

Réinventer des lieux de soins psychiatriques.

Ce qu'on y fait, ce qu'on *en* fait.

Ariane d'Hoop¹

Des savoir-faire propres aux espaces dans des lieux alternatifs à l'hôpital

Puisqu'il s'agit de parler d'espace, commençons par une image d'un lieu. Il s'agit d'une maison d'habitation, à Bruxelles, à première vue indifférenciée des autres maisons de la rue. Elle est pourtant très singulière, puisque, depuis 30 ans, elle n'est plus composée d'appartements à chaque étage, mais a été convertie en centre de jour psychiatrique de petite taille. Elle a été convertie, mais sans pour autant être marquée comme tel. C'est bien une maison que l'on perçoit et dans laquelle on pénètre – rien n'indique ce qu'il faut faire ni où il faut aller à votre arrivée – et pourtant ses aménagements ne sont pour rien au monde laissés au hasard. C'est bien un lieu de soin alternatif à l'hôpital, mais il s'agit aussi d'un lieu ayant le statut d'institution. En quelque sorte, on pourrait parler de ré-institutionnalisation. Prise sous cet angle, cette maison n'est plus tout à fait unique en son genre, car en élargissant l'amplitude de notre focale, on s'aperçoit qu'il y a, au moins à Bruxelles, plusieurs dizaines de lieux ayant été convertis en centres de soin.



À la question « comment construire un *bon* lieu de soin? », nombre d'institutions ont fait le choix, depuis les années soixante, d'investir des lieux existants, initialement non psychiatriques – le plus souvent des maisons d'habitations. Ce choix marquait un tournant quant aux conditions d'accueil de la folie, alors intégrées dans le tissu urbain et non plus exclusivement reléguées à l'asile ou à l'hôpital. Aujourd'hui, la médicalisation de la folie n'a pas perdu de son envergure. Qu'en est-il de ces lieux alternatifs à l'hôpital? On pourrait poser le problème en termes de disparition. Ces lieux seraient comme une espèce en voie d'extinction alors que nombre d'entre eux sont ou risquent d'être déménagés sur des sites hospitaliers. Cette contribution propose de poser le problème autrement : non pas en s'intéressant directement aux disparitions de ces lieux, mais, puisqu'ils ont existé et existent encore, en se concentrant sur la question de leur reconnaissance et de leur valorisation. Cela déplace alors le problème de départ. Il ne s'agit plus de savoir « comment construire un *bon* lieu de soin en psychiatrie? », mais avant cela, de commencer par comprendre « comment ont été pensés ces lieux de soin qui auparavant n'en étaient pas? ». Car il s'agit bien là de penser. Ou plutôt de pensées, situées dans des pratiques locales, alors que des équipes soignantes ont prêté attention à leurs espaces et y ont élaboré leurs intentions *par et dans* le mouvement de leur activité. C'est sur cet ensemble de savoir-faire propres aux espaces de soin, sur cette maturité acquise depuis plusieurs décennies, que je voudrais attirer l'attention ici : sur ces savoirs qui se déploient lorsqu'on a décidé de reprendre un cadre bâti existant, mais pour le faire exister autrement.

#1 Penser des manières d'habiter

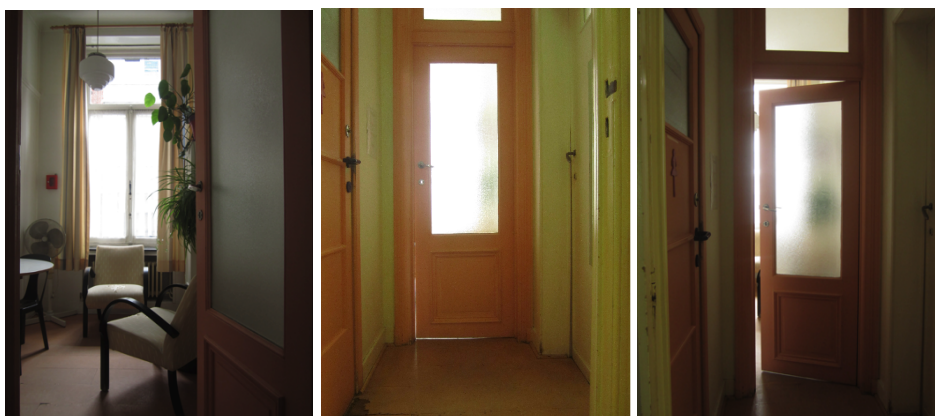
Une première dimension de ces savoir-faire semble se situer dans les manières d'habiter.

(1) Quel est le quotidien de ces lieux? Il y a d'abord la nature de ces espaces, où un noyau

¹ Chercheuse doctorante à la Faculté d'Architecture de l'Université Libre de Bruxelles, aspirante FNRS.
<http://sashalab.be/>

domestique a été maintenu et élargi. Ce sont des espaces de vie qui constituent au quotidien les scènes de rencontres informelles : au salon, sur la terrasse ou au jardin, dans la cage d'escalier ou sur le palier où l'on se croise, et le point chaud est bien souvent la cuisine qui tient une place centrale dans la vie du groupe. Autour de ces espaces de vie s'articulent bien souvent les locaux d'activités créatives ou corporelles, des bureaux d'entretiens plus ou moins formalisés, et un bureau commun réservé aux soignants – soit un ensemble d'espaces où pour une raison ou pour une autre il y a la possibilité de s'extraire de la communauté. Il s'agit donc avant tout de lieux où l'on fait toutes sortes de choses ensemble, cuisiner et partager un repas, participer à un jeu de société, parler, monter un projet, fabriquer des objets ou des œuvres, se détendre, etc. Les espaces semblent alors être ceux où des personnes peuvent se rencontrer autour de ces activités, mais aussi retrouver une place dans une communauté d'intérêts. Ce qui nous mène un pas plus loin dans la compréhension de ces espaces : non prédestinés à la psychiatrie, ils absorbent bien souvent *ce qu'on y fait* avant *ce qu'on voudrait en faire*. Et ces centres d'intérêt, qui s'amorcent parfois dans des actions à première vue anodines, s'édifient dans ce fonctionnement de reprise collective propre à ce dispositif institutionnel (réunions d'accueil et communautaires, groupes thématiques, interventions, etc. Ces dispositifs de soin sont largement inspirés, entre autres, de la psychothérapie institutionnelle). (2) Cela concerne un second point qui importe dans ces manières d'habiter, soit celui des aménagements par le choix de mobiliers, d'objets, de couleurs et de décorations qui ensemble sont signe d'accueil dans un « lieu vivant », car ils indiquent ce qui a été réalisé et vécu dans ce lieu. Ce sont des traces de ce qu'on y (a) fait, des traces que d'autres sont passés par là. Ce sont donc, aussi, des aménagements qui peuvent varier dans le temps selon le renouvellement des projets ou d'activités ; qu'une pièce apparaisse plus adéquate après avoir été essayée ; que l'on cherche un local pour une nouvelle activité ; ou simplement qu'un désir soit soutenu par plusieurs personnes de réaménager ou d'embellir un endroit. (3) Car il y a bien, et c'est un troisième point relatif à ce qu'on appellerait plutôt ici des « pratiques habitantes », des évolutions dans les usages du lieu, dans le sens très concret de « comment on utilise l'environnement matériel ».

Par exemple, des petits bureaux répartis à différents entre-étages de la maison sont destinés aux entretiens individuels entre un patient et un soignant, sans autre forme de hiérarchie. Il n'y a pas de système de rendez-vous, mais il y a un code à connaître : si le local est disponible, on laisse la porte ouverte, et si la porte est fermée, chacun sait qu'on ne peut pas déranger l'entretien en cours. Rien d'autre n'est indiqué par écrit ou par un symbole. Mais il arriva, sur une période de six mois, que les patients s'y rendent de plus en plus souvent par eux-mêmes, seuls ou à plusieurs, s'ils ressentaient le besoin de s'extraire de la communauté. Cela est progressivement devenu une habitude et pour pouvoir continuer à gérer à la fois la disponibilité de ces pièces et une attention minimale aux patients, ce code a été redéfini lors d'une assemblée communautaire : une porte entre-ouverte indique que la pièce est occupée, mais pas pour un entretien – et donc c'est une situation qui peut être interrompue.



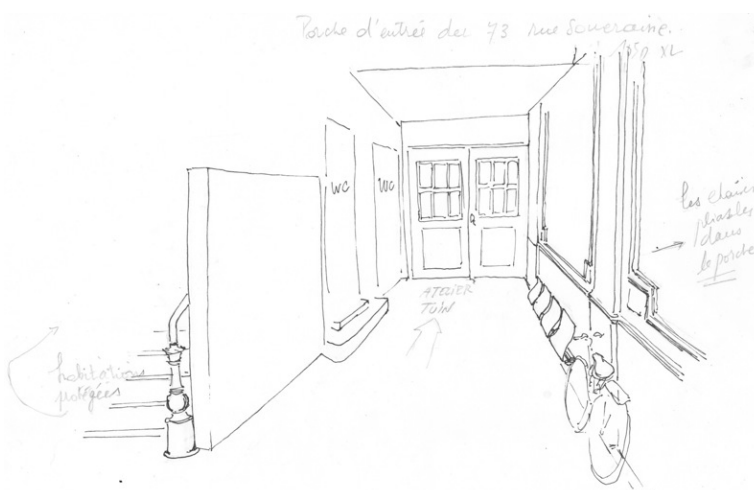
Cet exemple parmi d'autres montre que l'usage des lieux, même dans ses détails, peut être repensé à partir de gestes ou de conduites qui, ici par leur récurrence, ont attiré l'attention puis se sont infiltrés

dans le fonctionnement décisionnel alors qu'il s'agissait, au départ, d'actes spontanés non-verbalisés.

2 Savoir-faire des équipes techniques : quelles conditions de relais?

Quand on y prête attention, ces manières d'habiter sont intéressantes car elles sont en quelque sorte les sphères, au sein de l'institution, où peut être alimentée de manière collective une inventivité en matière d'espace. Mais elles ne suffisent pas, car si le bâtiment doit pouvoir être modifié en fonction de ces changements pratiques – quelle qu'en soit l'échelle, de la construction de mobilier sur mesure à celle de cloisons ou d'une extension – il faut que soient réunies les conditions de leur réalisation matérielle et technique. Cela revient à souligner l'importance du budget de « fonctionnement », mais aussi, et surtout, de la présence des équipes de techniciens dans l'institution. Souvent nommée sous le terme flou de la « maintenance », il y aurait là un second ensemble de savoir-faire, si on considère que le travail de ces techniciens a lui aussi ses spécificités propres. Ces équipes techniques soulèvent la question des conditions de relais envers elles. Leur présence *in situ* ne suffit pas à ce que les travaux soient en adéquation avec la pratique de soin. Les conditions de relais envers une équipe technique induisent un positionnement quant à sa place dans le cadre de vie, à ses rapports avec les réunions collectives, à ses connaissances et sa familiarité vis-à-vis des patients, des soignants, et des préoccupations de ceux-ci à propos du lieu de soin. En retour, la manière dont les techniciens sont reconnus et leurs savoir-faire discutés, bref que leurs apports prennent un sens partagé avec les équipes et les administrateurs semble être déterminante. Après avoir enquêté dans plusieurs institutions, cette place qui leur est accordée est d'ailleurs aussi visible dans l'aménagement des lieux, selon qu'ils se voient attribuer un local à l'écart, sombre ou au sous-sol, peu valorisant ou un bureau digne de ceux des autres travailleurs. Bien souvent, ces techniciens ont une ancienneté de plusieurs décennies et détiennent une « mémoire » du bâtiment dont ils connaissent très bien les modifications successives, les forces et les faiblesses, et les usages quotidiens. Certains trouvent des solutions inventives pour répondre aux demandes tout en prenant en considération des conceptions du soin qui tiennent à tenir à distance le caractère institutionnel des espaces. Il s'agit bien souvent de *maintenir* le cadre bâti, d'en préserver son identité, sans pour autant le *transformer* au point de le marquer comme lieu de prise en charge.

Dans cette cage d'escalier d'une institution néerlandophone, les techniciens ont choisi d'utiliser deux fois la même teinte avec une peinture lavable à hauteur d'usage, et non lavable plus haut, pour ne pas marquer le lieu d'origine avec les deux couleurs différentes que l'on retrouve dans nombre d'équipements collectifs. Quand on y passe, selon la lumière, la différence de couleur est à peine visible.



Ou ici, sous ce porche, où les patients venaient s'asseoir et laissaient souvent des chaises, les techniciens ont fixé des sièges pliables récupérés (à droite), pour permettre de s'asseoir sans que des chaises ne gênent le passage ni l'évacuation incendie.

Ces exemples sont de l'ordre du détail. Or ces équipes cherchent aussi des solutions à plus grande échelle. Dans la même institution, l'ajout d'un ascenseur, exigé par les normes hospitalières, a par exemple fait l'objet d'une commande d'un système sur mesure à une firme du port d'Anvers pour que la cage puisse rentrer dans le volume disponible de l'ancien bâtiment.

À partir de la pratique, comment parle-t-on du lieu de soin?

#1 Reconnaître l'inventivité locale

On pourrait collectionner les exemples épars des modifications qui permettent d'obtenir, au final, ces lieux hybrides, mais dont chaque espace a été investi – pensé et relayé, par ses occupants et les équipes techniques – pour être en adéquation avec des pratiques de soin renouvelées sans pour autant effacer le caractère originel non-psychiatrique de ces lieux. Cette collection prendrait une ampleur encyclopédique et, qui plus est, exigerait une entreprise gargantuesque pour y pointer des récurrences, si on se rappelle que ces savoir-faire, manières d'habiter et compétences techniques aiguisées, ont été le fruit de cultures locales, variant d'une institution à l'autre. Chaque équipe pourrait reconnaître quelles sont ses propres pratiques et compétences en termes d'espace selon les situations concrètes auxquelles elle a été confrontée, et d'après l'expérimentation qui a pu ou non y répondre. Un premier point sur lequel conclure serait alors de souligner ces singularités locales qui, du moins à Bruxelles, semblent constituer une richesse, en tant qu'ensemble de points de comparaison stimulants, plutôt qu'un manque de cohérence transversale.

Attirer l'attention sur ces savoir-faire pose par contre la question de leur reconnaissance et légitimité dans un cadre discursif. À l'époque des constructions asilaires et jusqu'au modèle de l'hôpital village, les espaces de soin étaient représentés par des plans accompagnés de textes explicatifs sur leurs vertus thérapeutiques, établis par les médecins et les architectes. Aujourd'hui, quand on regarde ces lieux conçus au fil de l'expérience des équipes soignantes, à quelle documentation a-t-on accès? Comment *représente-t-on* les espaces de soin, comment en *parle-t-on*? Les définir comme « outil thérapeutique » ne comporterait-il pas le risque de laisser croire que les bâtiments possèdent des vertus intrinsèques, capables d'influences directes sur les comportements de ses occupants? Plutôt qu'un déterminisme spatial, ne pourrait-on pas thématiser ces espaces par un autre bout, celui de l'expérience?

#2 Définir le lieu muni de son expérimentation

Les quelques exemples repris ci-dessus, tout comme ceux que chaque équipe pourrait reconnaître si elle regarde de quoi sont faits ses propres espaces, montrent aussi qu'il n'y a pas une opposition tranchée entre d'un côté la froideur et raideur de la technique et de la technologie (ici les bâtiments, leurs équipements), et de l'autre la chaleur du relationnel, de l'implication personnelle dans les rapports intersubjectifs nécessaires au soin. Il semble au contraire que ces deux pôles du matériel et du relationnel ne peuvent être pensés séparément, car ils se co-construisent au cours de la pratique². Ces exemples montrent plutôt qu'il s'agit de tenir les deux bouts ensemble, en se demandant *ce que peut tel objet ou tel espace dans une situation recherchée, par exemple celle de la rencontre, de la concentration sur une tâche, de la confiance ou encore de simplement s'extraire du groupe. En quoi un aménagement permet-il cette situation, ou peut-il être ajusté, même par une légère modification, pour mieux y correspondre?* Ce ne serait qu'après avoir approfondi cette expérimentation co-construite du matériel et du relationnel que l'on pourrait peut-être oser le terme d'« outil thérapeutique », à condition que son opérationnalité ne se fige pas en théorie immuable.

2 Sur la technique comme « médiateur inventif » dans la pratique soignante, voir « Diriger ou partager » dans Mol, Annemarie. *Ce Que Soigner Veut Dire. Repenser Le Libre Choix Du Patient*, Presses de l'école des Mines, 2009, pp. 89-115. Sur l'inadéquation entre la métaphore de la température et le soin expérimenté en pratique, voir Mol, Annemarie, Ingunn Moser, and Jeannette Pols, eds. "Care : Putting Practice into Theory." In *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, 1st ed., Transcript Verlag, 2010, pp 7–25 ; Jeannette Pols, « Caring devices » in *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*. Amsterdam University Press, 2012, pp. 25-44.

L' « outil thérapeutique » est à reprendre. Il est outil provisoire, toujours susceptible d'être bousculé par de nouvelles situations vécues. Car ces exemples montrent qu'il s'agit, en termes d'espace, de penser bien au-delà des objectifs de soin et de guérison. Les cantonner dans le spectre du thérapeutique serait réducteur quant à ce qu'ils sont et pourraient devenir.

Ces *savoir-faire* mènent avant tout à voir les lieux de soins psychiatriques en tant qu'« espaces d'accueil », dans le double sens qu'ils aient été pensés pour être accueillant, familiers, et qu'ils puissent accueillir des changements selon ce qu'on y fait. Parler d'espaces d'accueil est aussi une façon de soutenir une ouverture de la psychiatrie, non pas seulement dans le sens physique de l'implantation et de la conception de ses bâtiments, mais aussi d'une ouverture par la place qu'elle laisse à l'expérimentation d'une éthique. Ces espaces semblent induire une *proposition de prise en compte* tout autant qu'une *prise en charge*, et en cela ils peuvent être lus comme une formule de politesse envers les personnes accueillies. Il ne s'agit pas d'utopie, de rêve, d'imaginaire, mais bien de refonder la fabrication d'idéaux dans les critiques et les désirs d'amélioration qui émergent au cours de l'expérimentation pratique dans une communauté de soin³.

#3 Représenter ces savoir-faire

Après avoir prêté attention au lieu tel qu'il a été investi dans une dynamique d'inventivité collective et locale, on pourrait se demander comment *rendre compte* de ces savoir-faire. Cela devient alors une question de traduction : comment s'équipe-t-on pour représenter l'espace? Décrire en tenant compte des détails, nuancer les situations, dessiner des cartes, photographier, filmer dans des lieux existants, etc. Ces moyens sont certes à essayer, mais ne mériteraient-ils pas d'être explorés? En mettant l'accent sur le « vivre ensemble » plutôt que sur le soin, c'était par exemple ce qu'avait tenté Fernand Deligny et ses coéquipiers lorsqu'ils traçaient des cartes des « agir » et des « faire » des enfants autistes et des adultes, afin de trouver un vécu commun dans l'espace⁴. Ils avaient alors développé une véritable pensée de l'espace en se donnant les moyens de rendre visible ce qui l'alimentait au quotidien.

4 Valoriser les lieux et les savoir-faire pour mieux les défendre

Théoriser l'espace en psychiatrie reviendrait alors à éviter toute logique généralisable et à faire le choix de la transmission d'expériences situées qui pourraient en nourrir d'autres. Ce serait aussi faire le choix d'être mieux équipé pour défendre les possibilités de ces savoir-faire dans un programme ou face à des interlocuteurs qui, pris dans d'autres enjeux, peuvent être éloignés de ces pratiques de terrain (administrateurs, architectes).

Il est ressorti des interventions et des échanges lors de ces 29e Rencontres que les décisions reviennent aujourd'hui à l'administration, et le problème tiendrait à ce que les équipes soient en position de réclamation, donc d'asymétrie, à propos de leur lieu de soin. Il semble que ce qui qualifie ces espaces ne soulève l'attention qu'au moment où ils posent problème. Ce ne serait que lorsque certaines caractéristiques du lieu se révèlent en inadéquation avec la pratique, ou quand

3 Ainsi souligne Josep Rafanell i Orra « Il n'y a rien d'exemplaire, il y a juste à donner asile à l'ordinaire. Restaurer l'hospitalité dans les lieux de l'assistance. » (p. 138) – en revenant sur l'expérience de fabrication d'un objet-film, à la place d'un groupe de parole, où « La parole psy doit se confondre avec les autres, elle doit disparaître, elle ne garantit que sa propre disparition dans le dispositif de rassemblement des voix ; scissions du temps, espace devenant pendant un temps habitable, un lieu, surtout pour des passages. » (p. 137-138). Ici l'objet-lieu, en ce qu'il absorbe ce que les personnes accueillies y apportent, y investissent avec les soignants, peut lui aussi jouer un rôle, non pas d'exemple, mais de restauration d'hospitalité pour une communauté. Rafanell i Orra, Josep, *En finir avec le capitalisme thérapeutique. Soins, politique et communauté*. Paris: les Empêcheurs de penser en rond-la Découverte, 2011.

4 Voir par exemple le texte explicite sur cette démarche de recherche sur l'espace : « Groupe de recherche sur le milieu proche » dans *Recherches Cahiers de la Fgeri n°18*, 1968, réédité dans Deligny, Fernand. *Oeuvres*. Edited by Sandra Álvarez de Toledo. Paris : l'Arachnéen, 2007, pp. 659-65. Ainsi que l'impression des cartes dans Deligny, Fernand, Bertrand Ogilvie, Sandra Alvarez de Toledo, and Thierry Boccon-Gibod. *Cartes et Lignes D'erre : Traces Du Réseau de Fernand Deligny, 1969-1979*. Arachnéen. Paris, 2013.

celui-ci doit être déménagé sur un site hospitalier pour des raisons de gestion et de logistique, que des questions d'espace prendraient de l'importance, et ce sur un mode de dénonciation.

Il est tout à fait compréhensible que, de manière générale, les espaces ne soient pas la première préoccupation des soignants, en prise avec d'autres sollicitations dans l'accompagnement quotidien des personnes dont ils s'occupent. Cependant les lieux dans lesquels on soigne, tels qu'ils peuvent être réinventés selon ce qu'on y a fait (comme je l'ai montré plus haut à l'aide de quelques extraits d'exemples belges), tels qu'ils prennent part aux conditions mêmes de cet accompagnement, paraissent doublement vulnérables. Vulnérables d'abord lorsqu'il s'agit de lieux initialement non-psychiatriques, qui se présentent comme des espaces d'accueil non *conçus pour* le soin, et justement pour cette raison-là : parce qu'ils pourraient avoir l'air de ne pas avoir été pensés comme tels, ou de ne pas avoir été pensés du tout, alors qu'ils visent à garder une apparence ordinaire et non marquée d'une spécificité. Vulnérables ensuite, quel que soit le site originel, parce que les savoir-faire des équipes soignantes et techniques, lorsqu'ils sont investis en pratique, ne sont bien souvent ni thématiques, ni valorisés positivement avant le moment où ils sont menacés par des décideurs qui n'ont pas eu connaissance de ces savoir-faire plus tôt⁵.

Il ne suffit bien sûr pas de constater ces vulnérabilités pour les résoudre, mais je ne vois pas comment conclure autrement qu'en soutenant que cela ferait peut-être une différence de représenter ces espaces pour ce qu'ils *sont* et pour ce qu'ils *valent* sur base de l'expérience acquise et cela bien avant qu'ils ne soient remis en cause par des instances supérieures (administration hospitalière ou publique). Tant que les structures de soins psychiatriques dépendront d'institutions, hospitalières ou non, il semble difficile de croire que, du moins dans un avenir proche, elles pourraient se défaire d'une asymétrie propre aux procédures décisionnelles hiérarchisées. Par contre, ne pourrait-on pas se dire qu'il est encore possible de faire jouer cette asymétrie, ici pour les décisions en matière d'espace, en documentant en amont les qualités auxquelles les équipes tiennent? Reconnaître les valeurs d'un lieu, donner de l'importance aux savoir-faire auxquels elles sont liées, et continuer à les défendre comme un patrimoine acquis au fil de l'expérience ; ne serait-ce pas une position qui rendrait plus difficile leur remise en cause par des instances supérieures et extérieures, et par là réajusterait, dans une moindre mesure, l'asymétrie lestée par une position de réclamation qui ne se manifeste que lorsqu'une difficulté se pose?

La psychothérapie institutionnelle, depuis son origine, cherche à fournir des points d'ancrage à l'inventivité du soin. Ceux-ci mériteraient d'être prolongés, et dans le lieu de son exercice, et dans les représentations valorisantes dont ce lieu pourrait être l'objet. Il y a là un enjeu de connaissance qui, il me semble, pourrait constituer un échafaud *pour* ces lieux et *contre* les risques de leur disparition. Cet enjeu suppose aussi le pari selon lequel l'empirisme et le pragmatisme peuvent devenir une force, si on y prend appui, dans les savoir-faire pratiques et leurs mises en représentation.

5 Je pense par exemple aux rapports d'activités annuels, où les espaces et leurs valorisations selon les conceptions du soin, les dynamiques relationnelles et innovantes sont rarement décrits.