

L'hôpital comme espace et comme territoire

Pr FRIEDRICH STIEFEL^a, Drs RÉGIS MARION-VEYRON^{a,b} et JÉRÔME ENGLEBERT^{a,c,*}

Rev Med Suisse 2018; 14: 324-6

L'espace, sur le plan individuel et collectif, peut devenir une source d'affectation d'ordre existentiel, particulièrement lors d'une modification du vécu par la maladie. Le fait que l'hôpital soit aussi un lieu de territorialisation peut potentialiser cette affectation, avec des conséquences parfois surprenantes. Nous essaierons – à l'aide d'une réflexion sur le rapport des patients et soignants au territoire hospitalier – d'identifier quelques enjeux psychiques et existentiels que représente l'espace comme construction sociale.

The hospital as space and as territory

Space is lived individually and collectively and can become a source of existential affectation, especially when the lived experience is modified by disease. The fact that the hospital is also a place of territorialisation can potentiate this affectation, with at times surprising consequences. We aim – based on a reflection about the relationship patients and clinicians establish with the territory of the hospital- to identify some psychological and existential issues at stake with regard to space as a social construction.

« Une psychanalyse doit être de dimensions géométriques avant d'être d'anecdotes historiques » Deleuze, 1969, p. 113.

INTRODUCTION

L'espace n'est pas seulement donné, il est vécu sur le plan individuel et collectif. Dans un hôpital, il est de surcroît pensé, planifié, organisé et pratiqué, ce qui fait de lui une construction sociale.^{1,2} On peut alors parler d'un territoire, un espace limité et subordonné à une autorité, plus précisément encore: un lieu où s'exerce un pouvoir et où diverses formes de dominance (des idées, de manières d'être, d'occupation ou d'usage) peuvent se manifester.³

ESPACE ET MALADIE

Dès le début de la vie, l'homme est immergé dans la spatialité de son être par la découverte de son corps,⁴ puis par le jeu et

la maîtrise grandissante de l'espace, ou encore les plaisirs du sport ou de la danse.⁵ Nous percevons l'espace par nos sens, ce qui nous aide à nous représenter notre environnement, à agir en son sein et à s'y exprimer.⁶ Enfin, l'espace est source d'affectation et d'expérience émotionnelle^{7,8} et esthétique;⁹ il est donc porteur de valeurs (agréable ou désagréable, sublime ou oppressant, etc.).

La maladie peut modifier nos rapports avec l'espace, comme l'illustre la vignette clinique ci-après.

Vignette clinique

Suite à un traitement pour un mélanome de l'œil droit par chirurgie et radiothérapie, un homme âgé d'une quarantaine d'années souffre d'une hémianopsie latérale droite (perte de vue sectorisée) et d'une sécheresse oculaire avec des démangeaisons. L'œil, ouverture au monde et source d'expériences visuelles, devient tout à coup le centre d'attention, il est lui-même regardé et touché. La marche, plaisir pour ce randonneur passionné, devient – à cause d'une perte partielle de la faculté représentationnelle de la profondeur, surtout dans la descente – une épreuve et il doit apprendre à supporter des moments de surprise, voire la peur de tomber. Ce qui se situe « à sa droite », ce champ sans vision, devient comme ce qui est « derrière » et invisible, et notre patient se heurte non seulement à des passants, mais il se sent aussi obligé de se positionner de manière à ce que son côté droit soit sécurisé, par exemple en attendant le bus posé contre le bord de l'aubette. Lui, qui s'angoissait souvent à la tombée de la nuit, fuit maintenant la lumière qui le gêne. Menacé dans ses capacités d'action, il évite le marché, parcourt rigidement les mêmes directions pour faire ses courses et se réfugie dorénavant dans son appartement, lunettes de soleil sur le nez, écouteurs sur les oreilles. Son monde s'est rétréci, son « être spatial » est affecté.

Les maladies physiques, comme les troubles psychiatriques, peuvent modifier l'expérience de l'espace et donc bouleverser une vie. L'agoraphobie et la claustrophobie mettent en jeu la spatialité de manière immédiate,¹⁰ mais on peut penser également à la dissolution de la frontière entre l'interne et l'externe ou entre le moi et autrui dans les psychoses,¹¹ au sentiment de quitter son corps dans la dépersonnalisation, au sentiment d'expérimenter la force de la gravité chez un patient dépressif, ou enfin à la « sur-occupation » de l'espace par un patient maniaque qui se déchaîne.

^aService de psychiatrie de liaison, CHUV, Av. de Beaumont 23, 1011 Lausanne,

^bPMU, 1011 Lausanne, ^cDépartement de psychologie, Université de Liège, Place des Orateurs 2, 4000 Liège, Belgique
frederic.stiefel@chuv.ch

* Le Dr Jérôme Englebert a été Professeur invité au Service de psychiatrie de liaison en février et mars 2017; cet article se base sur les discussions menées ensemble durant cette période.

DE L'ESPACE AU TERRITOIRE

L'hôpital est certes un espace construit, orienté par ses fonctionnalités diverses, mais il est tout d'abord un lieu partagé: entre patients, soignants, personnel, visiteurs, commerçants, etc. A l'opposé d'un «container» passif, il peut se lire comme un endroit de territorialisation, où peuvent se manifester des rapports de pouvoir.

La notion de territoire renvoie également à l'éthologie, l'étude des comportements animaux et humains dans le milieu (naturel ou artificiel). L'animal qui se situe sur «son» territoire peut par exemple être respecté, même par des congénères plus forts; une fois passé la limite de celui-ci, il devient plus peureux, méfiant et renvoie une apparence de faiblesse aux autres animaux. On relèvera d'ailleurs une subtile analogie entre ces deux types de comportements et les pôles maniaque et dépressif de la personne bipolaire. Le maniaque serait «partout chez lui», le dépressif «importun en tout lieu». ¹² Dans la clinique, le médecin qui fait des visites à domicile connaît la différence quant au déroulement de la consultation par rapport à une séance classique dans son cabinet (son territoire).

Les manifestations de territorialisation à l'hôpital sont omniprésentes. La prise de possession de l'espace, la logique de répartition du territoire et sa ségrégation la plus frappante s'observent entre soignants et patients: ils ne mangent pas aux mêmes endroits, ils ne se réunissent pas dans les mêmes lieux, ils n'utilisent pas les mêmes toilettes (l'analogie avec le monde animal et sa logique territoriale est en l'occurrence particulièrement prégnante). Il y a bien sûr quantité de «bonnes raisons» à cela, mais que dire à une patiente (ayant subi des abus dans son enfance) qui observe que certains cliniciens ne frappent jamais à la porte avant d'entrer dans sa chambre? Ou encore, que penser de ce médecin qui répond à l'infirmière qui relate le souhait d'un patient de retrouver la même chambre que lors d'une précédente hospitalisation, alors actuellement libre: «certainement pas, il pourrait s'habituer et puis, ici, c'est nous qui décidons»?

Vignette clinique

Prenons le cas de Jean-Louis, âgé de septante-six ans, qui est hospitalisé, pour la première fois de sa vie, en raison de difficultés respiratoires. Ancien mineur et homme casanier, il n'aspire qu'à une chose, retrouver sa maison auprès de son épouse. Après quatre jours de traitement, l'équipe médicale lui annonce le soir qu'il pourra repartir le lendemain, dès que le médecin lui aura signé son «autorisation de sortie». Le lendemain, dès l'aube, Jean-Louis est prêt à regagner ses terres. Son petit-fils vient le chercher. Commence l'attente du document de sortie. Au bout de plusieurs heures, Jean-Louis et son petit-fils finissent enfin par entrevoir un jeune médecin, occupé à son ordinateur, à qui ils expriment leur impatience. Porté par une agressivité qui laisse transpirer un probable sentiment d'une nécessité de manifester son autorité (s'affirmer comme le chef du territoire), ce jeune médecin répond que Jean-Louis sortira quand il l'aura décidé et qu'il n'a pas le temps

pour l'instant de se pencher sur son dossier. Quand le vieil homme et son petit-fils se décident pourtant à quitter le service, on les rattrape pour leur donner l'«autorisation» dûment signée.

La familiarité avec ce territoire qu'est l'hôpital se trouve surtout du côté des soignants. Pour les patients, l'hôpital peut être (ou devenir) un lieu surprenant, angoissant ou contraignant, voire déstabilisant, comme en témoignent les états confusionnels induits chez les sujets âgés par la simple perte de repères spatiaux familiers. Mais la territorialisation ne se joue pas seulement entre patients et soignants, elle se joue entre les patients eux-mêmes, comme en témoigne le manque d'intimité, et entre les différents corps professionnels: qui entre d'abord dans la chambre lors d'une visite? Qui a la priorité? A quelle place s'assied chacun lors d'une réunion interprofessionnelle? Qui a le plus grand bureau? Qui travaille dans les souterrains de l'hôpital pour y réparer le matériel? Et où se trouve la morgue?

ESPACES NON TERRITORIALISÉS OU ESPACE RETROUVÉ

Fort heureusement, il y a aussi des espaces hospitaliers non territorialisés, comme le hall d'entrée où des rencontres inattendues arrivent et se déroulent de manière fort différente. Une patiente raconte sa rencontre, devant le kiosque à journaux, avec le médecin assistant en charge de ses soins absorbé par des journaux: «tous les deux un peu surpris d'abord, nous avons commenté les journaux, puis il m'a raconté qu'il aime faire de la voile, cela m'a fait énormément plaisir, c'était un moment très spécial». La possibilité d'espaces non territorialisés fut aussi la demande de Jean Oury, directeur de la clinique psychiatrique de la Borde, qui voulait que «ça circule». ¹³ Il était persuadé que les patients, tout particulièrement ceux qui étaient atteints de psychose chronique, avaient besoin de pouvoir circuler, et, par exemple, de pouvoir accéder à la cuisine ou à d'autres endroits normalement réservés aux «professionnels». Cette libre circulation permet non seulement des rencontres fortuites selon Oury («il faudrait programmer le hasard» va-t-il jusqu'à suggérer), mais contribue également à la libre circulation des (nouvelles) idées. Oury observait un puissant effet thérapeutique de cette libre circulation pour des patients exclus de longue date de la société.

L'hôpital est aussi un lieu de déterritorialisation et reterritorialisation, dont les effets se font sentir, parfois de manière surprenante. Comme le relatent les soignants d'une équipe oncologique en déménagement: les patients demandent certes vers où ils vont, mais une question fréquente est aussi «que vont devenir ces anciens locaux?». Finalement, un exemple de reterritorialisation d'un espace hospitalier pour les patients est le dit «Espace Patients Proches» (EPP) du CHUV, un endroit pour exprimer leur vécu, voire leurs doléances concernant leur trajectoire de soins. ¹⁴ Pensé comme lieu de médiation, l'EPP provoque des réactions positives, mais aussi critiques de la part des médecins, comme en témoigne la réaction d'un médecin qui illustre que cet espace créé peut être vécu comme territoire hostile: «Le fait de me

faire venir dans un endroit non familial montre la visée de cette démarche, me déstabiliser...».¹⁵

AUTRES MISES EN JEU ET ENJEUX DE L'ESPACE HOSPITALIER

Alors que l'espace hospitalier peut être anxiogène, il existe aussi des pathologies comme le syndrome de Münchhausen, où les patients recherchent justement ce que l'écrasante majorité essaye d'éviter: la quête d'une hospitalisation prenant la forme d'une addiction. La valeur symbolique que représente l'espace hospitalier, que nous avons déjà entendu être comparé à un utérus, peut se manifester aussi dans son aspect de refuge, mais également se révéler poreux à des infractions menaçantes, comme en témoigne la vignette ci-dessous.

Vignette clinique

Mme I. consulte depuis de nombreuses années pour un trouble psychiatrique, avec au premier plan la conviction qu'elle sera enlevée dès qu'elle sort de chez elle. Ce vécu très angoissant s'inscrit dans une histoire traumatique à répétition. Lorsqu'elle arrive dans l'hôpital qu'elle connaît depuis plusieurs années, elle se trompe souvent d'étage, désorientée comme souvent lorsqu'elle sort de chez elle, puis elle se cache dans les coins d'un long couloir en attendant que son thérapeute vienne la chercher. A une occasion, l'atterrissage d'un hélicoptère à proximité du bâtiment la terrorisera au point qu'elle se réfugiera dans les toilettes pour n'en ressortir que bien plus tard.

Lorsqu'un jour son thérapeute lui propose de venir à sa rencontre, à l'entrée du bâtiment, et qu'il lui demande si la longueur du couloir et les similitudes des différents étages ne perturbent pas son sens de l'orientation déjà fragilisé, elle se remémore subitement son enfance. Elle et son frère vivaient dans une situation très modeste, avec des parents très souvent absents. Il lui fallait parcourir un long couloir pour aller se laver dans une baignoire d'eau froide, glaciale en hiver. Depuis, prendre une douche, le contact de l'eau, lui procure toujours un sentiment désagréable. Dans les mois qui suivront cette remémoration, cette «association d'espaces dans le temps» permettra de mettre à jour d'autres aspects inexplorés de sa souffrance d'enfant.

Nous constatons à travers ce cas que l'un des enjeux de l'espace est de permettre l'émergence du temps, de l'histoire que les patients ont à nous raconter à propos d'eux-mêmes.

ESPACE ET TEMPS

Selon Rosa,¹⁶ l'espace a perdu par rapport au temps dans une société caractérisée par une accélération sociale. L'espace semble se rétrécir, l'homme ne reste pas seulement moins longtemps au même endroit, il peut traverser l'espace à une vitesse inimaginable il y a cent ans et se trouver à d'autres endroits, pour les quitter aussitôt. Cependant, l'espace semble aussi «gagner du terrain». En effet, cette redistribution sociétale des cartes spatiales et temporelles a pour incidence de créer un temps de l'instantanéité et de l'immédiateté,¹⁷ mais également un espace inédit, celui de l'ubiquité.¹⁸

CONCLUSION

L'un (le soigné) comme l'autre (le soignant) ont tout à gagner dans cette considération des processus de territorialisation qui sont au cœur de la condition d'homme. Une organisation hospitalière qui prend la question de l'espace au sérieux permet aux multiples entités qui l'«habitent» et la territorialisent un meilleur épanouissement et tend à construire un meilleur équilibre, tant individuel et existentiel que collectif et social.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un hôpital a beau être le plus fonctionnel possible, les personnes (soignants, patients, administrateurs) l'habitent chacune à leur manière
- L'espace qu'offre l'hôpital est dédié aux soins mais il peut être l'enjeu de pouvoir entre ses occupants, phénomène qui nécessite une attention de la part de tous
- La vulnérabilité du patient peut le rendre particulièrement sensible à ces enjeux, que ce soit sous la forme d'une opposition ou d'une soumission excessives

1 Saidi T, de Villiers K, Douglas TS. The sociology of space as a catalyst for innovation in the health sector. *Soc Sci Med* 2017;180:36-44.

2 Breviglieri M. L'espace habité que réclame l'assurance intime de pouvoir: un essai d'approfondissement sociologique de l'anthropologie capacitaire de Paul Ricœur. *Etudes Ricœuriennes/Ricœur Studies*, 2012;3:34-52.

3 Larousse: www.larousse.fr

4 Rochat P. *The Infant's world*. Cambridge: Harvard University Press, 2001.

5 Sheets-Johnstone M. *The primacy of movement*. 2nd ed. Amsterdam: John

Benjamins Publishing, 2011.

6 Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945.

7 * Wykretowicz H, Saraga M, Bourquin C, Stiefel F. Pluralité des corps: 2. Le corps vécu. *RMS* 2015;11:389-93.

8 ** Englebert J. *Psychopathologie de l'homme en situation*. Paris: Hermann, 2013.

9 Bachelard G. *La poétique de l'espace*. Paris: PUF, 2004 (1957).

10 Jacobson K. Agoraphobia and hypochondria as disorders of dwelling. *Int Stud Philos* 2004;36:31-44.

11 Englebert J, Valentiny C. Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité:

Essai de psychopathologie phénoménologique en première personne. Bruxelles: De Boeck, 2017.

12 Demaret A. *Ethologie et psychiatrie*. Bruxelles: Mardaga, 2014.

13 Oury J. *Le collectif*. Nîmes: Champ social éditions, 2005.

14 * Schaad B, Bourquin C, Bornet F, et al. Dissatisfaction of hospital patients, their relatives and friends: analysis of accounts collected in a complaints center. *Pat Educ Couns* 2015; 98:771-6.

15 Schaad B, Bourquin C, Panese F, Stiefel F. What was hardest for the patient to endure was me: how do physicians experience complaints from hospital

users? *Pat Educ Couns* (submitted); epub ahead of print.

16 Rosa H. *Accélération: une critique sociale du temps*. Paris: La Découverte, 2010.

17 Kimura, B. *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*. Paris: PUF, 1992.

18 Englebert J. *Ubiquité et situation: pour une considération topologique de la limite*. Le Cercle Herméneutique 2017;28:71-5.

* à lire

** à lire absolument