

Étude de terrain en centre de soins psychiatriques

Questionner une ethnographie au service de la conception

Ariane d'Hoop

ROTOR v.z.w. - a.s.b.l., Bruxelles, Belgique.
ariane.dhoop@gmail.com

Abstract. *Following an ethnographic study in a psychiatric center, through concrete descriptions of the treatment project which illustrate how users invest the spaces, this article examines how such a research approach can contribute to a dialogue between practitioners and architects, and more specifically how it can influence the conception of a new center.*

Mots-clefs : *ethnographie, psychiatrie, conception architecturale.*

Un double intérêt

Que sont devenus les espaces de la psychiatrie aujourd'hui? Cette question initiale a commencé à se creuser alors qu'elle éveilla l'intérêt chez les praticiens d'une institution bruxelloise regroupant trois sites : un centre de jour, une maison de soins psychiatriques et une clinique neuropsychiatrique. Cet intérêt visait d'abord une connaissance plus approfondie de ces lieux, instructive tant pour les praticiens – de se voir réfléchis par un regard étranger, décentré de leurs propres préoccupations – que pour les acteurs extérieurs à la discipline, pour qui les situations concrètes des processus de soins restent encore souvent mal connues. Nous avons donc décidé de réaliser une recherche exploratoire dans le but d'éclaircir le sujet et de concrétiser une rencontre avec des praticiens et des acteurs extérieurs, à l'occasion des 30 ans du centre de jour. Cette exploration prit la forme d'une ethnographie de terrain, consacrée aux situations de la vie quotidienne, que j'ai menée par des observations directes et participantes, des entretiens avec le personnel soignant (*S*), les patients (*P*) et les fondateurs du centre (*F*), des consultations d'archives documentaires et photographiques. Mais cet intérêt poursuit aussi un second objectif : celui de tirer parti de cette étude de terrain alors que les trois sites devront déménager dans les années à venir. Les usagers ont exprimé l'existence d'un « chaînon manquant » entre la formulation de leurs besoins et les propositions des architectes consultés. Les enjeux de cette recherche combinent alors un double intérêt : pour les usagers, celui d'extraire de leur expérience vécue et sensible du lieu une vision de leur établissement et de leurs pratiques spatiales ; pour les architectes, celui d'accéder à des appuis concrets et approfondis afin de cerner la demande. Double intérêt qui servira à établir les balises d'un dialogue en vue de l'emménagement ou de la programmation des nouveaux sites.

Depuis la reconfiguration des lieux de soins psychiatriques à la fin des années 60, la participation des équipes soignantes dans les processus de programmation a déjà été vivement investie et questionnée¹. Ces processus de concertation ont été mis en œuvre dans différents contextes opérationnels peu réglementés, laissant des libertés de procédure et suscitant une réflexion sur leur renouvellement et amélioration (Courteix, 2004). Concrètement, les procédures consistent le plus souvent en un dispositif de concertation entre les équipes soignantes

¹Voir notamment le numéro spécial de la revue *Recherches « Programmation, architecture et psychiatrie »*, juin 1967.

et les architectes (les patients ne sont sollicités que dans certains cas), basé sur l'évaluation des besoins et de la qualité des soins. Les avis récoltés sont ensuite synthétisés en appel d'offre par un «programmiste» (Kovess, 2004).

L'ethnographie a déjà été largement investie dans les hôpitaux psychiatriques, particulièrement depuis les travaux d'Erving Goffman (1961), afin de dégager les comportements et logiques sociales qu'induisent de telles institutions. La question à laquelle je vais tenter de répondre est alors la suivante : en quoi une recherche ethnographique des lieux, le type de connaissance qu'elle produit, les situations et ambiances spécifiques qu'elle dégage, peut-elle alimenter le dialogue entre les praticiens et les architectes? Il s'agit d'envisager ce que cette compréhension du dispositif approfondie et développée à partir d'une position extérieure aux deux disciplines peut apporter à la conception du nouveau lieu. Au terme d'une étude de terrain de six mois dans le centre de jour, je vais tenter d'y répondre par des descriptions des situations concrètes, sensibles et vécues dans leurs espaces. Je ne présenterai cette connaissance ni directement, ni complètement, mais filtrée par une mise à l'épreuve réflexive de la recherche, interrogeant sa propre légitimité en vue des objectifs auxquels elle est liée.

Ethnographie au “Canevas”. Que produit l'expérience de recherche?

Apprivoiser le lieu dans sa version unique

Parmi les autres maisons de la rue, « Le Canevas » ne se distingue que par une petite plaque métallique « Centre psychothérapeutique de jour ». Vous sonnez, quelqu'un vous ouvre mais vous ne savez pas d'où. Vous pénétrez dans une maison, qui n'est plus habitée comme autrefois, mais qui a été reconfigurée en centre de soins sans qu'il ne l'ait “marquée” en tant que tel. A l'exception du bureau à l'entrée, rien n'y est indiqué. Il faudra très vite apprivoiser ces différents espaces, leurs usages et leurs codes. Trop vite peut-être, le lieu me deviendra connu, enlisera mon regard d'observatrice dans des habitudes et des repères. Je ne le percevrai plus autrement que dans sa version unique : celle d'une maison domestique reconstruite pour servir à un projet de soins psychiatriques particulier, au fil de son expérimentation.

En creusant cette dimension évolutive du projet, je ne peux que constater que l'architecture domestique de cette maison y tient le premier rôle, puisque le réaménagement a toujours été pensé avec l'intention de la préserver et non de l'effacer au profit du centre de soins. En 1982, le choix de cette maison soutenait une volonté de définir le centre comme un lieu intégré dans la ville, plus apparenté au monde ordinaire, détaché du caractère hospitalier et surtout territorialement autonome vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique principal dont il est issu. Ce choix de la maison se prolonge dans une volonté de la définir : on nommera « la salle à manger » et non « la cafétéria ». Avant d'ouvrir ses portes aux patients, l'équipe pluridisciplinaire avait obtenu l'autorisation d'occuper le lieu pendant plusieurs mois, ce qui lui permit d'y définir le projet de soins directement dans ses espaces. Au fil des années, les décisions de transformation montrent un souci de ne pas compromettre l'ambiance particulière de la maison. L'occupation des différents espaces s'est dessinée à partir d'un « noyau » domestique (la cuisine, la salle à manger, le salon, le jardin) autour duquel grappillent les espaces liés aux soins (bureau de l'équipe soignante, petits bureaux d'entretien, ergothérapie, kinésithérapie). L'évolution des usages montre que les espaces domestiques se sont dégagés des activités thérapeutiques pour s'affirmer en tant que tels. Étendu sur trois pièces en enfilade, le salon a successivement servi d'atelier d'ergothérapie, de ludothérapie (thérapie par le jeu), de cuisine, de fumoir, pour ensuite simplement devenir un endroit de repos, où on peut se rendre sans devoir forcément faire quelque chose. L'atmosphère y est calme. La radio est allumée. Les personnes surfent sur internet, lisent, discutent, jouent à un jeu de société ou sont simplement là, absorbées par elles-mêmes, bercées par des vagues d'animation qui

s'estompent et reprennent. Une table se trouve au centre de chaque pièce. Des sièges, deux bibliothèques et un coin informatique bordent les murs. (S) « *Il faut souvent le réaménager, créer une nouvelle circulation pour que ça ne devienne pas une salle d'attente. C'est important que ça reste flexible, confortable mais flexible.* » Cette flexibilité semble effectivement constante dans les différents endroits du centre. Le mélange de la maison domestique et du centre de soins permet de ne pas en prédéterminer les usages ; il y a une liberté d'appropriation des espaces et cela par tous les occupants, soignants ou patients.

L'immersion. Porter le regard jusqu'à la situation informelle

(Extrait du carnet) "23 janvier 2012, 10h20. Je suis assise dans la salle à manger. On entend des pas et des voix en haut dans le couloir et dans la cuisine. Une patiente vient boire un café près de la fenêtre du jardin. Une autre reste assise. Plusieurs fument dehors. Elle me dit : *"Je suppose qu'ils sont tous en haut, j'avais vite vu"*. Un patient vient se servir du café. Passages dans le couloir. Bruits dans la cuisine. Un autre patient vient se servir du café. Il se poste près de l'encadrement et reste là. C'est calme. Bruits d'une porte que l'on ferme et de pas dans l'escalier. La patiente revient pour se servir du thé. Il n'y a plus d'eau dans le thermos, elle va en faire chauffer. Elle se rend à la cuisine, y discute, revient après 10 minutes et se rassied. Elle se lève quand les courses du repas arrivent, mais avant elle me dit : *C'est bien car tout le monde a quelque chose à faire*. Je lui demande ce qu'ils font au salon. *Deux jouent à un jeu, les autres je ne sais pas*. D'autres passent dans le couloir, pour monter au salon. Elle se lève. *Je préfère aller là où il y a du monde*." Une grande part de l'activité ethnographique est l'observation directe, parfois participante, des situations saisies sur le vif. Ici, mon regard cherche à comprendre l'espace au-delà de la situation, les incidences de l'un sur l'autre. Soit de considérer que le monde "social" soit aussi constitué de connexions entre les humains et les objets, que certains comportements soient "rendus possibles" par leurs relations avec leur environnement matériel (Latour, 2006). L'observation de terrain implique une immersion dans cet environnement, une présence de tout instant qui rend détectable des situations souvent informelles, non reprises dans le programme journalier. Cette immersion permet de se rendre compte que, parmi toutes sortes de situations imprévues (je pense notamment aux crises, aux moments de « passage à vide », etc.), les déplacements d'un endroit à l'autre sont fréquents. Cette circulation dans un lieu où les espaces ne sont pas fermés mais séparés (par les étages, les couloirs, les sas, les encadrements, le jardin, etc) y tient une place essentielle. Le lieu fonctionne avec cette liberté de déplacement et y invite. Il s'y passe souvent plusieurs choses en même temps et cela donne envie d'aller voir, génère une ambiance stimulante et surtout rend le lieu solidaire et social. Cette circulation crée du discours et de l'esprit dans la communauté : on passe d'une situation à une autre, on relate ce qui se passe ailleurs, on exprime ce qu'on en pense, on fait des liens, on se souvient,... C'est une ressource à s'activer, à socialiser, à penser, à retrouver l'envie d'autre chose. Cette dimension apparaît vraiment importante alors que, une fois le regard habitué, il me devient impossible d'imaginer que le projet puisse fonctionner sans cette circulation, dans un lieu où tout se jouerait dans un espace commun.

Qui est sollicité? Nuancer les discours et situer les questionnements

Outre l'observation, ma démarche ethnographique se nourrit aussi d'entretiens et de documentation écrite et visuelle. Au regard d'une participation des usagers à une méthode de programmation, qui tiendrait à leur demander d'exprimer leurs usages et leurs avis sur le lieu, cette démarche-ci s'inscrit dans un souci de liberté d'expression et de complétude des discours de chacun. Toute personne ou document lié au projet depuis sa création jusqu'à ce jour est invité à apporter sa contribution. Dans certains cas, il y a une unanimité et cela renforce des traits alors prioritaires, voire incontournables. Ainsi, la préparation du repas de midi, prise en charge par une équipe de 4-5 personnes, est l'activité principale d'une journée

au Canevas. C'est aussi la seule qui soit obligatoire pour toute personne de la communauté, bien que la tâche ne soit pas toujours facile. (F) « *C'est une ressource à la réadaptation, car elle requiert de se débrouiller, s'organiser, se concerter.* » (S) « *Faire la cuisine révèle un tas de choses car cela produit des situations qu'on ne maîtrise pas, qui demandent de lâcher prise.* » (P) « *C'est important que ce ne soit pas une cantine qui nous soit livrée!* » La place centrale qui lui a été donnée dans la maison est essentielle : elle relie le couloir d'entrée à la salle à manger et ceux-ci au jardin, ce qui l'entretient dans une dynamique entre des passages et des conversations furtives qui se mêlent aux bruits des casseroles perceptibles partout aux alentours. L'agencement central de la cuisine permet une participation à la vie de la communauté sans qu'on se sente mis à son service.

Le recueil des discours est évidemment plus délicat lorsqu'il en ressort des propos nuancés selon les personnes, leur rôle, la durée de leur vécu dans le lieu, leur rapport à d'autres lieux, etc. Au cours de ma présence sur le terrain, je constate aussi que les personnes deviennent plus réflexives sur le lieu auquel elles sont habituées, lieu qui devient alors objet de débat dans les entretiens. A priori, ces expressions nuancées nécessiteraient un filtrage afin de pouvoir faire aboutir une vision plus cohérente et utile. Mais tenir compte des différents points de vue peut mener à situer les questionnements dans lesquels le lieu est débattu plutôt qu'à soutenir des informations plus valables que d'autres. Cela m'engage à reconnaître que certaines questions trouvent une utilité à rester irrésolues. (P) « *Il y a toujours une présence du staff dans la maison, même si on ne s'en rend pas compte car elle est discrète. Mais il n'y a pas de surveillance car le personnel ne peut pas être partout.* » Ce dispositif sans surveillance des patients, garant de leur liberté individuelle, soulève la question de leur responsabilité. Elle est débattue avec beaucoup de sérieux alors qu'il arrive, par exemple, que des plaintes soient exprimées parce que l'un d'entre eux soit agressif envers les autres. Si la surveillance n'est pas voulue et d'ailleurs peu praticable dans l'agencement spatial de la maison, quels sont les moyens dont dispose l'équipe soignante pour encadrer et préserver les personnes? Jusqu'où peut-elle se servir du dispositif institutionnel pour prendre en charge une situation perturbatrice ou au contraire s'en remettre à la responsabilité des patients? (S) « *Le lieu d'accueil doit pouvoir fonctionner dans les deux sens, me précise la directrice, l'accueil des autres – du personnel, et par extension de la société – envers les patients mais aussi des patients envers les autres. Or quand on souffre psychologiquement, il est plus difficile de bien accueillir. C'est pourquoi il est important que cette question reste sous tension, pour ne pas tomber dans le totalitarisme d'un côté – le patient a tous les droits – ou de l'autre – les personnes ont tous les droits sur lui.* » Une fois par mois, une matinée est consacrée à l'« assemblée communautaire » où tous se réunissent et débattent, entre autres, de leur cohabitation.

Éprouver la quotidienneté, des récurrences aux fluctuations d'usage

La salle à manger réunit toute la communauté trois fois par jour : lors de la réunion d'accueil du matin, du repas de midi et du goûter avant le départ. A chaque fois, une légère animation remplit progressivement l'endroit, rythmée par les arrivées successives. On s'assied aux tables tournées de part et d'autres dans trois pièces en enfilade, départagées par deux encadrements. Cela articule les présences de manière flexible : en allant se placer derrière un recoin ou dans la pièce du fond, on peut réduire sa visibilité et s'effacer, ou au contraire se rendre plus présent. Les compartiments permettent d'être ensemble sans être confondu aux autres, d'être libre de prendre sa place parmi eux sans s'y sentir forcé. Chaque jour depuis 30 ans, ces moments ritualisés se produisent précisément à la même heure, dans le même dispositif spatial, se cristallisent dans un rythme et une cohésion sociale particuliers avant une remise en mouvement aléatoire. Avec le temps, je remarque que certains patients s'asseyent tous les jours à la même place ou du même côté. Pour d'autres, les habitudes fluctuent selon les périodes où ils se sentent plus ou moins à l'aise dans la communauté. (P) « *Au début on ne sait pas trop comment s'ouvrir, et puis petit à petit on s'épanouit. J'avais une sorte de*

phobie sociale quand j'arrivais dans la pièce. Alors je me mettais en retrait. Ensuite je me suis mise au milieu, avec les autres. » L'ethnographie produit une connaissance qui s'inscrit dans la durée, par laquelle certaines récurrences deviendront visibles. Ici, il ne s'agit pas uniquement de comprendre comment les personnes habitent l'espace, mais aussi de saisir à quels comportements ils tiennent, qui résistent à l'épreuve du temps même si rien ne les oblige. L'exemple des patients qui s'asseyent à la même place, dans une pièce qui offre le choix d'y réguler sa « présence sociale », montre qu'ils ont besoin de se fixer ces repères précis à chaque moment récurrent du dispositif journalier. D'autres doivent se sentir libres de s'adapter selon leur évolution personnelle dans la communauté. Des petits bureaux répartis aux différents étages, destinés à accueillir des entretiens individuels, ont ainsi trouvé de nouveaux usages. Ces petites pièces sont aménagées avec quelques sièges et une tablette pour pouvoir s'entretenir dans la confidence. Durant ma période d'observation, les patients s'y rendaient plus souvent, seul ou à plusieurs, pour se reposer, dormir un peu, (P) « *pour se cacher, pour pleurer, pour se laisser aller, ne pas être observé, s'isoler* ». Cela est devenu une habitude et le code (une porte fermée indique un entretien qui ne peut être dérangé) a été discuté en assemblée communautaire avant d'être adapté (une porte entre-ouverte indique que la pièce est simplement occupée).

Prendre une place dans la communauté : solidarité au projet de soins

Aussi, avec le temps, l'expérience de recherche est devenue un élément significatif en soi en raison du glissement de ma position d'observatrice. Sur un terrain où le projet est ancré dans la prise en charge communautaire, après les stades de la découverte et de l'approfondissement, vient celui où je me retrouve presque naturellement à la place qu'on m'octroie (Favret-Saada, 1990). Cela commence par une contagion implicite du souci d'autrui, appelée une (P) « *proposition* » de toutes les personnes à être à l'écoute ; (S) « *l'accueil dans les deux sens* », disait la directrice. L'accompagnement est si dilué dans les situations ordinaires qu'on est imprégné par ces liens d'accueil et reprendre ensuite une position d'observatrice ne va pas de soi. Je réalise aussi que cette place au sein de la communauté est nécessaire pour que la recherche puisse continuer. Lorsque j'ai programmé des entretiens collectifs avec les patients, il a fallu les insérer dans des « groupes de paroles » (une activité déjà établie, qui me met dans une position similaire aux soignants) pour que les patients y participent, et ce malgré une transparence de ma démarche de recherche. Beaucoup d'autres signes (les actions que je commence à mener, les adresses des soignants ou patients envers moi, etc) témoignent de cette place qu'on me donne et l'observation directe se mue en observation participante. Cela a un effet sur la vision que je dresse de l'établissement. Parler du lieu sans parler du dispositif d'accompagnement ou des usages n'est pas très révélateur ; or en étant intégrée dans la communauté, je deviens moi-même solidaire du projet. Parler du lieu sans le défendre demande alors un effort de discernement. C'est ici que l'immersion pose des limites, finit par m'imprégner du lieu éprouvé humainement et par me transformer en un usager parmi les autres... Peut-être cette prise de position est-elle une étape nécessaire?

De la recherche à la conception

Au regard de ce cas particulier, en quoi l'ethnographie, les situations spatiales et les ambiances qu'elle transmet, pourraient-elles alimenter le dialogue et contribuer à la conception du nouveau centre? L'identité du lieu s'est imposée comme un élément important. Le choix initial de réutiliser une maison et la constance de son affirmation dans l'aménagement et le vécu du lieu, forcent à tenir compte du projet construit dans une architecture déjà existante, significative d'un foyer domestique ayant été habité auparavant. L'intérêt du lieu réside justement dans le fait qu'il ne soit pas conçu pour le centre de soins, mais qu'il reste identifiable comme une maison usagée parmi d'autres. Dès lors, demander à un architecte de reproduire

une version artificielle de cette architecture existante par la conception d'un bâtiment neuf serait inadéquat. Comment interpréter la situation et traduire le projet en langage architectural? L'étude ethnographique pourrait-elle inspirer la nature de ce langage, le transformer en y insérant un contenu où l'espace est formulé en lien avec ses situations concrètes et sensibles? Cette connaissance nuancée du « centre de soins domestique » dans sa version unique constituerait une référence architecturale en soi, évitant au concepteur d'invoquer des archétypes d'une maison domestique ou d'un centre psychiatrique.

Par ailleurs, la dimension exploratoire de cette étude a laissé émerger une donnée importante : les espaces ont été pensés sur la durée dans une attitude d'expérimentation et d'adaptation par les praticiens, pour asseoir le projet et intégrer ses changements. Cette étude de terrain montre comment les usagers ont développé, par cette attitude, des questionnements et des compétences propres sur leurs espaces. Du fait de ce constat, la recherche indique une disposition particulière pour le projet de conception. Dans ce cas-ci, cette disposition tiendrait à tenir compte de la poursuite de cette évolutivité. En architecture, la question de la flexibilité du bâtiment a déjà été largement questionnée, donnant lieu à des solutions diverses dans la conception. L'ethnographie, munie de descriptions sensibles à l'échelle de l'expérience quotidienne, permet alors d'affiner cette disposition au regard du cas particulier. Ici, il s'agit d'envisager l'évolutivité au delà d'une logique constructive et de la définir précisément selon cette attitude d'adaptation vécue et conduite par les usagers dans ce contexte d'expérimentation et d'appropriation.

Références

- Ayme. J. et al. (collectif) (1967), Programmation, architecture et psychiatrie, *Recherches*, numéro spécial, juin 1967, Paris.
- Courteix, S. (2004), La programmation : un maillon indispensable entre inconscient et réalité, in *Architecture et psychiatrie*, Paris, Editions du Moniteur, p. 68-76.
- Favret-Saada J. (1990), Etre affecté, *Gradhiva, Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, n° 8, p.3-10.
- Goffman E. (1961), *Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York., Anchor Books.
- Kovess V., (2004), Architecture et qualité des soins en psychiatrie, in *Architecture et psychiatrie*, Paris, Editions du Moniteur, p. 40-48.
- Latour B. (2006), *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte.

Auteur

Ariane d'Hoop (ariane.dhoop@gmail.com, Rotor v.z.w. - a.s.b.l., Bruxelles). Je poursuis un intérêt de recherche portant sur l'architecture et les pratiques sociales. Ma collaboration précédente avec le bureau d'étude Rotor résidait dans la co-écriture d'une publication sur l'usure et l'usage en architecture, pour la Biennale d'Architecture de Venise 2010.