

Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



# De l'architecture hospitalière à l'hospitalité

■ Cet article sur l'architecture, le soin et l'hospitalité s'insère dans une réflexion partagée par plusieurs chercheurs à la chaire de philosophie à l'hôpital. ■ Il poursuit les textes précédemment publiés de Marie Tesson, Éric de Thoisy et Hugo Martin, qui explorent différemment dans quels espaces peut se déployer le soin et comment les éthiques du soin sont susceptibles d'orienter nos décisions sur nos villes et nos architectures.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – architecture ; environnement ; hôpital ; hospitalité ; maladie chronique ; soin

**From hospital architecture to hospitality.** This article on architecture, care and hospitality is part of a reflection shared by several researchers at the Chair of Philosophy in Hospitals. It follows on from previously published texts by Marie Tesson, Éric de Thoisy and Hugo Martin, which explore in different ways the spaces in which care can be deployed, and how the ethics of care are likely to guide our decisions about our cities and our architectures.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – architecture; care; chronic illness; environment; hospital; hospitality

COLINE PERIANO<sup>a,b,\*</sup>  
 Doctorante en philosophie  
 sous la direction de Frédéric  
 Worms et de Céline Lefève en  
 convention de recherche avec  
 l'atelier d'architecture Michel  
 Rémon & Associés

<sup>a</sup>Laboratoire République  
 des savoirs, ED 540,  
 ENS-PSL, 45 rue d'Ulm,  
 75005 Paris, France

<sup>b</sup>Atelier d'architecture  
 Michel Rémon & Associés,  
 6 cité de l'Ameublement,  
 75011 Paris, France

La référence à l'hospitalité est fréquemment réactivée par les directions et les initiatives hospitalières, en témoignant le label Hospitalité (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), la fabrique de l'hospitalité (hôpitaux de Strasbourg) ou le Laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité (groupe hospitalier universitaire Paris-Psychiatrie & neurosciences). Considérant la proximité linguistique entre hospitalité et hôpital, il est aisé de penser que la première est une caractéristique intrinsèque au second. Malheureusement, les deux peuvent parfois procéder de choix différents et se rapporter à des valeurs qui ne sont pas les mêmes. Aujourd'hui, par exemple, la notion d'hospitalité est davantage invoquée pour parler des migrations que du soin. L'hôpital se concentre sur l'excellence, la recherche et l'innovation dans des prises en charge de problématiques urgentes et graves. De cet écart

provient le besoin de faire renaître, à travers les dimensions relationnelles, pratiques, mais aussi architecturales du soin, l'hospitalité à l'hôpital.

■ **Pour les philosophes Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc**, « *l'hospitalité est d'abord une affaire de lieu* » [1]. Elle ne peut se comprendre en dehors des espaces qui lui préexistent ou qui sont créés par elle. À l'heure où les recherches sur l'agréabilité des prises en soin à l'hôpital se concentrent sur l'ambulateur, prendre pour objet d'étude les besoins des patients de longue durée ou des malades chroniques déplace l'attention sur l'hospitalité et nous enjoint de repenser l'hôpital en termes d'espace de vie. Les soins de longue durée sont souvent associés aux prises en charge médico-techniques sophistiquées de l'hôpital. Ils concernent, en plus, des patients en affection de longue durée, les parcours

d'oncologie, les individus ayant subi une greffe, les suites de traumatologie ou d'accident vasculaire cérébral, etc.

■ **À partir d'une étude de terrain conduite dans trois centres hospitaliers universitaires** parisiens auprès de 30 personnes hospitalisées fréquemment ou pour une longue durée, cet article se propose de penser l'hospitalité comme un point où s'entrelacent des lieux et des sujets de soins. L'architecture est bien ce qui donne à l'hospitalité une assise matérielle. Celle-ci est ensuite prolongée par les patients, à travers les diverses manières qu'ils ont d'habiter les espaces. Architecture et attitude hospitalière s'actualisent ainsi l'une l'autre à travers le soin.

## LES CARACTÉRISTIQUES ARCHITECTURALES DE L'HOSPITALITÉ

D'un point de vue étymologique et philosophique, la notion

\*Autrice correspondante.  
 Adresse e-mail :  
 c.periano@remon.fr  
 (C. Periano).

d'hospitalité semble traversée par de multiples paradoxes. Le linguiste Émile Benveniste souligne, d'abord, que le verbe *hostire*, qui signifie "rendre la pareille" (utilisé pour accorder un droit romain à un étranger à Rome, un *hostis*), s'associe à la racine "pet" relative au pouvoir. La contraction de *hostis* et de *hospes* désignerait alors de manière "un peu singulière" le "maître de l'hôte" [2].

### Un endroit où l'on puisse être soi

Pour le philosophe Jacques Derrida, le nœud du problème réside dans le "faire comme chez soi", qui est en réalité la tentative toujours inaboutie d'être chez soi mais chez l'autre [3]. Selon la sociologue Anne Gotman, l'hospitalité est un exercice précaire qui menace de s'effacer de lui-même s'il se prolonge trop. Il s'agit à la fois de confondre et de conserver la séparation entre la place de celui qui est reçu et celle de celui qui reçoit [4]. Toutes ces tensions de statuts sont aussi des tensions de places qui peuvent trouver à s'équilibrer architecturalement. À l'hôpital, il s'agit de s'adresser à la fois à la personne soignée, c'est-à-dire aux troubles qui l'assaillent, mais aussi à tout ce qui en elle résiste à la stricte assignation au statut de malade. En effet, celui qui se rend à l'hôpital s'attend à la fois à être entendu et compris selon ce qu'engendre la souffrance dans son corps, mais il pense également être respecté comme sujet de droit, de décision, de désirs ou de participation.

### Un lieu transformable en milieu

Certaines pathologies se signalent dans le trouble qu'elles

engendrent entre la personne et son rapport à l'environnement, ce dernier désignant ici le contexte dans lequel évolue au quotidien le malade. Dans le modèle conceptuel élaboré par le neurologue et psychiatre Kurt Goldstein, le pathologique se ressent à travers une relation désordonnée avec cet environnement. Pour le médecin et philosophe Georges Canguilhem, le pathologique s'éprouve sous la forme d'une vie restreinte ne parvenant plus à valoriser ou à normaliser son environnement pour s'y déployer. Prenant pour fil conducteur de nos réflexions les

## Dans le cas où l'architecture ne s'adresse qu'à la maladie et oublie la personne, l'espace peine à devenir le cadre de projets pour le sujet

liens qui unissent l'architecture à la notion d'hospitalité, nous nous concentrons sur la dimension proprement spatiale des environnements de soin en nous demandant de quelles manières ils sont travaillés et modelés par des choix architecturaux. Et plus encore si ces derniers permettent, ou non, aux patients hospitalisés, de pouvoir se façonner un milieu de vie qui corresponde à leurs valeurs, à leurs habitudes de vie, à leurs histoires et à leurs projets.

### Une praticabilité en acte

Abordés à partir de la problématique de l'hospitalité, les choix architecturaux naviguent entre deux écueils : celui de s'épuiser dans des dispositifs médicaux et prothétiques qui altèrent et déshumanisent l'environnement [5], et celui d'échouer à répondre aux

besoins de personnes dont les troubles complexifient la poursuite d'activités dans l'espace. Dans le cas où l'architecture ne s'adresse plus qu'à la maladie et oublie la personne, ou dans celui où elle se transforme en facteur handicap en oubliant la maladie, l'espace peine à devenir le cadre de projets ou de réalisations pour le sujet. Disposer d'un endroit suffisamment vaste et praticable pour y déposer ses affaires le temps de l'hospitalisation est une problématique aussi édifiante que récurrente dans les témoignages des patients interrogés. Bénéficier de placards accessibles alors que l'on est assis, en fauteuil, ou que l'on ne peut pas lever des bras douloureux à force d'être perfusés, mais qui sont aussi assez larges pour accepter une valise et peuvent fermer à clé, par exemple, serait pourtant constitutif d'une marque principale de l'hospitalité : avoir la possibilité de s'installer avec tout son bagage.

### Des amorces au "chez soi"

Pouvoir « remplir les placards », comme l'indique une patiente, constitue la preuve que l'on se sent bien dans les lieux et que l'on est prêt à s'y installer entièrement, même momentanément. Bien sûr, être hospitalisé n'est pas déménager. L'hôpital ne remplace pas le domicile des usagers, même s'il est souvent éprouvé comme un lieu de vie. Les patients cherchent pour certains à y maintenir des activités intimes ou politiques. Ils ont besoin de supports matériels et contextuels à leur identité, à leurs activités et projets de vie. Les témoignages des personnes

interrogées oscillent pourtant entre le regret de ne pas trouver des choses similaires à chez soi : « *L'objectif c'est de retrouver le confort que je peux avoir chez moi* » ; et celui de trouver des choses que l'on ne voudrait pas chez soi : « *Les prises électriques sont arrachées du mur. C'est pas grand-chose, mais vous n'avez pas ça chez vous.* » Il s'agit de repérer au moins dans ce lieu temporaire de vie les marques d'un "habitat mobile" qui assurent que l'on pourra toujours y déployer un « *chez soi qui ne nous quitte pas* » [3]. Des agréments mobiliers et architecturaux soutiennent ces désirs en s'adressant à l'existence subjective et sociale de la personne. Une salle de bains individuelle, un salon collectif pour le service, un fauteuil pour recevoir ses proches ou un bureau auquel s'installer pour lire et écrire sont des supports à la vie ordinaire qui rejaillit par-delà la maladie.

### Des espaces parcourables et maîtrisables

Un nuancier d'hospitalité semble ainsi se dessiner dans un mouvement général : plus les espaces font l'objet d'une maîtrise, tant physique qu'intellectuelle, de la part des patients, plus ils semblent hospitaliers. Des usagers décrivent avec plaisir les moments où ils ont pu se déplacer seuls dans les lieux où ils étaient hospitalisés, car cela leur rendait une part de leur indépendance, notamment vis-à-vis de services de brancardage parfois peu disponibles, et souvent infantilisants. Cependant, l'hospitalité ne surgit pas exclusivement d'un espace qui serait intégralement transparent à la compréhension d'un malade, ou lui autorisant toute forme

d'action. Au contraire, elle naît d'un équilibre entre deux possibilités : celle de maîtriser son espace et celle de pouvoir s'y abandonner. La possibilité de parcourir les lieux n'a pas non plus besoin de recouvrir l'intégralité de l'édifice. La séparation nette avec des espaces réservés au personnel soignant est positivement soulignée par des patients qui développent eu égard à l'institution une grande déférence. Cette distinction spatiale de statut est toutefois acceptée à la condition qu'elle ne verse pas dans une séparation hiérarchique trop marquée. Le luxe apparent de certains bureaux attire ainsi les foudres de certains malades : « *On voit qu'ils sont déconnectés de toute façon.* »

### LES ATTITUDES HUMAINES PRODUITES PAR L'ARCHITECTURE

Ces caractéristiques hospitalières données par l'architecture sont des potentialités qui ne se réalisent pleinement que dans l'usage que les personnes font des lieux. L'architecture donne des prérequis à une hospitalité qui réside alors dans une ouverture possible au "faire comme si" elle était absolue.

### Fictionner l'hospitalité pour soi et les autres

Séjourner dans une chambre d'hôpital revient à accepter des interruptions fréquentes de la part du personnel soignant, qui peuvent interrompre des activités du patient, qu'il soit seul ou avec ses proches. Dans ce cas, le perturbateur formule toujours un « *faites comme si je n'étais pas là* » et détourne le regard de l'activité en cours, pendant qu'il assure ce pour quoi il était venu (prendre les constantes

du malade, par exemple). La chambre, qui constitue un espace minimal d'intimité, est une amorce architecturale à un comportement respectueux et discret de la part de ceux qui y entrent. Elle s'avère un prérequis à une attitude qui l'actualise et la prolonge en acte. Du point de vue strictement médical, elle est l'espace de l'observation la plus méticuleuse pour des soignants qui surveillent, auscultent et examinent leurs malades. Passé au filtre de l'hospitalité, c'est aussi l'espace dans lequel les soignants peuvent feindre de ne rien voir. Cette fiction se joue également alors que des patients s'astreignent à ne pas prêter attention à ce qui se déroule tout près d'eux et qui engage d'autres personnes prises en soins. Dans des services d'hospitalisation de jour, le box de consultation avec le médecin est très proche de la salle collective dans laquelle séjournent les patients pendant la journée. L'isolation acoustique n'est pas toujours assurée, mais chacun feint de ne pas entendre ce qui se joue derrière la cloison. La confidentialité, amorcée par un élément architectural, est continuée par le comportement induit par celui-ci.

### Fictionner la spontanéité de la règle

Comprendre la place qui est la leur et la manière dont ils peuvent l'habiter, tout en bénéficiant de la prise en charge qui leur est offerte, demande aux patients un temps de familiarisation, voire d'expérimentation. Ce processus est d'autant plus fastidieux que si certaines règles sont explicites, comme les signalétiques sur les espaces interdits, d'autres sont plus implicites et se nichent dans des conventions sociales acquises

par fréquentation. Tandis que certains n'intègrent les règles qu'avec peine, d'autres prennent le travail de compréhension comme un jeu de découvertes. Les uns et les autres dépassent alors l'asymétrie de départ entre soignants et soignés pour cocréer des relations interpersonnelles plus souples. Forts de ces connaissances, ils savent à quel moment et jusqu'à quel point ils peuvent s'aventurer dans l'espace hospitalier et moduler leurs soins. Dans un second temps, les patients peuvent également chercher à témoigner de la facilité ou de la spontanéité avec laquelle ils ont compris l'organisation des lieux, pour rassurer en retour leurs hôtes et le personnel soignant. Ceux qui ne montrent pas qu'ils ont mis du temps avant de savoir où et quand se promener entre deux actes médicaux se désignent eux-mêmes comme de "bons patients". L'intelligibilité des lieux, si elle n'est pas immédiate, entraîne malgré tout une attitude déférente des usagers qui font "comme si" elle avait été spontanée.

### Devenir soi-même hospitalier

Si les règles du lieu sont intelligibles, si les malades ont compris le plan et peuvent s'orienter, alors ils sont en capacité de parvenir à un second niveau d'hospitalité : celui de se faire un espace à soi, de se créer une halte pour eux. « *C'est l'avantage de connaître les hôpitaux, non accompagné, je trouve mes petits chemins.* » L'hospitalité semble aboutie quand les personnes reçues peuvent elles-mêmes en recevoir d'autres, se faire elles

aussi hospitalières dans une certaine mesure. Les visites aux malades sont primordiales dans l'expérience, mais fonctionnent surtout quand l'espace de la chambre ou de l'hôpital permet cet accueil à deux niveaux : celui d'accueillir ses proches dans un lieu où l'on est soi-même accueilli. Des salons ou espaces de réception dans les services pourraient ainsi équi-

### Si les règles du lieu sont intelligibles, les malades peuvent parvenir à un second niveau d'hospitalité : celui de se faire un espace à soi

librer des chambres dont les dimensions ne laissent pas s'y installer à plusieurs. La porosité entre les statuts de personne reçue et recevant augmente encore lorsque des individus qui ont regagné de l'autonomie grâce au soin formulent un refus d'hospitalité, en demandant à rentrer chez eux quelques jours par exemple, ou au contraire quand l'hospitalité est rendue en retour à l'institution, lorsque les malades qui se sentent bien reçus font le plus de place possible aux soignants.

### CONCLUSION

L'hospitalité ne peut se faire sans un lieu qui fait une place à la personne, mais elle est indissociable d'une attitude de la personne qui actualise les potentialités hospitalières du lieu. Architecture et comportement hospitalier sont, à l'hôpital, intimement liés au soin. D'abord car l'architecture est un contexte nécessaire à l'exercice clinique,

c'est-à-dire un cadre dans lequel les usagers n'ont pas besoin de se contorsionner pour vivre et interagir selon leurs particularités de corps et leurs parcours de vie. Ensuite, car les soins qu'elle permet de prodiguer respectent et accompagnent la puissance normative du sujet qui peut alors rendre vivable son environnement en fonction de ses propres valeurs de vie. Par l'intermédiaire du soin, la personne prolonge l'hospitalité contenue dans l'espace. Soins et architecture sont nécessairement entrelacés et font revivre une hospitalité qui n'était plus spontanément associée à l'institution

hospitalière. L'hospitalité est un soin déployé dans l'espace qui offre à la personne la possibilité de s'installer (d'arriver et de rester) en fonction de sa subjectivité, y compris à l'hôpital. L'architecture, en tant que pratique d'aménagement et de qualification de l'espace, et le soin, en tant que soutien à la subjectivité des malades, fonctionnent ensemble pour faire de l'hôpital un endroit qui procure différenciellement un support à la singularité de chacun. Si tout le monde y trouve son compte, c'est parce que le sujet trouve, simultanément à ce que l'espace lui offre, la puissance d'instituer un sens et une valeur à cet environnement architectural. Un lieu hospitalier respecte la positivité de la maladie qui institue une autre allure de vie. Un lieu qui peut être la toile de fond de ces projections de vie avec la maladie, et qui peut se vivre selon d'autres textures d'interactions à l'espace [6]. ■

### RÉFÉRENCES

- [1] Brugère F, Le Blanc G. La valeur de l'hospitalité. In: Bégué P, Zaric Z, editors. Soins et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique ? Paris: Hermann; 2021. p. 135-43.
- [2] Benveniste É. Hospitalité. Le vocabulaire des institutions indo-européennes. Paris: Éditions de Minuit; 1969. p. 87-101.
- [3] Derrida J. Hospitalité. Volume I. Séminaire (1995-1996). Paris: Seuil; 2021.
- [4] Gotman A. Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre. Paris: PUF; 2001.
- [5] Charras K, Eynard C, Cérèse F, et al. S'affranchir du concept de handicap. Critique constructive d'une notion obsolète. Paris: In Press; 2022.
- [6] Chabert AL. À chacun son monde, à chacun son chemin. *Reliance* 2008;28(2):83-90.

*Déclaration de liens d'intérêts*

*L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*