recherche (CIFRE) avec l'atelier d'architecture Michel Rémon & Associés.

« **L**e malade a l'attention hyper-aiguë sur l'espace dans lequel il entre, car son espace corporel est à vif, sensitif, souffrant. Il ne faut pas s'imaginer qu'il soit centré sur son seul malaise ou symptôme et qu'il soit insensible au contexte. Au contraire, il est sensitif, réagissant et vulnérable¹ », observait Roger Dufour-Gompers en 1992, dans son ouvrage dédié à la relation soignants/malades.

Appauvrissement de l'espace et surinvestissement des sens

Le patient qui entre dans l'espace hospitalier reçoit avec une grande acuité des informations sensorielles, différentes du dehors, tant en nombre qu'en qualité. En nombre d'abord, les stimulations reçues semblent moins variées ou moins intenses que dans d'autres établissements urbains. Les architectes hospitaliers élaborent les espaces pour qu'ils soient adaptés à une logique d'hygiène et de flux. Cette logique contribue à l'efficacité et à la sécurité des soins, via la circulation différenciée et cohérente du personnel, du matériel, des patients couchés et des patients debout, entre autres.

Des espaces épurés des stimulations et distractions présentes ailleurs

Pour assurer cette activité constante de déplacement, les espaces sont épurés des stimulations et distractions présentes ailleurs. Les espaces sont volontairement dégagés en leur centre, les matériaux des sols et des murs sont lisses et nus, la lumière est directe et homogène, plantes, bois ou tissus sont souvent évacués afin de créer des milieux propres, faciles à entretenir et propices au mouvement des soignants. En ressortent des espaces fonctionnels, qui jouent cependant ce

que le sociologue et historien américain Richard Sennett évoquait à propos de la ville du XX^e siècle : « À mesure que l'espace urbain ne devient fonction que du déplacement, il est de moins en moins stimulant ; le but du conducteur est de traverser cet espace, non de s'y intéresser. ² » Les architectes hospitaliers sont enjoint à élaborer des espaces relativement homogènes, balisés et standardisés, réduisant inévitablement les textures, aspérités, variétés des ambiances sonores et lumineuses.

Un établissement tourbillonnant, fourmillant

Parallèlement, un sentiment communément expérimenté à l'hôpital est aussi celui d'être plongé dans un établissement tourbillonnant, fourmillant. Pour un patient dont les sens sont aiguisés par la peur ou la douleur, les sonneries des moniteurs se mêlent au vrombissement de l'air conditionné. Au tintement des roues des brancards sur le sol s'ajoute le choc des chariots contre les murs. Aux réponses lointaines au téléphone se superpose le gémissement des patients. Les couloirs sont longs, les portes très nombreuses.

Les flux de personnes deviennent indistincts et anonymes pour qui ne maîtrise pas l'organisation d'un service et les rôles de chacun. Les chambres sont emplies de matériel médical aux apparences tantôt tranchantes, tantôt imposantes, qui souvent clignotent ou sonnent, et dont l'usage n'est pas toujours perceptible d'emblée. Enfin, l'odeur caractéristique de l'hôpital, mélange de produits d'entretien industriels et de solvants pour les revêtements, enveloppera inévitablement le visiteur et ne manquera pas de lui rappeler où il se trouve. « *In the old days, people used to die in factories... called hospital*³ », ironise l'architecte et historien de l'architecture Charles Jencks, le créateur du réseau des Maggie's centers, insistant sur le caractère tumultueux et bourdonnant de ces ambiances qu'il essaye de dépasser.

Ces deux constats – appauvrissement de l'espace et surinvestissement des sens – en apparence contradictoires s'enracinent dans les mêmes choix de conception : l'organisation, le matériel et les besoins de la médecine sont priorités pour assurer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins. Ils composent un univers qui réduit certaines stimulations habituelles mais en crée d'autres. Ces stimulations sont perçues d'autant plus fortement par un patient qu'il est lui-même en alerte, troublé par le mal qui l'amène en ses lieux. Elles sont même



d'autant plus troublantes, de prime abord, qu'elles sont inconnues et superposées.

L'expérience de l'espace hospitalier n'est pas négligeable dans l'expérience de l'hospitalisation du patient. La texture et l'intensité des stimulations qu'il reçoit déterminent en partie la positivité ou la négativité de son expérience de l'hôpital. Les recherches en architecture et en design – telles que notamment développées à l'université de Chalmers (Suède) par l'architecte Roger S. Ulrich – pointent du doigt les effets négatifs des aménagements intérieurs des lieux de soin sur le bien-être des patients.

Par leur appauvrissement, d'un côté, ils reproduisent ce que Florence Nightingale observait déjà dans les années 1850 : la raréfaction des informations sensibles peut nuire à l'état de santé des patients. Laisser un convalescent sans autre vision que celle du mur blanc en face de son lit s'approche de la cruauté, là où la contemplation de la nature, par exemple, pourrait être bénéfique.

Par leur vivacité, d'un autre côté, ils peuvent augmenter le stress que ressentent des patients ⁴. Certains arrivent déjà stressés à l'hôpital, à cause de la maladie qui les y amène, impliquant par exemple la réduction des capacités physiques, un sentiment d'incertitude ou la peur d'une procédure médicale

1. R. Dufour-Gompers, *La Relation avec le patient*, Privat, 1992, p.75.

2. R. Sennet, *La Chair et la Pierre. Le corps et la ville dans la civilisation occidentale*, Éditions de la passion, 2002, p. 14.

3. Conférence donnée par Charles Jencks à Dundee en octobre 2003 : "Breathing Space: Towards an Aesthetic for Cancer Care". Les Maggie's centers sont des centres d'accueil à destination des personnes touchées par le cancer, dans lesquels malades et proches peuvent trouver des informations, des ressources et du soutien.

4. R.S. Ulrich, C. Zimring, X. Quan, A. Joseph, "The Environment's Impact on Stress", in S.O. Marberry, *Improving Healthcare with Better Building Design*, 2006, 37-61.

douloureuse. Le bruit et l'agitation, mais aussi le manque d'intimité ou le manque de support social que les environnements hospitaliers sont en mesure de proposer, ne font qu'accroître le stress expérimenté par ces personnes.

Un facteur potentiel de complications médicales

L'environnement serait ainsi facteur de complications médicales, étant entendu que, du stress, peuvent découler des problématiques fonctionnelles, comme une augmentation de la pression sanguine, des déséquilibres hormonaux ou des troubles du sommeil.⁵ Il concourt également à des durées de séjour potentiellement plus longues et complique le travail des soignants : eux-mêmes plongés toute la journée dans ces environnements, ils doivent en soigner les réactions chez leurs patients.

Aussi, les retentissements de l'espace sur la physiologie des individus, qu'ils soient bons ou mauvais, sont cruciaux. Cependant, ils ne couvrent pas l'ensemble des réactions d'un individu vis-à-vis de l'espace hospitalier. Certains rapports entre l'architecture et le bien-être sont consistants dans l'expérience vécue de l'utilisateur mais résistent à être décrits ou codés selon des indicateurs médicaux. Si, par exemple, les espaces sont conçus pour réduire le stress, rien n'indique que l'expérience n'en sera pas moins difficile pour certains individus sur d'autres aspects. Des patients pourront toujours expérimenter la désorientation, l'ennui ou la solitude.

Entretiens avec dix patients hospitalisés

Cette étude exploratoire, conduite en 2022-2023, s'inscrit dans le cadre d'une thèse de philosophie sur l'architecture hospitalière et les éthiques du soin. À travers elle, nous proposons de relever des expériences que vivent des patients à travers l'architecture et les facteurs qui constituent ces expériences, facteurs qui seraient à puiser parmi les stimulations reçues, mais aussi dans la valeur que les patients leur donnent, en fonction d'attentes plurielles vis-à-vis du soin.

Cette étude se fonde sur des entretiens avec dix patients hospitalisés sur de longues durées (plusieurs semaines) au sein d'un service d'hématologie – et en particulier dans des chambres stériles d'un CHU parisien. Les personnes interrogées doivent rester dans leur chambre sous de strictes contraintes d'hygiène. Leur immunité est

faible mais elles peuvent recevoir un visiteur s'il respecte les mesures de protection (ne pas toucher les surfaces, porter une sur-combinaison par exemple). Les entretiens permettent de recueillir les témoignages des usagers à propos de leur expérience de l'hospitalisation. Les questions posées conduisent les personnes à décrire plus précisément leur expérience de l'espace hospitalier, la manière dont il sollicite leurs sens, ce qu'elles apprécient, ce qu'elles acceptent ou ce qu'elles voudraient pouvoir changer.

À travers leurs réponses se dessinent les récits d'expériences sensibles. Ces expériences sont constituées par le nombre et la forme des informations sensorielles qu'elles reçoivent à travers l'architecture hospitalière, et par la signification que les personnes associent à ces informations. Correspondent-elles à leurs attentes vis-à-vis de l'hospitalisation ? Leur assurent-elles le sentiment d'être bien prises en charge ? Sont-elles de nature à rendre possibles les actions qu'elles souhaiteraient pendant leur séjour ? L'attribution d'une valeur à l'expérience de l'espace hospitalier semble prendre sa source dans le rapport entre la signification que la personne donne à l'hospitalisation et ce que manifeste l'architecture de l'hôpital.

Nous observons un déséquilibre important entre les informations sensorielles que reçoivent les patients et celles dont ils peuvent réellement se saisir pour maintenir les actions qui comptent pour eux. En ressortent des expériences désagréables qui s'élaborent dans la sensation d'être assujéti à l'environnement hospitalier. Ces expériences pourraient toutefois être équilibrées par une architecture qui met d'autres informations à la portée des sens des patients, y compris lorsqu'ils restent dans leur chambre. Car, outre ses effets sur la santé des individus, l'environnement architectural contribue à forger un bien-être global qui s'enracine dans la représentation de soi, de sa capacité à agir et de sa capacité à participer.

Ce que l'architecture donne à sentir

Nous nous intéresserons tout d'abord à ce que les personnes interrogées sont en mesure de sentir pendant leur hospitalisation, alors qu'elles sont seules en chambre. Dans un premier temps, les patients paraissent particulièrement exposés à l'environnement hospitalier. Ces vécus corroborent les éléments décrits plus haut. L'hôpital semble

5. R.S. Ulrich, C. Zimring, X. Quan, A. Joseph, "The Environment's Impact on Stress", *op. cit.*, p.38.

être un environnement « *sonnant et trébuchant* », atteignant particulièrement les sens des patients. Le bruit fait partie des éléments les plus fréquemment soulevés pendant les entretiens. L'attention se porte tantôt sur le ronronnement des machines : « *Il y a un truc qui fait un bruit pas possible là, ça ronronne vachement, bon là, ça va, mais le soir c'est embêtant* » ; « *Alors le bruit, ça fait du bruit hein, si vous écoutez bien, la clim là, la grille, si vous l'écoutez la nuit, vous entendez.* » Tantôt elle se porte sur les autres patients : « *J'entends les sonnettes des chambres, parfois personne ne répond pendant 15 minutes, il y a quelqu'un qui gémit.* »

La température de la pièce est également évoquée. Elle est ressentie à travers son inadaptation à certains états de santé, qui peuvent être fluctuants et provoquer des besoins de chaleur ou de fraîcheur différents. « *[Ma chambre est dans] une orientation qui fait que quand j'ai le soleil [...], dans les moments un petit peu de température qui monte, ça c'est un peu difficile, c'est des petites souffrances supplémentaires* » ; « *Quand j'étais hospitalisé les deux premières semaines, c'était une cata, ça caillait, mais alors la nuit je me réveillais, et comme j'étais trempé, je vous dis pas pour vous réveiller, j'appelle, j'arrivais pas à me tourner dans le lit, je vous dis pas vous êtes trempé avec de l'air hyper froid, vous arrivez pas à vous lever. C'était hyper compliqué, c'était beaucoup trop froid.* »

D'autres réponses expriment plutôt, sans contredire les précédentes, le sentiment d'être hors d'atteinte, de ne pas recevoir les informations sensorielles qui ont cours dans le reste de l'hôpital, voire de la ville. « *Ce ne sont pas des prisons en même temps, mais je ne peux pas sortir.* »

Les patients qui étaient placés en chambre stérile, y compris lorsqu'ils sortent progressivement des stricts protocoles de protection, demeurent souvent trop fragiles, trop exposés, trop sensibles, aux yeux de leurs proches. « *J'ai des amis qui viennent, mais la plupart ont peur de me donner des microbes, mais j'en ai quand même deux ou trois qui passent.* » Parallèlement, la vie sociale demeure faible au sein d'un même service, où il est rare que les patients puissent se rencontrer. « *On n'a pas accès aux autres patients, on ne sort pas de sa chambre.* » Hors des atteintes microbiennes, les patients sont aussi hors informations sensorielles et distractions positives.

Par ailleurs, ce que les patients sont en mesure d'atteindre chez eux ou dans d'autres environnements, est parfois hors de portée de leurs sens. Cela vaut

pour les choses qu'ils souhaiteraient voir : « *J'arrive d'un pays où, le matin, quand je me lève, j'ai la rivière, le soleil, les oiseaux et tout ça, et là il n'y a rien de tout ça. Bon là il y a la télé, mais ça n'a rien à voir* » ; ce qu'ils souhaiteraient sentir, comme un filet d'eau chaude enveloppant un corps douloureux : « *Prendre une bonne douche, moi je sais que c'est quelque chose qui me fait du bien, ça m'aurait vraiment plus soulagée que des petites toilettes où je dois me battre parce que je suis fatiguée. Juste laisser l'eau couler, prendre une bonne douche* » ; mais aussi pour ce qu'ils voudraient simplement toucher : « *Mes affaires sont dans le placard là-bas. Au bout du monde pour moi.* »

D'autres sens que nous mobilisons habituellement pour des actions sélectives et agréables, comme le goût, sont absents chez certains patients, pour qui l'alimentation – et le traitement – est entièrement prise en charge par des machines. « *Je ne me nourris plus depuis 15 jours, donc c'est artificiel* » ; « *Et la machine à côté, c'est elle qui me transmet tous les médicaments, intraveineux, tout ce que je ne pouvais pas prendre par la bouche, je le prenais par là.* »

L'activité de repérage dans l'espace et d'anticipation de ce qui survient, habituellement conduite par la mobilisation de sens comme la vue et l'ouïe, est également circonscrite. Par exemple, les entrées d'autres personnes dans la chambre ne sont pas prévisibles par les patients, qui ne voient pas le couloir et n'identifient pas forcément la trajectoire des pas qui se rapprochent. « *Ce que je trouve pesant, c'est les allées et venues tout le temps. Tout le temps, la porte qui s'ouvre, les gens qui entrent.* »

L'architecture hospitalière donne à sentir aux patients des informations différentes de ce qu'ils expérimentent au-dehors. Tantôt trop nombreuses, ou trop constantes, elles parviennent aux patients sans qu'ils soient en mesure de les sélectionner. Tantôt trop faibles, elles renforcent un sentiment d'isolement voire de renfermement. Dans l'ensemble, elles sont autres que ce dont a besoin le patient pour réaliser les actions qui comptent pour lui. Elles ne lui permettent pas de comprendre, de participer ou d'agir sur l'organisation dans laquelle il est pris en charge.

Ce qu'en attendent les patients

L'architecture hospitalière, en construisant un espace de sécurité pour le patient et d'efficacité pour le travail des soignants, détermine une expérience pour les patients. Le plus souvent, l'expérience partagée semble être celle de la passivité.

À cette même expérience peut être attribuée une valeur positive par des patients qui attendent de l'hospitalisation une protection et une supervision constante et rassurante. Elle peut toutefois se voir attribuer une valeur négative par des patients pour qui le bénéfice de la protection ne suffit pas à équilibrer l'ennui ou la solitude.

L'expérience de l'hospitalisation est ainsi bien souvent celle de la passivité. L'espace hospitalier enveloppe les patients sans que l'on soit en mesure de trier les informations qui les atteignent, ou d'atteindre d'autres informations par leurs sens. Cependant, la passivité à laquelle l'architecture hospitalière astreint les patients peut être vécue de plusieurs manières, en fonction des attentes qu'ils formulent vis-à-vis de la médecine hospitalière.

Pour certains patients, l'architecture hospitalière manifeste ce qui est mis en œuvre pour les protéger. Ils attribuent alors volontiers une valeur positive à l'expérience. S'ils sont placés dans un environnement hors du champ habituel, c'est parce qu'ils sont particulièrement vulnérables et doivent être écartés des espaces domestiques, urbains ou partagés. *« Vous savez, j'ai quasiment plus de globules blancs, donc je peux attraper... tout » ; « Toute la chambre est un système de rejet de tout ce qui est microbien. Et donc l'intérieur est encore plus protégé. »*

Le fait d'être exposé au regard et à l'ouïe des soignants via la configuration de l'espace est ainsi ce qui est recherché par de nombreux patients, rassurés par la possibilité d'être remarqués et pris en charge rapidement au moindre problème. Un patient venant de subir une greffe indique : *« C'est-à-dire que quand les choses ne sont pas faites avec efficacité, compte tenu de l'ampleur et de l'amplitude de ce que je vis, tout peut prendre des proportions importantes. »* Ces mots expriment ce qui est bénéfique dans le système de santé selon ce même patient, à savoir une attention constante, dès le début du parcours de soin, qui réagit aux problématiques de santé, les rapproche de spécialités et de lieux à même de les traiter. *« On a un système de santé qui est structuré pour, quelle que soit la nature du problème que vous avez, vous prendre en charge, vous prendre là et vous amener à la guérison. »*

Cependant, et surtout dans le temps long des maladies chroniques, certains patients attribuent une valeur négative à l'expérience de l'espace, qu'ils vivent comme un enfermement, dans lequel ils s'ennuient et se sentent seuls. Une patiente, hospitalisée

une seconde fois après un premier séjour de quatre semaines, déplore : *« J'en peux plus, de pas pouvoir sortir. »* Un autre patient, présent depuis un mois, corrobore : *« La semaine dernière j'étais assez déprimé car je suis assez claustrophobe et le fait d'être enfermé toute la journée, j'étais très déprimé. »* Finalement, une des solutions réside dans le fait de se mettre soi-même, un moment, hors d'atteinte. Une jeune patiente explique : *« Le plus souvent je dors pour passer le temps. Je pense que la plupart des patients dorment, parce qu'on se déconnecte, on n'est plus là, et le temps passe vite. »*

Ce que l'architecture manifeste

L'attribution d'une valeur positive ou négative à l'expérience de l'espace est bien sûr multifactorielle. Nous en proposons un éclairage par le rapport entre ce que les patients interrogés souhaitent faire et ce que l'architecture leur donne à faire. L'architecture dessine en creux un usager typique, mais cet usager semble être passif, dépendant et confiant. Or, les patients qui ne s'identifient pas aux attentes et aux besoins de ce standard font l'expérience du décalage par rapport à l'image de l'usager qui leur est renvoyée par l'architecture. Sans moyens de se projeter autrement qu'en cet usager typique, ils peuvent attribuer une valeur négative à leur expérience.

D'un côté, l'environnement manifeste une médecine sûre et protectrice à la condition que l'usager s'y remette tout entier. L'environnement hospitalier hypertechnique, avec son système de traitement d'air, ses surfaces hygiéniques, sa gestion des flux, construit les conditions matérielles d'une médecine de pointe, élaborée au fil de progrès scientifiques, que le patient est venu chercher. Certes, la personne est plongée dans un environnement très différent du reste de la ville, et s'expose à un regard et à des interventions médicales. Si cette exposition peut nuire à l'intimité ou au confort du malade, elle lui confirme qu'il est surveillé, traité, placé entre de bonnes mains.

En revanche, ce même environnement renvoie à la personne une certaine idée de ce qu'elle devrait faire, c'est-à-dire accepter avec confiance sa dépendance et son exposition à la médecine qui traite sa maladie. Les informations sensorielles et les ressources habituellement mobilisées par un sujet pour poursuivre ses activités personnelles et sociales sont indisponibles ou mises hors de la portée de la personne, de la dimension active de l'existence. Pourtant, et pour ces patients de longue durée

notamment, l'hospitalisation fait partie intégrante du parcours de vie. Pour certains, elle fait également partie d'un parcours de soin qui débute en amont et se poursuivra après le séjour hospitalier, et dans lequel le patient pourra prendre une part active.

En effet, l'ethnologue, sociologue et philosophe néerlandaise Annemarie Mol considère que le soin se construit dans une activité collective entre le patient et les soignants qui, ensemble, soutiennent une pluralité de micro-décisions destinées à s'orienter et à bien vivre dans la vie quotidienne, avec la maladie⁶. Pour les malades de longue durée, une grande partie du soin réside dans la négociation et l'expérimentation d'une norme de vie qu'ils jugent souhaitable et atteignable dans les limites du pathologique, en réorganisant leurs priorités personnelles avec celles de la thérapeutique et du suivi⁷. Mais pendant l'hospitalisation, l'ensemble de la vie semble être déterminé par la maladie et sa prise en charge. L'architecture hospitalière travaille de concours avec la médecine, mais n'offre que peu de prises au sujet pour qu'il puisse maintenir une vie personnelle et sociale qui ne soit pas tout entière vécue selon les coordonnées imposées par la maladie et ses implications.

Une architecture des possibles

L'architecture pourrait donner au sujet les moyens d'équilibrer l'expérience de la passivité vécue pendant l'hospitalisation en mettant à sa portée un certain nombre de ressources et d'informations à percevoir, atteindre, et à mobiliser dans l'action. Cette mise à la portée des sens d'un autre champ d'information n'entre pas forcément en contradiction avec l'organisation de l'établissement. Les stimulations négatives pourraient être équilibrées par des stimulations positives, des ressources agréables, sous forme de vues, de sons, de textures et d'odeurs extra-médicales.

L'organisation architecturale de l'établissement devrait être en mesure de rendre accessibles ces ressources de telle sorte que le patient puisse se projeter dans des actions. Si la personne est exposée au regard, 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.

Une attention particulière devrait être portée à ce que l'architecture rend accessible au sujet, plutôt que de seulement rendre le sujet accessible à la médecine, y compris à ses endroits techniques, comme une chambre stérile. Un critère pour l'architecture hospitalière serait de toujours compenser un stimulus par une ressource, de sorte à rendre acceptable la passivité par l'activité possible. Si la personne est exposée à la médecine, il faut aussi qu'elle soit entourée d'appuis et d'ouvertures pour ses actions. L'architecture des lieux pourrait ainsi être pensée comme un ensemble de ressources, s'adressant à la dimension active de l'existence du patient, lui offrant les moyens de se sentir participant et compréhensif d'une organisation large et d'une société autour de lui.

Sans contredire la pratique de la médecine qui s'exerce au contact du patient et pour sa sécurité, l'architecture pourrait proposer une compensation à l'univers hospitalier et à ses manquements en termes de confort, d'intimité ou de distraction. En travaillant sur ce qu'elle donne à sentir et à faire à des patients qui souhaitent agir et participer, l'architecture contribuerait à équilibrer l'expérience entre la médecine qui prend en charge et les besoins essentiels de maintenir une vie intérieure riche, et un rôle pour soi. ■

CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

Hospitalo-académique et dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, la chaire est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), par le biais de la Chaire Humanités et Santé, et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et de diplomation, d'expérimentation et déploiement, elle aspire à inventer la fonction soignante en partage entre professionnels de santé et de l'accompagnement, patients, aidants et chercheurs, et l'alliance des humanités et de la santé. La Chaire abrite un espace doctoral de douze doctorants.

Thématiques de recherche Philosophie clinique et savoirs expérientiels - Santé connectée et intelligence artificielle - Design capacitaire, résilience et clinique du développement - Nature et patrimoine en santé

Agenda Retrouvez les séminaires et événements scientifiques de l'année 2023-2024 sur le site chaire-philosophie.fr, rubrique « séminaire ». Tous nos séminaires sont disponibles en replay sur la chaîne Youtube de la Chaire de Philosophie à l'hôpital.

6. A. Mol, *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Presses des Mines, 2009, 199 pages.

7. I. Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, 27-1. pp. 3-27.