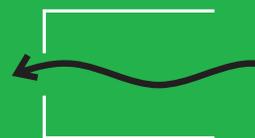
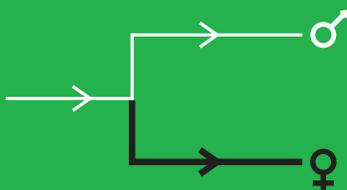
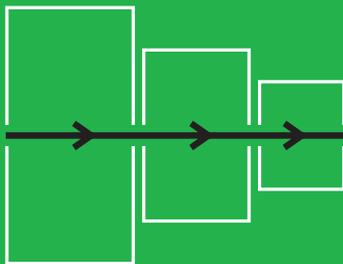
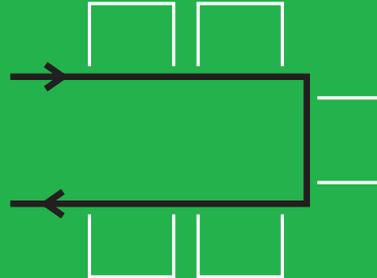
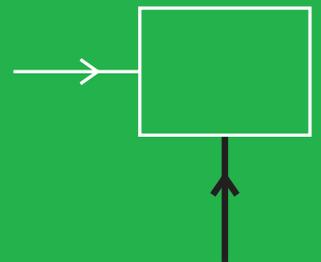


Design social et enquête collective

Metrolab Logbook

Louise Carlier
Mathieu Berger
(eds.)



Metrolab series

Design social et enquête collective

Les espaces d'accueil et de soin

Metrolab Logbook

**Louise Carlier
Mathieu Berger
(eds.)**

Introduction	5
Croiser les démarches sociologique et architecturale, au nom de l'hospitalité des espaces d'accueil — M. Berger & L. Carlier	
<u>Partie I: Codesign & espaces de soin</u>	
Repenser ensemble les espaces de santé — M. Ranzato & M. Vignes	15
Concevoir le paysage thérapeutique d'un centre socio-sanitaire intégré. Agencement, ambiances des locaux et circulations — M. Vignes	33
<u>Partie II: Enquête collective & espaces d'hospitalité</u>	
Avant-propos	57
Espaces d'hospitalité dans le Quartier Nord — L. Carlier & A. Printz	61
Moving out/Fitting in: Penser ensemble le déplacement du Hub Humanitaire — M. Lemaître d'Auchamp & M. Ranzato	73
Bruxelles-Nord: les politiques de la ville au défi de l'hospitalité — M. Berger	85
Conclusion	93
La contribution des enquêtes socio-spatiales aux enjeux d'inclusion — M. Berger & L. Carlier	
Colophon	104

Introduction

Croiser les démarches sociologique et architecturale, au nom de l'hospitalité des espaces d'accueil

Mathieu Berger & Louise Carlier

Ce logbook présente deux expériences de recherche appliquée menées au croisement de deux disciplines : la sociologie et l'architecture/l'urbanisme. Ces deux expériences ont pris place dans le cadre du Metrolab, qui a comme mission d'accompagner la mise en place de différents projets urbains par une recherche urbaine interdisciplinaire et appliquée. En tant que tel, il constitue un laboratoire où se pose notamment la question du rôle des sciences sociales en urbanisme et en architecture ; et la façon dont ces disciplines peuvent elles-mêmes s'ouvrir aux savoirs et aux pratiques d'enquête sociologiques. Car si l'architecture et l'urbanisme sont nécessairement engagées dans la conception et la réalisation de projets urbains, il n'en est pas de même pour la sociologie, dont les contributions sont généralement plus marginales.

Sociologie et design urbain

La sociologie laisse souvent l'espace aux géographes, aux architectes et aux urbanistes (Gieryn, 2002 ; Low, 2015). L'espace est pourtant habité d'une multitude d'entités et de processus sociaux – qu'il s'agisse des habitants et usagers, des interactions, des institutions, du pouvoir, des significations, des pratiques... L'espace est souvent comme une dimension très secondaire dans la recherche sociologique. Une exception notoire semble être les travaux pionniers de l'École de sociologie de Chicago qui, dans les années 1920, décrivit et expliqua l'évolution des rapports sociaux en les étudiant en contexte urbain et en les rapportant aux configurations spatiales mouvantes qu'ils formaient dans la grande ville. Mais même dans ce cas, l'espace ne fut jamais réellement

pour Robert Park et ses collègues l'espace matériel, bâti, architecturé, mais directement un espace social. Il est frappant de remarquer à ce sujet que, bien qu'à la même époque et dans la même université se développait une École de Chicago en architecture, les collaborations interdisciplinaires entre les deux « Écoles » furent inexistantes. Il fallut attendre les années 1970 pour constater un regain d'intérêt pour l'espace en sciences humaines et sociales. Différents auteurs, dans le sillage d'Henri Lefebvre ou Michel Foucault, se sont alors attachés à montrer le rôle fondamental de l'espace dans la vie sociale et les processus sociaux – dans la matérialisation des différences et des hiérarchies (ségrégations raciales, rapports de classe, etc.), dans l'exercice concret des rapports de pouvoir, dans les modalités d'interactions (en modelant les possibilités de coprésence, de diversité d'usages, etc.), dans l'ancrage de normes et de valeurs, etc.

Malgré cet intérêt plus affirmé pour l'espace, que ce soit dans la théorie ou l'empirie, en sciences sociales, peu de sociologues se sont engagés dans une *pratique spatiale*, dans un travail de *design* les amenant à communiquer et collaborer avec les architectes et les urbanistes. Quelques-uns s'y sont essayés. On pense, pour citer quelques exemples, à William H. Whyte (1980), au *Street Life Project* et au *Project for Public Spaces* qui émergèrent de ses collaborations avec la commission de planification de la ville de New York dès 1969 ; à Isaac Joseph (1994), qui fut notamment sollicité dans le cadre du réaménagement de la Gare du Nord à Paris ; ou encore à Harvey Molotch, de la New York University qui, plus récemment, démontra la capacité de proposition des sociologues pour le *design* d'objets, de mobiliers ou d'équipements urbains ordinaires, comme des toilettes publiques (2010), ou d'architectures sûres, *safe*, sans être sécuritaires (2012). Nous pourrions mentionner quelques autres noms, mais quoi qu'il en soit, les engagements sociologiques orientés vers des enjeux pratiques et aboutissant (ou participant) à un *design* font figure d'exceptions¹.

Pourtant, le *tournant spatial* amorcé dans les sciences sociales ces dernières décennies opère dans un contexte où l'architecture elle-même est appelée à prendre en compte les pratiques et les attentes des usagers et des habitants, que l'urbanisme moderniste, alors vivement critiqué, avait jusque-là méprisées. Les ouvrages de Jane Jacobs (1992 [1961]), et dans une autre veine d'Henri Lefebvre (2009 [1968]), invitent à cette période les architectes et les urbanistes à revoir leurs pratiques, afin de tenir compte de la dimension sociale des espaces – des usages, besoins et attentes des citoyens. Depuis, différentes méthodes de participation ont été développées dans cette optique par les concepteurs d'espaces, méthodes qui se situent à mi-chemin entre les savoirs et savoir-faire des architectes, d'un côté, et les connaissances et démarches des sciences sociales, de l'autre. Ainsi en est-il du *design social*, qui s'est développé à la suite de l'ouvrage de V. Papanek, *Design for the Real World* publié en 1972, afin de rencontrer différents besoins sociaux, et d'améliorer les conditions de

¹ Des exceptions d'ailleurs pas toujours considérées comme légitimes au sein de la communauté des sciences sociales (pour beaucoup, la sociologie de la ville se doit d'être critique et déconstructive, se perd lorsqu'elle se fait propositive, re-constructive, car elle devient alors instrumentale, c'est-à-dire utile – quelle horreur!) et plus particulièrement dans le contexte institutionnel des facultés de sciences sociales (où le fait d'avoir une « pratique » en marge de ses cours et recherches n'est pas valorisé et peut même intervenir négativement dans la réputation et la carrière académiques, ce malgré l'invitation paradoxale à « s'engager dans la Cité » que les universités adressent par ailleurs à leurs cadres).

vie de publics vulnérables ou marginalisés (malades, sans-abris, personnes âgées, etc.). Le *design social* suppose une démarche interdisciplinaire où se croisent les méthodes d'entretiens, d'observation, d'analyse de données, afin de prendre en compte les besoins de ces publics ainsi que leur environnement dans les pratiques de conception. Ces dernières correspondent à des pratiques de codesign, fondées sur la participation des publics usagers. Les figures de l'enquêteur et du *designer* se rejoignent (Abrassart *et al.*, 2015) dans le cadre de ces processus de recherche collaboratifs et visant l'intervention sociale.

Si la contribution de la sociologie à l'urbanisme a longtemps été marginale, il n'en reste pas moins que des collaborations peuvent donc être observées, et ce depuis la constitution des disciplines – une histoire du dialogue entre la sociologie et l'architecture ou l'urbanisme est encore à écrire à ce propos². Ce dialogue trouve aujourd'hui une place centrale dans de nouveaux dispositifs promouvant les pratiques de recherche interdisciplinaires, tels les *urban living labs* (Béjean, 2020). Ces laboratoires partagent différentes caractéristiques : ils sont ancrés géographiquement dans des espaces urbains spécifiques ; ils présentent une fonction d'apprentissage explicite ; ils impliquent l'engagement des usagers et des modes alternatifs de gouvernance des projets urbains ; ils supposent une recherche transdisciplinaire, collaborative et appliquée (Karvonen & van Heur, 2014 ; Bulkeley *et al.*, 2019). Le Metrolab, qui en reprend d'ailleurs la sémantique dans sa dénomination même, s'inscrit dans ces nouvelles formes de recherche avec lesquelles il partage ces caractéristiques. Il se présente comme un lieu où un tel dialogue entre disciplines de la recherche urbaine a pu se développer, avec un souci particulier, d'inspiration pragmatiste, pour l'ancrage écologique des projets urbains, et les conséquences pratiques des enquêtes développées (Berger, 2020 ; Berger & Carlier, 2021).

Une exploration interdisciplinaire des projets urbains autour des enjeux d'inclusion

Le Metrolab, qui rassemble architectes, urbanistes, géographes et sociologues, se présente comme un lieu où des pratiques de recherche visant à tenir compte des enjeux socio-architecturaux et socio-urbanistiques de différents projets et espaces urbains ont été expérimentées, à travers des collaborations interdisciplinaires. Ce *logbook* revient sur deux d'entre elles, qui dérivent chacune du cycle de travail sur l'inclusion urbaine, un axe sur lequel les travaux du laboratoire se sont centrés durant ses trois premières années d'existence, depuis ses débuts en janvier 2016 et jusqu'à la parution de l'ouvrage *Designing Urban Inclusion* en novembre 2018. Ces deux expériences méritent d'être resituées dans l'histoire courte du laboratoire, pour comprendre comment elles s'articulent l'une à l'autre et s'inscrivent dans une démarche similaire.

² Voir à ce propos le dossier « Penser les rencontres entre architecture et sciences humaines », coordonné par Pauline Lefebvre et Typhaine Moogin, publié dans la revue *Clara* en 2015 ; ainsi que la thèse de Sarah Van Hollebeke, *Professionnels du discours et spécialistes de l'image dans le projet urbain. Enquête à Bruxelles sur une asymétrie des collaborations entre experts de la ville* (2021), qui revient sur le rapport entre sciences humaines et urbanisme.

Le cycle de travail dédié à la question de *l'inclusion urbaine* a été ponctué par une conférence et une MasterClass internationales début 2017 dont les résultats donnèrent lieu à une publication (Berger, Moritz, Carlier & Ranzato, 2018), et s'est ensuite prolongé dans différentes recherches et séminaires. Il a d'emblée été l'occasion de développer des pratiques d'enquête au croisement des disciplines. Lors de la MasterClass, nous avons cherché avec l'ensemble des participants (étudiants en architecture, urbanisme, géographie, sociologie... venant de différentes régions du monde) à approcher pratiquement la qualité d'inclusion des projets et environnements urbains concernés par l'action de la politique de développement régional FEDER-Bruxelles. Dans notre perspective, l'urbanisme peut être envisagé comme l'organisation spatiale des modalités de coexistence et de cohabitation entre différents usages et usagers (Carlier *et al.*, 2018) : les problématiques sociales et les formes spatiales doivent donc être considérées ensemble. Les enjeux d'inclusion, selon cette perspective socio-spatiale, renvoient à des questions de design (architectural) autant que de processus (socio-politiques), à partir desquels peuvent être questionnés les projets urbains (Mitrasinovic, 2018).

Pour approcher ces enjeux, nous nous sommes appuyés sur le concept d'hospitalité, tel que défini par Joan Stavo-Debauge, qui renvoie ce dernier à une dynamique particulière : « celle de celui qui vient en un lieu et s'apprête à y faire quelque chose, à y pratiquer certaines activités, à y avoir un certain genre d'expérience, à y poursuivre la réalisation de certains biens et à y recevoir certains bienfaits. Ces épreuves partagent un point commun : parce qu'elles sont censées *avoir lieu*, toutes sont dépendantes d'un environnement *approprié* » (2018 : 165). L'environnement doit donc être préparé, conçu de manière à ce que ses occupants puissent l'utiliser, prendre part, et y vivre les expériences escomptées. Partant de cette conceptualisation sociologique de l'hospitalité, nous pouvions donc travailler concrètement sur des projets et des environnements urbains, en combinant les savoirs et les pratiques de l'architecture/urbanisme et de la sociologie.

Différents projets ont été pris comme cas d'étude, dont la qualité d'inclusion était approchée à partir d'une perspective socio-spatiale attentive tant aux questions d'aménagements que de processus d'action et d'ancrage dans un environnement social donné. Ces projets présentaient des qualités spatiales similaires – des sites enclavés, marqués par leur fonction d'origine – et visaient, bien que dans des domaines différents (santé, alimentation, culture...), des enjeux d'inclusion sociale – enjeux qui se trouvent habituellement traduits spatialement par une logique d'ouverture, soulevant la question du design spatial de ces sites enclos. Le travail mené sur ces différents sites a abouti à la conceptualisation d'une forme architecturale opérationnelle matérialisant cet enjeu d'inclusion : l'« enclave inclusive » (Berger & Moritz, 2018 ; 2020). Ce concept, issu d'une réflexion au croisement de la sociologie et de l'architecture, a été proposé pour approcher les enjeux d'un urbanisme inclusif, soucieux de l'accessibilité et de l'hospitalité des espaces urbains.

Concevoir des espaces de soin et des espaces d'accueil

L'un des projets pris comme cas d'étude à cette occasion concernait la mise en place d'un centre de soin intégré (combinant services de santé physique et mentale, et services sociaux) à destination de publics vulnérables, éprouvant des difficultés d'accès à ce type de services (publics variant selon leurs statut juridique, âge, genre, condition socio-économique...). Ce projet est porté par l'ONG Médecins du Monde qui a pour mission de développer à Bruxelles deux centres intégrés ; tous deux sont développés dans des quartiers en difficulté³, abritant nombre de populations migrantes et en situation de précarité : ils visent à y améliorer l'accès à aux soins de santé, mais aussi à proposer d'autres services (tels qu'un espace mère-enfant, de la kinésithérapie ou des formations pour une alimentation saine, entre autres).

Les participants de la MasterClass « urban inclusion » organisée par le Metrolab ont principalement travaillé sur les enjeux d'intégration de l'un de ces deux centres à son environnement urbain et social⁴. En amont, deux chercheurs du Metrolab, Marco Ranzato, architecte, et Maguelone Vignes, sociologue, se sont attelés à identifier et cartographier les acteurs associatifs locaux, afin de favoriser une mise en réseau et un dialogue entre ces acteurs et les porteurs du projet ; et afin d'améliorer l'ancrage du projet dans son environnement social. Suite aux collaborations mises en place avec ces derniers, ces chercheurs furent sollicités pour dégager les principes d'aménagement des deux centres de soin qui devaient être mis sur pied en tenant compte des besoins des bénéficiaires visés et des professionnels qui en auraient l'usage. Dans la perspective d'un design social, privilégiant des méthodes participatives avec les futurs usagers afin de tenir compte de leurs besoins, des ateliers de co-conception (co-design) avec les professionnels furent donc organisés. Ces ateliers ont permis de travailler sur les agencements spatiaux, les ambiances, les espaces communs, les parcours de circulation... dans la perspective d'améliorer les qualités d'inclusion et d'hospitalité du centre. Pour l'un des deux centres, des éléments issus de ces ateliers de co-design ont été intégrés dans le cahier de charge soumis au bureau d'architecte chargé de sa conception.

Cette collaboration a donc porté sur la mise en forme d'espaces « hospitaliers » au sens premier du terme, et soulevait les enjeux de conception d'espaces de soin susceptibles de recevoir et de garantir une hospitalité à des publics vulnérables. La première partie du logbook, intitulée « Codesign et espaces de soins », revient sur cette expérience de recherche.

Alors même que le Metrolab était engagé dans ces enjeux liés à l'inclusion et à l'hospitalité des environnements et projets urbains à l'égard de publics vulnérables, une situation, pour le moins troublante et interpellante, se joua « en bas de chez nous », dans le Quartier Nord au sein duquel le laboratoire se situait – quartier historique de première implantation des populations immigrées à Bruxelles. Au cœur de ce quartier se situe le parc Maximilien qui était alors occupé par des centaines de migrants en transit, à défaut d'infrastructures d'accueil mises en place à leur égard. Différents acteurs citoyens et associatifs

³ Les deux centres de soin sont implantés dans deux anciens quartiers industriels bruxellois autour du canal Charleroi-Bruxelles : l'un à Molenbeek Saint-Jean et l'autre à Cureghem, dans la commune d'Anderlecht.

⁴ Voir la partie « Site 2. Médecins du Monde : collective health » dans la publication faisant suite à la Masterclass (Berger *et al.*, 2018, p.78-99).

(dont Médecins du Monde et la Plateforme Citoyenne BxlRefugees), face aux conditions déplorables de l'accueil et à l'urgence des besoins, s'y sont progressivement mobilisés, pour mettre en place différents services à destination des migrants – ainsi en est-il du Hub Humanitaire, centralisant des services de première ligne à proximité des lieux occupés et accueillant chaque jour des centaines de personnes parmi les nombreux migrants et réfugiés présents dans ce quartier de la ville. Ce Hub Humanitaire rassemble différentes associations – notamment Médecins du Monde, la Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés, Médecins sans Frontières, la Croix-Rouge de Belgique.

C'est dans ce contexte que le collectif ARCH (Action Research Collective for Hospitality) a vu le jour en janvier 2019, dans la poursuite des travaux menés au Metrolab autour de la thématique de l'inclusion urbaine et dans la volonté de poursuivre les observations, analyses et réflexions pratiques sur les qualités d'hospitalité des espaces urbains bruxellois, là où cette problématique apparaissait la plus pressante. ARCH s'est constituée progressivement par l'implication volontaire de toute une série de chercheurs (membres du Metrolab ou non) et de praticiens aux profils divers (sociologues, architectes, urbanistes, artistes, activistes, anthropologues, artistes). Cette recherche-action a été menée en collaboration avec la Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés, en vue d'adresser le problème public de l'accueil des migrants dans le Quartier Nord et de dégager des propositions pour améliorer les qualités d'hospitalité de cet environnement urbain où survivent dans des conditions déplorables les migrants en transit à Bruxelles.

La Plateforme a co-défini les lignes de l'enquête avec les membres d'ARCH en fonction de certains besoins et problèmes qu'elle rencontrait au quotidien. Dans ce cadre, nous avons été sollicités pour travailler sur l'aménagement du Hub Humanitaire, qui était amené à déménager dans de nouveaux locaux – sa localisation à la Gare du Nord, à cette période, suscitant trop de tensions. Son déménagement était considéré par ceux qui y travaillaient chaque jour comme une occasion pour améliorer ses qualités d'hospitalité. Nous avons dès lors proposé d'analyser comment les migrants éprouvaient les qualités d'(in)hospitalité de leur environnement, en amont du déménagement, lorsque le Hub était situé dans la gare; et mis en place des *focus group* avec les bénéficiaires, les bénévoles et les professionnels du Hub pour dégager des principes spatiaux d'hospitalité pour cet espace d'accueil. Ces principes furent appliqués lors de son installation dans ses nouveaux locaux. Au-delà de cette enquête appliquée à l'échelle d'une infrastructure d'accueil, les chercheurs de ARCH ont également prolongé leurs réflexions sur ce que pourrait être une politique d'hospitalité urbaine à l'échelle de la Région. La seconde partie du logbook, intitulée « Enquête collective et espaces d'hospitalité », présente cette démarche et ces réflexions.

Cette publication est ainsi divisée en deux parties consacrées chacune à l'une de ces deux enquêtes brièvement introduites. Si ces dernières portent sur des types de lieux distincts (espace de soin, espace d'accueil) destinés à des publics différents (le malade, le migrant), elles se rejoignent dans leur démarche, ainsi qu'en raison de la proximité établie entre les valeurs du *care* et d'hospitalité (Bourgault *et al.*, 2020) : tous deux invitent à une attention plus soutenue aux

enjeux de vulnérabilité (J.-L. Genard, 2018). La proximité entre les enjeux du soin et de l'hospitalité se joue notamment sur les questions spatiales (Loute, 2020) : comment penser, concevoir et aménager des espaces hospitaliers pour des publics vulnérables? L'hospitalité, comme le rappelle J. Stavo-Debauge (2018), renvoie à la qualité d'environnements susceptibles d'accueillir, de recevoir, de faire place à celui qui vient, en considérant ses fragilités. La prise en charge de la personne malade, tout comme du migrant, suppose à la fois « d'accueillir » et de « prendre soin », deux enjeux au cœur de l'hospitalité. Les espaces de soin ne sont hospitaliers que lorsqu'ils présentent des qualités d'accueil des personnes soignées ; les espaces d'accueil ne sont hospitaliers que lorsqu'ils permettent de « prendre soin » d'existences fragilisées.

Cette publication revient donc sur ces deux recherches à mi-chemin entre sociologie et architecture, ayant contribué à la conception d'espaces d'accueil et de soin répondant à des qualités d'hospitalité. Elle se clôture par une réflexion relative au rôle de l'enquête dans les enjeux d'inclusion urbaine, au niveau plus large des politiques de la ville.

Bibliographie

- Abrassart, C., Gauthier, P., Proulx, S. & Martel, M. D. (2015). Le design social : une sociologie des associations par le design ? Le cas de deux démarches de codesign dans des projets de rénovation des bibliothèques de la Ville de Montréal. *Lien social et Politiques*, (73), 117-138. <https://doi.org/10.7202/1030954ar>
- Béjean M. (2020). Expérimentation, enquête, expérience : les politiques publiques à l'épreuve de la science. *Cahiers du GRM*, 16. URL : <http://journals.openedition.org/grm/2251>
- Berger M. (2020). Écologie des savoirs urbains. Épreuves de la recherche-action au Metrolab Brussels. *Pragmata*, 3, p.430-488
- Berger M., Moritz B., Carlier L. Ranzato M. (2018). *Designing Urban Inclusion : Metrolab Brussels MasterClass I*. Metrolab Series.
- Berger M., Moritz B. (2018) « Inclusive urbanism as gatekeeping », in Berger M., Moritz B., Carlier L. Ranzato M. (Eds.). *Designing Urban Inclusion : Metrolab Brussels MasterClass I*. Metrolab Series.
- Berger M., Moritz B. (2020) « Enclaves inclusives : concevoir l'hospitalité en archipel », in A. Mezoued, S. Vermeulen, JP De Visscher (dir.), *Au-delà du Pentagone. Le centre-ville métropolitain de Bruxelles*. Brussels Studies Institute Series, 120-128.
- Berger M., Carlier L. (2021). Une critique pragmatiste de l'expérimentalisme ? De l'*urban living lab* à la communauté d'enquête sociale. *Pragmata*, 5 (à paraître).
- Bourgault S., Cloutier S. & Gaudet S. (eds.). (2020) *Éthiques de l'hospitalité, du don et du care : Actualité, regards croisés*. Presses Universitaires d'Ottawa.
- Bulkeley H., Marvin S., Paigan Y. V., McCormick K., Breitfuss-Loidl M., Mai L., von Wirth T., & Frantzeskaki N. (2019). Urban living laboratories : Conducting the experimental city ? *European Urban and Regional Studies*. 26(4), 317-335.
- Carlier L., Ranzato M., Berger M., Moritz B. (2018). Brussels' urban inclusion as a design matter. In Berger M., Moritz B., Carlier L. Ranzato M. *Designing Urban Inclusion : Metrolab Brussels MasterClass I* (11-20). Metrolab Series.
- Genard J.-L. (2018). Pourquoi l'hospitalité ? *SociologieS* [Online]. <https://journals.openedition.org/sociologies/6918>
- Gieryn, T. F. (2002). What Buildings Do. *Theory and Society*, 31(1), 35-74.
- Jacobs, J. (1992 [1961]). *The Death and Life of Great American Cities*. Vintage Books.
- Joseph (I.) (dir.). (1994) *Gare du Nord. Mode d'emploi*. Éditions Recherches
- Karvonen A., Van Heur B. (2014). Urban Laboratories : Experiments in Reworking Cities. *International Journal of Urban and Regional Research*, 38 (2), 379-392.
- Lefebvre, H. (2009 [1968]). *Le droit à la ville*. Economica.
- Lefebvre P. & Moogin T. (eds). (2015) *Penser les rencontres entre architecture et sciences humaines*. Clara 3.
- Loute A. (2020). La spatialité au cœur des éthiques de l'hospitalité et des éthiques du soin. In Bourgault S., Cloutier S. & Gaudet S. (eds.). *Éthiques de l'hospitalité, du don et du care : Actualité, regards croisés*. Presses Universitaires d'Ottawa.
- Low, M. (2015). *Sociologie de l'espace*. Maison des Sciences de l'Homme.
- Margolin V. & Margolin S. (2002) A « Social Model » of Design : Issues of Practice and Research. *Design Issues*, 18, 4 : 24-30.
- Mitrasinovic M. (2018). Designing Infrastructures of Inclusion. In Berger M., Moritz B., Carlier L. Ranzato M. *Designing Urban Inclusion : Metrolab Brussels MasterClass I* (45-50). Metrolab Series.
- Molotch H. & Norén, L. (2010). *Toilet. Public restrooms and the politics of sharing*. New York University Press.
- Molotch H. (2012). *Against Security. How We Go Wrong at Airports, Subways, and Other Sites of Ambiguous Danger*. Princeton University Press.
- Papanek, V. (1972). *Design for the Real World ; Human Ecology and Social Change*. Chicago : Academy Chicago.
- Stavo-Debauge J. (2018). The qualities of hospitality and the concept of 'inclusive city'. In Berger M., Moritz B., Carlier L. Ranzato M. *Designing Urban Inclusion : Metrolab Brussels MasterClass I* (165-175). Metrolab Series.
- Van Hollebeke S. (2021), *Professionnels du discours et spécialistes de l'image dans le projet urbain. Enquête à Bruxelles sur une asymétrie des collaborations entre experts de la ville* (2021), thèse de doctorat en sciences sociales et en urbanisme, dirigée par M. Berger et J.-P. Thibaut, Louvain-La-Neuve/Grenoble, UCLouvain et Université Alpes Grenoble.
- Whyte W. H. (1980). *The social life of small urban spaces*. Project for Public Spaces, New York.

Partie I

Codesign & espaces de soin

Repenser ensemble les espaces de santé

– Marco Ranzato & Maguelone Vignes

Concevoir le paysage thérapeutique d'un centre socio-sanitaire intégré. Agencement, ambiances des locaux et circulations

– Maguelone Vignes

Repenser ensemble les espaces de santé

Marco Ranzato & Maguelone Vignes

Introduction

Avec un ensemble de partenaires des secteurs de la santé et de l'aide sociale, Médecins du Monde (MDM) crée deux Centre Santé-Social Intégrés (CSSI) à Bruxelles, dans le cadre d'un projet soutenu par la politique du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) 2014-2020. L'ambition de ces deux centres est de « construire des nouveaux modèles de prise en charge intégrée des problématiques sociales et de santé, pour une population à mixité sociale et culturelle, qui contribue à son intégration sociale » (Médecins du Monde, 2016, p.2). Les deux seront implantés dans deux quartiers du « Croissant Pauvre » bruxellois, autour du canal Charleroi-Bruxelles : l'un à Molenbeek Saint-Jean et l'autre à Cureghem, dans la commune d'Anderlecht (Figure 1).

Deux grands objectifs se dégagent de l'ambition de créer une « prise en charge intégrée » : d'une part, être accessible à un public aux profils socioéconomiques et culturels divers et d'autre part, aménager des collaborations rapprochées entre des professionnels de secteurs différents. La présence en un seul lieu – sous le même toit – d'activités de soins de première ligne, de santé mentale et de service sociaux est vue comme le moyen de faire reposer les efforts de coordination (pas seulement financiers) des parcours de soins et d'orientation dans l'offre de services sur les épaules des professionnels des centres plutôt que sur celles des usagers éventuellement fragilisés par une arrivée récente à Bruxelles et/ou par des situations complexes où les problèmes de santé se mêlent aux difficultés socio-économiques. C'est le modèle dit du « guichet unique » (*one-stop service*

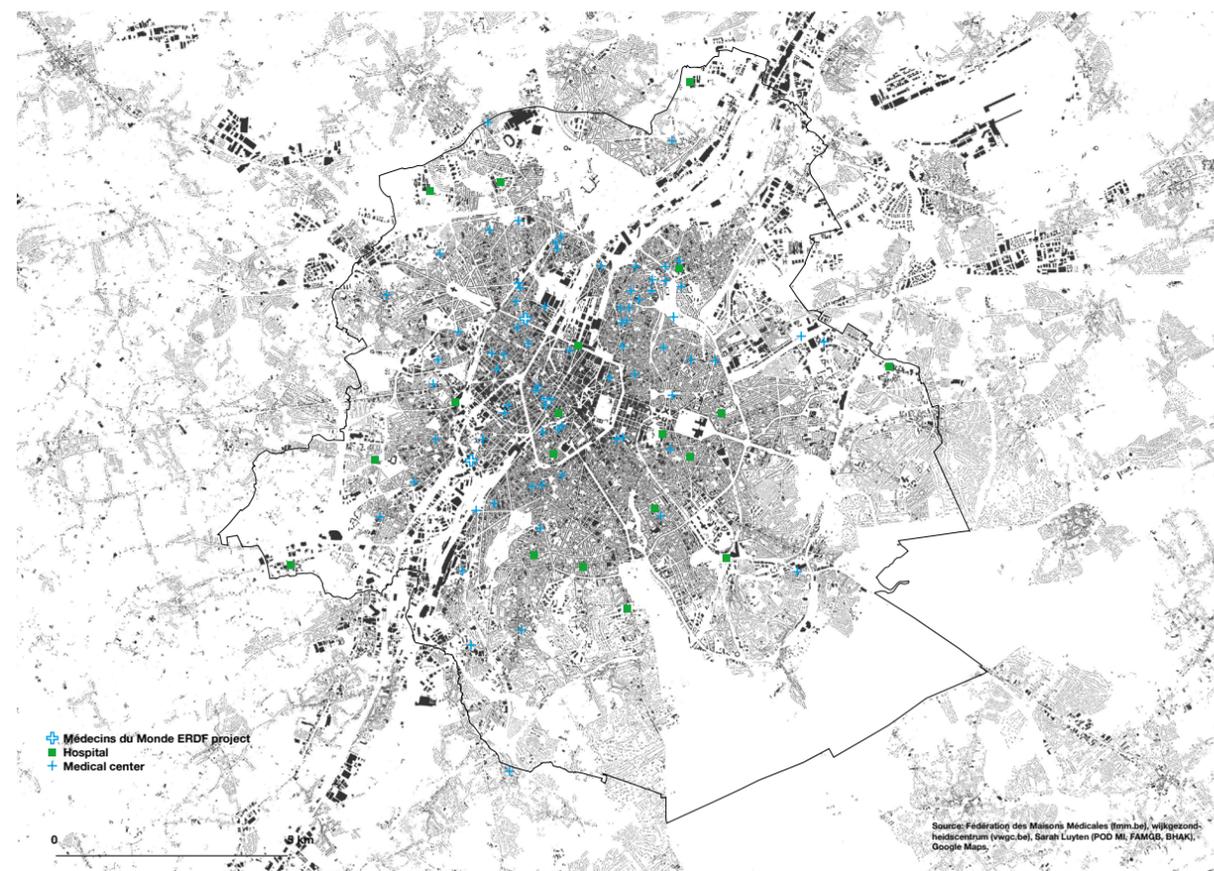


Figure 1. Équipements de santé à Bruxelles et position des deux futurs CSSI.

delivery) (Chantraine Demailly, 2008; Memon & Kinder, 2017). Cette stratégie intervient dans le contexte d'une offre de soins de première ligne et d'aide sociale difficilement lisible et visible dans la ville (Vignes, 2015, 2017).

Les deux processus de construction du projet – le projet de briques (achat des bâtiments, relations avec le maître d'œuvre, conception architecturale des bâtiments), et le projet d'équipe (choix de valeurs communes et d'une organisation du travail) – sont menés conjointement mais le temps disponible est très limité. À Cureghem, le nouveau centre sera situé dans le cadre du nouveau complexe résidentiel CityGate 1 portée par CityDev¹. Le cahier des charges devait être disponible au plus tôt. À Molenbeek, le nouveau centre sera situé à Ribeaucourt, dans un site de 3600 m² acquis par Solidarimmo, asbl en charge de la gestion immobilière du projet. Dans les deux cas, selon les règles du FEDER, le financement disponible doit être dépensé avant 2023.

¹ Citydev.brussels est une institution publique régionale dont l'objectif est le développement urbain et économique de la Région. Il a notamment en charge le développement de logements conventionnés à destination de la classe moyenne, à prix attractifs.

Pour la réflexion sur la conception des locaux qui vont accueillir les deux CSSI, MDM a sollicité le Metrolab.Brussels. La collaboration s'est incarnée dans une équipe composée par la coordination du projet au sein de MDM et deux chercheurs du Metrolab, un architecte et une sociologue. Cette équipe a conduit deux parcours complémentaires qui s'articulent autour des ateliers de co-design. Chacun a permis d'investiguer des aspects différents de la conception des locaux des deux CSSI : d'une part, concernant le cas de Cureghem, l'agencement, les ambiances et les circulations dans les locaux et d'autre part, concernant le cas de Molenbeek, les liens entre les processus de coordination des parcours de soins et les espaces de soins et d'accompagnement.

Au cours des différents ateliers, dans l'esprit du co-design (voir Van Rijn and Stappers, 2008), les professionnels – en tant qu'usagers des futurs centres, avec les patients et bénéficiaires – ont participé non pas comme auditeurs mais plutôt en tant qu'« experts de leur propre contexte », c'est-à-dire comme ceux qui, précisément parce qu'ils sont des utilisateurs, connaissent mieux que d'autres les dynamiques de travail, les limites et les qualités des espaces disponibles. Par conséquent, l'exercice a été de les mettre dans les conditions de discuter et de concevoir les principes de base pour le développement du projet à venir.²

Le travail sur le projet de collaboration a été jugé nécessaire précisément parce que, bien que le système du guichet unique soit une importante forme d'accès aux soins de santé, et que l'intégration soit très discutée (voir par exemple Memon & Kinder, 2017), les réflexions sur l'espace manquent dans ce domaine.

Le processus de design collaboratif – ou co-design – a contribué à mettre en évidence les différentes possibilités d'intégration et conduit les équipes à se positionner par rapport aux formes et degrés qu'elles souhaitent lui donner. En d'autres termes, s'agissait-il seulement de réaliser des économies d'échelle en partageant des locaux, de mettre en commun également des fonctions de support administratif, du matériel et des salles de réunion, de se lier davantage en s'adressant à des patients/usagers ou en réalisant des suivis individuels conjoints, ou d'aller plus loin encore dans l'intégration en partageant un système d'information, en définissant des missions et valeurs communes, ou en organisant des services et activités conjoints? L'élaboration de ces choix et celle de la forme des locaux ont été réalisées de manière interdépendante.

Intégration des soins et formes spatiales

Des formes d'intégration des soins et de l'aide sociale ont vu le jour à Bruxelles – services interstitiels ou réseaux – dans l'objectif de proposer une offre de soins diversifiée, correspondant à la diversité des pratiques de recours aux soins (Devlésaver, 2018a).

Que ce soit dans le secteur de la santé ou dans celui de l'aide sociale, le modèle du guichet unique est reconnu comme l'un des procédés qui permettent

² Les patients n'ont pas été impliqués en raison de contraintes de temps.

de mettre en œuvre l'intégration horizontale³ – c'est-à-dire ciblant une même population – à côté d'autres tels que la présence de *case managers*, le travail en équipes multidisciplinaires, l'utilisation de plateformes collaboratives d'échange d'information (Schrijvers, 2017). Des processus d'intégration sont en cours à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur social, mais les deux processus avancent plus ou moins de manière indépendante (ibid.). L'intégration horizontale de services de santé et d'aide sociale reste encore largement à documenter (ibid., 104). Les soins intégrés (*integrated care*) ne sont pas un concept nouveau : la littérature anglo-saxonne a parlé aussi de *coordinated care*, *comprehensive care*, *seamless care* ou *shared care*. S'il a d'abord été appliqué aux soins chroniques et aux soins primaires, le concept s'ouvre désormais à une compréhension plus large, intégrant la santé mentale, les soins informels, les soins palliatifs et l'intégration entre les lignes de soins (Belche, 2016). Mais surtout, en accord avec la progression de la réflexion sur les déterminants sociaux de la santé, l'intégration des services de santé et ceux du secteur social représente aujourd'hui un enjeu majeur.

Selon Valentijn *et al.* (2013) il existe plusieurs formes et plusieurs degrés d'intégration allant de l'intégration horizontale – soit le lien entre des niveaux similaires de soins – jusqu'à l'intégration normative – soit le partage des missions et valeurs de travail au sein d'un système (voir Tableaux 1).

Intégration	
horizontale	Lien entre des niveaux similaires de soins
verticale	Lien entre des niveaux de soins distincts
systémique	Alignement des règles et stratégies au sein d'un système
organisationnelle	Coordination de services entre plusieurs métiers et disciplines
professionnelle	Coordination de services entre plusieurs métiers et disciplines
clinique	Coordination de services de soins
fonctionnelle	Coordination des fonctions de support et administratives
normative	Partage des missions et valeurs de travail au sein d'un système

Tableau 1. Formes d'intégration des soins, selon Valentijn *et al.* (2013).

3 Par « intégration horizontale », Schrijvers (2017) désigne une organisation par laquelle tous les professionnels travaillent auprès d'une même population (pour une pathologie déterminée ou sur un territoire délimité par exemple) et partagent un même référentiel, (par exemple, le paradigme médical : anamnèse, diagnostic, thérapie et évaluation du résultat). Elle se distingue de l'intégration verticale, pour laquelle les populations sont différentes et les paradigmes de référence sont distincts.

De même, il existe plusieurs degrés d'intégration, qui vont de l'absence d'intégration à l'alignement (partage de valeurs et de missions) et à la coordination (mise en cohérence d'une ou plusieurs activités) jusqu'à la complète intégration (mise en œuvre commune de toutes les activités et de la gouvernance). A. Memon et T. Kinder décrivent par ailleurs la progression de la coordination vers l'intégration en considérant différentes modalités dans la mise en commun de fonctions, de projets ou de services (voir Figure 2).

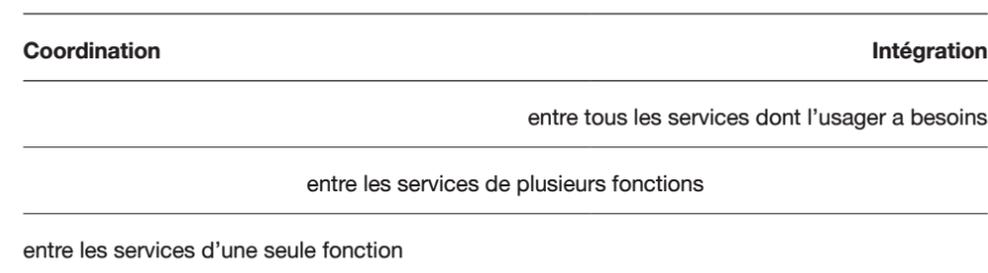


Figure 2. De la coordination à l'intégration des services, tiré du cadre d'analyse de l'innovation dans le travail sous un même toit de Memon & Kinder (2017, 5).

Les avantages de la réunion de services sous un même toit ont été largement décrits comme une piste vers l'intégration. L'objectif de réduction des coûts, qui apparaît comme la principale motivation du choix de cette forme de service, a amplement été discuté dans le domaine du management (Memon & Kinder, 2017). Mais l'intérêt du travail sous un même toit (*co-location*) a également été mis en évidence pour susciter l'innovation dans les services (ibid.), ce qui est une ambition du projet de CSSI. En particulier, la co-location peut permettre d'élaborer des valeurs partagées, de soutenir des situations de co-présence permettant l'expression et la réception du langage corporel et ainsi l'augmentation de la confiance mutuelle, de même que des interactions sociales directes et répétées (ibid.).

Cependant, dans l'étude de Memon et Kinder, la co-location est présentée comme se suffisant à elle-même, sans plus de détail sur les formes spatiales qu'elle prend, ni sur leur rôle spécifique dans le soutien aux processus d'intégration du travail. Le travail sous le même toit ne fait pas de différence si le personnel continue à travailler en silo, sans intégration (Memon & Kinder, 2017). En d'autres termes, ce n'est pas parce que les gens travaillent au même endroit qu'ils se parlent, construisent une connaissance et une confiance mutuelles, élaborent des valeurs partagées et finalement, travaillent ensemble.

Jusqu'à présent, peu d'attention a été portée à la manière dont les espaces de soins sont conçus, aménagés et réaménagés au fur et à mesure des usages (Martin, Nettleton, Buse, Prior, & Twigg, 2015 ; Water, Wrapson, Reay, & Ford, 2018). A cet égard, l'hôpital a davantage été pris pour objet que les centres de soins ambulatoires (Contesse & Kusendova, 2009 ; Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, & Francis, 2004 ; Heath, Greenfield, & Redwood, 2015 ; Vaguet, Lefebvre, & Petit, 2012). On peut étendre cette observation aux lieux de soins

de santé primaire ou de « première ligne »⁴. Cette attention pour l'architecture hospitalière est le reflet d'un paradigme de la santé centré sur les soins aigus, la prise en charge des maladies infectieuses, et orienté vers la guérison (Foucault, Thalamy, Barret-Kriegel, Béguin, & Fortier, 1979). Là, le schéma d'intervention est de type linéaire : maladie aiguë, prise en charge médicale hospitalière, guérison et sortie de l'hôpital. Or, ce paradigme de l'organisation des soins est en cours de basculement sous l'effet des transformations épidémiologiques et sociales.

D'un point de vue épidémiologique, les maladies chroniques et les comorbidités⁵ se développent et touchent un nombre croissant de personnes, au point d'en faire « le défi du siècle »⁶ ou un défi pour le système des soins de santé (Grimaldi, Caillé, Pierru, & Tabuteau, 2017 ; Mertens, Paulus, & Van Den Heede, 2012 ; Rumball-Smith *et al.*, 2014). Leur essor, ainsi que le vieillissement de la population, contribuent à estomper les frontières entre santé et maladie : chacun est amené à prendre soin de lui-même au quotidien, pour maintenir son état de santé et prévenir l'apparition de récurrences ou de maladies connexes. L'objectif n'est plus de « guérir » mais de « vivre avec » une maladie ou un risque de maladie⁷.

De même, maladies chroniques et co-morbidités contribuent à transformer la relation médecin-patient. D'un « colloque singulier », largement documenté en sociologie et santé publique (Fainzang, 2013 ; Fournier & Kerzanet, 2007) elle évolue vers une relation entre un patient (éventuellement accompagné d'aidants-proches) et un ensemble de divers prestataires de soins, chacun étant spécialisé dans un domaine. La première ligne de soins, moins centrée sur la pathologie que sur la santé globale de la personne, plus proche de ses lieux de vie quotidienne, est reconnue comme l'échelon auquel peut être réalisée la coordination des soins délivrés alternativement par ces différents prestataires en divers lieux (hôpital général, centre spécialisé, cabinet, domicile) et celui à même de veiller à ce que les soins proposés soient cohérents avec les besoins de la personne et puissent s'appuyer sur les ressources de l'environnement dans lequel elle vit (De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen, & Devroey, 2014 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

- 4 Les « soins de santé primaires » ou « soins de première ligne » sont entendus ici au sens de la définition de l'OMS : « Ils sont le premier contact des individus, familles et communautés avec le système de santé national, prodiguant des soins aussi près que possible de l'endroit où les personnes vivent et travaillent, et constituent le premier maillon d'un processus continu de soins de santé », Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. World Health Organization.
- 5 Le terme « co-morbidité » renvoie à la présence de plusieurs pathologies chez une même personne, on désigne par « maladies chroniques » les affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement (selon l'OMS), qui ne guérissent pas spontanément et dont la guérison est rarement complète (Sciensano). Sources : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ et <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/maladie-chronique>, consultés le 25 juin 2019.
- 6 L'irruption du coronavirus Sars Cov-2 remet en question ce basculement maladies infectieuses / maladies chroniques, mais démontre bien par ailleurs l'intérêt d'une première ligne de soins solide et bien reliée à l'hôpital, y compris face à une maladie infectieuse telle que la Covid 19.
- 7 Les personnes malades chroniques représentent plus d'une personne de plus de 15 ans sur 4 en Belgique en 2013, tandis qu'à partir de 65 ans, plus d'une personne sur trois souffre d'au moins deux affections chroniques (Van der Heyden & Charafeddine, 2013). Pour elles, l'alternance de phases de maladie et de phases de bonne santé devient un schéma de vie courant. Corrélativement, au niveau de l'organisation des soins, le haut degré de spécialisation par organe et par pathologie dessine une offre de soins fragmentée qui montre ses limites dans le suivi de polyopathologies (Van der Heide *et al.*, 2015). Son action est également limitée pour soutenir les personnes dans la prévention des complications dues aux maladies chroniques et la gestion de l'enchaînement d'épisodes aigus avec des phases de bonne santé.

Avec ces transformations, s'amorce un mouvement de (re)localisation de services de soins en cœur de ville⁸, qui interroge à la fois l'urbanisme et l'architecture dans leur contribution à la santé et l'accueil de populations en situation de vulnérabilité. Quelle forme prend un centre de soins intégrés de première ligne pour exprimer et idéalement permettre la mise en œuvre de l'ensemble de ces transformations : des soins intégrés à des services d'aide sociale et centrés sur la personne, dans une définition de la santé élargie aux déterminants sociaux et soucieuse d'être intégrée au quotidien des personnes ? Plus précisément, comment les professionnels qui vont travailler ou pourraient travailler dans ces centres se représentent-ils la façon dont les locaux sont susceptibles de soutenir l'accueil, l'accompagnement social et les soins pour des publics différents, comprenant des personnes en situation sociale de vulnérabilité ?

L'expérience de la mise en place de deux CSSI par MDM à Bruxelles est importante dans le contexte actuel dit de « transition épidémiologique », dans lequel se multiplient les comorbidités et maladies chroniques, qui invite à rapprocher les soins du quotidien des personnes, en les réintégrant dans la ville, (à l'inverse des options hygiénistes qui plaçaient les hôpitaux en périphérie des villes), dans des zones centrales qui mêlent logement, services, emploi, ou lieux de sociabilité. L'accueil se joue également là : dans la proximité avec les populations. De plus, dans le contexte actuel de creusement des inégalités socio-économiques, qui touche en particulier les zones de Cureghem et de Molenbeek de manière défavorable, les difficultés sociales et financières viennent se conjuguer aux problèmes de santé, créant ainsi des situations individuelles complexes. Les CSSI de MDM font ainsi partie d'un éventail de solutions innovantes pour mettre en place une offre de soins globaux, afin qu'une variété de publics puisse trouver réponse à ses besoins.

Deux pistes de conception collaborative pour des questions transversales

Le CSSI de Molenbeek rassemblera en un seul lieu diverses structures des secteurs de la santé et de l'aide sociale qui existent déjà (Devlésaver, 2018b)⁹, tandis que dans celui de Cureghem, l'équipe et les activités qui s'installeront restent à déterminer. A Molenbeek, le centre « visera à offrir des soins de santé et des services sociaux de première ligne aux habitants du quartier, et des services plus spécifiques à une population plus étendue. Il développera également des actions en promotion de la santé. Il s'adressera à un public mixte, avec une attention pour les publics fragilisés » (Médecins du Monde, 2016, 4). Avant d'ouvrir, le centre de Cureghem « sera 'pensé' d'emblée pour intégrer une série de services habituellement offerts par des structures distinctes : service social généraliste, soins de santé physique, santé mentale, services liés à la santé

- 8 Le projet City-Labs, également financé par le FEDER et qui met en place des services de prélèvement, constitue un autre exemple de ce mouvement.
- 9 Lors de la collaboration entre Metrolab et MDM, 5 structures devaient intégrer le CSSI de Molenbeek.

sexuelle et reproductive, aide en matière d'assuétudes. Le développement de ces activités, ou d'autres encore, se fera de manière progressive et 'ad hoc' en fonction des besoins identifiés dans la population et des réponses déjà offertes par les acteurs présents dans le quartier» (Médecins du Monde, 2016, 5).

Afin de concevoir les espaces intérieurs des deux futurs CSSI sur une base collégiale, l'équipe Metrolab-MDM a mis en place un dispositif de co-design. Celui-ci a permis de mettre en évidence l'expérience des professionnels de centres bruxellois où se côtoient déjà à la fois des activités de soins et d'autres relatives à l'aide sociale et à la promotion de la santé, ainsi que celle du personnel des équipes qui intégreront le centre de Molenbeek. A travers l'expression de leur expérience à propos de la configuration des locaux qu'ils ont eu l'occasion de voir ou de pratiquer eux-mêmes, ils ont explicité le sens de leur action et mis en relation ce sens avec l'architecture des locaux et la forme des aménagements intérieurs.

Ce dispositif a pris la forme d'ateliers de co-design, centrés sur le paysage thérapeutique d'une part et sur le parcours des usagers d'autre part. Ces deux thèmes ont été définis dans le cadre de sessions de design collaboratif spécifiques et ont impliqué un public diversifié de professionnels.

Dans le cadre de la mise en place du CSSI à Anderlecht, un groupe d'une vingtaine de professionnels de secteurs différents a travaillé en trois demi-journées en octobre 2016 autour des questions d'agencement spatial, d'ambiances des locaux et de circulations. Pour le CSSI de Molenbeek Saint-Jean, une quarantaine des professionnels divisés en deux groupes en juin 2018 ont travaillé une journée entière : l'un travaillant sur la question des parcours, l'autre sur celles des co-usages des espaces.¹⁰

Ces deux ateliers complémentaires de co-design – paysage et parcours – ont poursuivi à la fois un objectif de recherche et un objectif pratique (Figure 3).

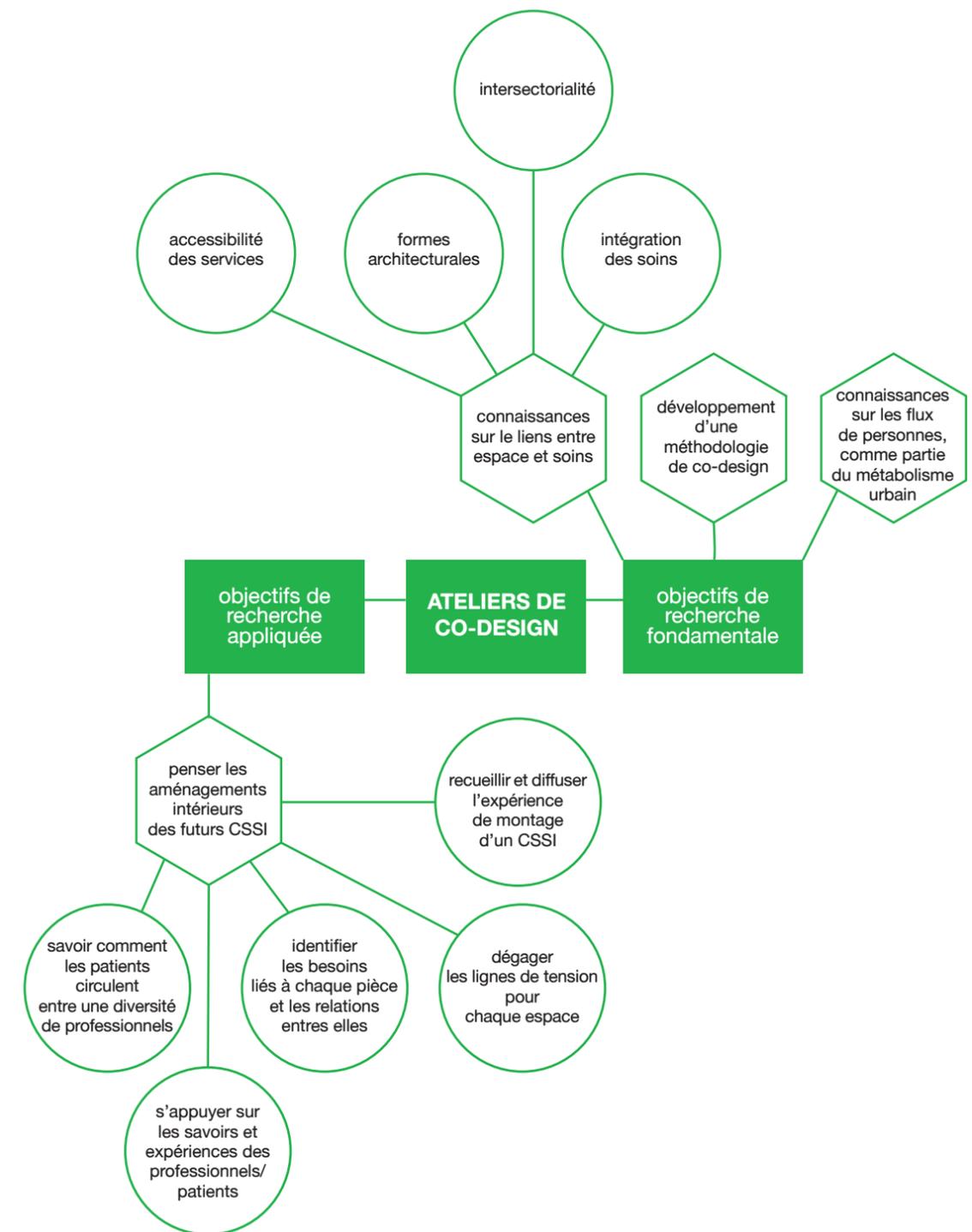


Figure 3.

10 L'animation de ce second groupe a été réalisée par l'association Périféria. Le présent article ne porte que sur les travaux liés aux parcours, qui ont fait l'objet d'une collaboration entre Médecins du Monde et Metrolab.

CSSI Cureghem

La livraison des locaux du site du CSSI de Cureghem étant prévue pour 2022, un cahier des charges devait être validé par le Conseil d'Administration en décembre 2016 pour être transmis au pouvoir adjudicateur (Citydev.Brussels et Solidarimmo), et pouvoir procéder à l'appel d'offre pour la réalisation des travaux dans les locaux du centre. En vue de la rédaction du cahier des charges, trois ateliers de co-design ont été conduits en octobre 2016 pour élaborer une réflexion sur l'agencement spatial, les ambiances des locaux et les circulations (Tableau 2).

L'objectif pratique de ces ateliers était de détailler la composition du centre et les effets attendus de l'espace pour la façade et chaque salle envisagée, ainsi que les interrelations entre les salles et la circulation des différents publics et professionnels dans les espaces. Pour chaque élément spatial, le processus de co-conception a fait ressortir un certain nombre d'aspects que l'architecture du bâtiment devra intégrer. Par exemple, en ce qui concerne la façade, les participants ont souligné que le nouveau CSSI devait s'intégrer visuellement au contexte. Quant à l'entrée, la principale devrait être accompagnée d'une entrée secondaire, pour faciliter l'accès des usagers de drogues et préserver le travail de la structure qui les accompagne. Le bureau d'accueil devait avoir une séparation claire de ses fonctions. La salle d'attente devait devenir le centre névralgique du CSSI et fonctionner comme une « enclave inclusive » (Berger et Moritz 2018) : conviviale et sûre, accueillante et communicante de compétences, calme tout en permettant la circulation des différents publics et des membres du personnel, confortable tout en restant fonctionnelle. Plus important encore, les participants se sont accordés sur un élément clé, la salle communautaire, un espace intermédiaire reliant l'intérieur et l'extérieur, le CSSI et le quartier au sein duquel il est implanté.

CSSI Molenbeek

En juin 2018, un atelier a invité plusieurs équipes bruxelloises de la santé et de l'aide sociale qui existent déjà à s'interroger sur les parcours d'usagers notamment patients, bénéficiaires et professionnels au sein du centre.

Une autre journée inter-équipes du CSSI de Molenbeek toujours en juin 2018, a permis de concentrer la réflexion des travailleurs sur les parcours des usagers dans le centre¹¹, c'est-à-dire aussi bien eux-mêmes, en tant que professionnels, que les patients et personnes qu'ils accompagnent. Qui travaille avec qui ? Comment ? Qui a besoin d'être situé à côté de qui pour pouvoir réaliser un accompagnement optimal ?

Cet atelier a pris la forme d'un jeu, avec une grande feuille quadrillée sur laquelle les participants étaient invités à placer une série de cartes « locaux » différenciées en fonction des équipes concernées et du type de local

11 Comme mentionné ci-dessus les participants à cette journée ont été divisés en deux groupes : l'un travaillant sur la question des parcours, l'autre sur celles des co-usages des espaces.

Étapes	Déroulement
Atelier 1	
1 – Visite de terrain	Visite dans un centre de soins pluridisciplinaire existant
2 – Mise en commun	Deux par deux, les groupes présentent mutuellement, à partir de leurs road books, leurs observations et réflexions, tout en appuyant leurs descriptions d'un croquis collectif du centre visité.
3 – Points d'attention	Chaque participant appose des étiquettes portant les signes « + » ou « - » sur les plans afin de symboliser ce qu'ils jugent positif, intéressant, ainsi que les bonnes pratiques à retenir, et à l'inverse, les points plus problématiques observés, en explicitant ses choix et son ressenti aux autres participants.
Atelier 2	
1 – Exercice individuel	Chaque participant réalise un croquis de son CSSI idéal à l'aide de cartes symbolisant des types de salle communément retrouvées dans des centres de soins pluridisciplinaires. A l'aide de cartes « adjectifs » (séparé, hygiène, convivialité, discrétion, ...), il qualifie les espaces, les flux de circulation et les points de stationnement, choisit 3 mots caractérisant l'espace final, puis présente sa création aux autres participants de son groupe.
2 – Exercice collectif	Construction en groupe d'un plan commun d'aménagement de locaux pour une structure de services intégrés en utilisant le même matériel et le même processus que pour l'étape 1. Le groupe choisit un mot commun pour caractériser son plan.
3 – Mise en commun	Explicitation des plans aux autres groupes et placement de points d'attention positifs et négatifs.
Atelier 3	
1 – Travail sur l'atmosphère	A l'aide d'un jeu de photographies, deux ambiances sont sélectionnées collectivement puis agencées dans des proportions choisies individuellement sur chaque partie d'un carton. Les cartons repliés forment des cubes « espace ».
2 – Travail sur l'organisation des espaces types y compris le mobilier	Identification et dessin des éléments à retrouver dans chaque pièce ou sur la façade. Positionnement des éléments dans/sur le cube.
3 – Mise en commun	Explicitation des maquettes aux autres groupes et placement de points d'attention positifs et négatifs.

Tableau 2. Déroulement des ateliers pour le CSSI de Cureghem.

(consultation ou espace collectif). Un ensemble de codes permettaient de déterminer les relations entre les différentes cartes¹² (Tableau 3).

Cinq équipes ont participé, comprenant une maison médicale, un service de santé mentale, un centre de planning familial, un service de soutien multidisciplinaire aux usagers de drogues, un centre d'action sociale globale.

Étapes	Déroulement
1 – Préparer le récit du parcours d'un patient type	Préalablement à la journée, chaque équipe prépare un récit de parcours-type dans son centre.
2 – Mapping du récit tel qu'il est présenté (7 groupes de 3 personnes)	<ul style="list-style-type: none"> – Le porteur de l'histoire raconte l'histoire et les autres énumèrent les espaces cités et le personnel impliqué dans cette histoire. – Les personnes qui ont écouté le récit placent le lieu de travail du porteur d'histoire au centre et représentent sur une carte, avec les fiches préexistantes, différents éléments : le type de lieu, le professionnel intervenant, si le patient est présent ou pas, la proximité entre les fiches/lieux, le type de relation (directe ou indirecte) entre les personnes. Quand le porteur de l'histoire a validé la disposition, on colle les éléments.
3 – Mapping du parcours idéal pour le récit présenté (3 groupes de 7 personnes)	<ul style="list-style-type: none"> – La personne porteuse de l'histoire la raconte à nouveau, à partir de la carte composée précédemment. – La personne porteuse de l'histoire y ajoute 1 à 3 cartes indiquant les partenaires qui pourraient intervenir dans la prise en charge du patient. Les cartes ajoutées sont complétées (comme dans la première étape). Chacun à son tour, les autres participants ajoutent de 0 à 2 cartes indiquant les partenaires qui pourraient être ajoutés. A chaque carte posée on complète les informations demandées et on précise l'importance (ou non) de la proximité des éléments, ainsi que le type de relation (directe ou indirecte). – Le groupe fait ressortir les leçons et recommandations à partager ultérieurement avec les autres groupes. Il faut notamment mettre en valeur ce qui favorise la spécificité de chaque métier ou équipe et ce qui favorise l'intégration.
4 – Exposition des travaux	Chacun est invité librement à observer les différentes cartes composées. Les animateurs restent auprès des cartes qui sont affichées pour les expliquer aux « visiteurs » et répondre aux questions. Des commentaires éventuels peuvent être consignés dans les « Livres d'or » de réactions.

Tableau 3. Déroulement des ateliers pour le CSSI de Molenbeek.

12 L'analyse et le processus méthodologique détaillés de cet atelier sont disponibles dans le rapport rédigé par Sacha Hinz Niklewicz, pour Médecins du Monde.

Au total, 7 cartes de chemins possibles ont été produites où les opportunités de rencontre et d'échange, tant physiques qu'immatérielles (par la communication téléphonique par exemple), ont été mises en évidence. Ce qui ressort, c'est que pour pouvoir accueillir de manière efficace tout type de personnes dont certaines avec des problématiques complexes, les pratiques de collaboration entre les professionnels du soin et de l'accompagnement social doivent se réinventer. Une diversité des lieux névralgiques du travail collaboratif pour les différentes équipes émerge. L'accueil se joue aussi dans la forme d'accompagnement proposée : individuel, collectif, avec un seul soignant ou plusieurs, qui se concertent ou non... Si le travail collaboratif se joue largement via la communication téléphonique ou électronique, il nécessite aussi des lieux dédiés : salle de réunion d'équipe, couloirs par lesquels on accompagne l'utilisateur chez un collègue, local permettant des co-consultations, lieux d'accueil intermédiaires, etc.

Le design collaboratif pour penser « out-of-the-box »

La construction des CSSI reflète potentiellement un changement de paradigme des soins et de la santé. Leur qualité architecturale dépasse ou approfondit l'approche centrée patient (*person-centered care*), souvent au cœur des améliorations recherchées pour les espaces de soins dans la mesure où elle accompagne l'image du patient-client citoyen responsable et souverain dans ses choix de recours aux soins (Martin *et al.*, 2015). Elle considère également la personne dans son environnement de vie et dans la possible complexité de sa situation où peuvent s'entremêler polypathologie et problèmes sociaux. Elle tend également vers la qualité thérapeutique des locaux mais recherche de surcroît à soutenir les collaborations interprofessionnelles et intersectorielles, à favoriser un accès aux soins pour tous, à relier ses activités au quartier environnant.

Ce changement de paradigme vers l'intégration se joue aussi dans l'espace. La présence de différents services sous le même toit pourrait ne rien changer au travail de chacun sans la présence d'espaces partagés : au minimum les couloirs de circulation, au maximum des bureaux partagés entre les différentes équipes, fonctions ou disciplines. L'espace – soit la forme physique des locaux, leur agencement et la disposition des éléments de mobilier – joue un rôle dans l'accueil et donc dans les soins à deux égards. Premièrement, il influence les pratiques des professionnels comme celles des patients : il peut être contraignant et inciter éventuellement les usagers à une certaine créativité pour circuler dans les locaux harmonieusement, coordonner les soins, rendre possible la co-habitation de différents publics, etc. Mais il peut aussi, comme on l'a vu, soutenir ces pratiques, en ligne avec les valeurs et objectifs des CSSI. Réfléchir collectivement à la manière dont il peut le faire, en amont de la conception architecturale des centres, favorise la possibilité qu'il soit un élément actif et favorable à l'accueil et à l'accompagnement des usagers. C'est pourquoi, deuxièmement, en tant qu'objet du processus de co-conception des centres, il contribue à dégager un sens commun à l'action des professionnels et apparaît comme un paramètre sur lequel ils peuvent agir pour penser les soins.

La collaboration Metrolab-MDM a donné la possibilité de définir des espaces de dialogue entre les acteurs du champ de la santé impliqués ou potentiellement impliqués dans les futures CSSI.

La réalisation des dessins et maquettes a servi de support à la discussion, en permettant aux participants de visualiser leurs idées et de se projeter dans des situations spécifiques, ce qui a facilité les échanges entre eux, mais a également permis de préciser certains principes du projet. Les participants, pour leur part, ont joué le jeu. C'est-à-dire qu'ils sont sortis de leur zone de confort et ont commencé à jouer sérieusement ensemble. L'aspect ludique, découper des formes, les coller, dessiner, ne les a pas empêchés de s'exprimer en toute connaissance de cause, avec des angles de vue parfois contradictoires. Le dessin et la composition leur ont donné les moyens d'explorer des hypothèses qui, individuellement, auraient pu paraître impertinentes mais qui, en groupe, ont pris forme et sens. Un exemple de cela est la salle communautaire, un espace qui n'est pas conventionnellement inclus dans la liste des espaces d'un CSSI mais par rapport auquel tous les participants étaient d'accord et enthousiastes.

Cette collaboration a débouché sur des résultats concrets. En particulier, dans le cas du CSSI de Cureghem, les résultats des ateliers sur le paysage thérapeutique ont été intégrés dans le cahier des charges utilisé dans le cadre de l'appel d'offre pour la sélection d'un bureau d'architecte. Plusieurs éléments architecturaux ont été intégrés dans la conception finale.

Les conséquences pratiques de cette recherche connaissent cependant certaines limites. D'abord, la proposition retenue pour Cureghem a dû se positionner dans les lignes de tension, mises en évidence par l'atelier, entre des objectifs parfois contradictoires. Par ailleurs, les difficultés de collaboration sont liées précisément à la dimension informelle des ateliers de co-design qui ont été prévus par Metrolab et MDM une fois que les projets du CSSI avaient été définis dans leurs aspects procéduraux et économiques. Si le processus de co-conception avait été prévu plus tôt, les principes de gestion de l'espace qui ont émergé auraient peut-être eu un impact plus important sur la configuration globale des bâtiments abritant les futurs centres. En outre, ce qui a également fait défaut, c'est la continuité de la collaboration pendant toutes les phases du projet, y compris celles qui ont suivi les ateliers. Un regard « externe », comme celui de Metrolab lors de la mise en œuvre ultérieure du projet, aurait en effet pu garantir une réflexivité critique. Mais pour cela, Metrolab aurait dû être un interlocuteur dans la relation entre MDM et les acteurs du projet, publics et privés, et, dans le cas de Cureghem, avec le Bouwmeester maître architecte (BMA) qui a géré les phases de concours de City Gate I avec Solidarimmo.

L'expérience du Metrolab.Brussels nous apprend que pour l'ambition même du FEDER, ou bien des projets d'équipement urbain qui visent à contribuer à la régénération de certains des territoires les plus fragiles de Bruxelles, le projet de brique ne suffit pas. L'expérience nous enseigne que lors de la conception du programme, il est nécessaire de penser aux acteurs qui peuvent faire partie du projet et pour cela il est fondamental de reconnaître

le caractère expérimental de celui-ci. Le caractère « de novo » du projet de Cureghem, où le « contenu » (disciplines, équipes présentes, services offerts) reste à construire, a vraisemblablement permis de rassembler les bonnes pratiques reconnues concernant le « contenant ». En revanche, le processus d'intégration au sein du CSSI de Molenbeek de plusieurs structures déjà existantes a montré le caractère crucial du travail préliminaire des équipes pour se connaître, identifier les manières de travailler communes ou différentes et se mettre d'accord sur un degré d'intégration des services (qu'est-ce qu'on partage ? Jusqu'où va-t-on dans la collaboration ?). L'atelier sur les parcours des usagers a permis d'avancer dans ce travail, en complément d'autres activités menées (notamment sur l'accueil). Mais le fait que l'une des cinq équipes initialement partenaire ait choisi de ne pas poursuivre le projet témoigne de l'importance d'engager d'emblée et de maintenir une réflexion collective sur une vision partagée pour un tel CSSI.

Dans le cas de la collaboration Metrolab-MDM, cependant, le partage de certaines valeurs telles que l'attention à un public diversifié et fragile a permis de pallier certaines lacunes du processus et d'apporter ainsi une contribution concrète aux deux nouveaux CSSI de Bruxelles. Les ateliers de co-design visaient l'élaboration de CSSI intégrant effectivement les services et attentifs à l'accessibilité de différents publics. Si le second objectif a largement été traité, le premier reste pour l'instant le parent pauvre du projet. Quoique les espaces définis ensemble aient été pensés comme soutènement des collaborations interprofessionnelles, celles-ci doivent toutefois faire l'objet d'une élaboration pour être effectives dans chacun des deux centres.

Le partage de valeurs entre les chercheurs de Metrolab et les représentants de MDM mais surtout l'hypothèse concrète, issue des ateliers de co-design, d'ouvrir un espace communautaire, ont poussé à approfondir les relations avec les associations locales. *Cureghem en perspective*, par exemple, est une initiative conjointe qui a suivi les ateliers d'octobre 2016 et qui s'est appuyée sur l'implication d'un groupe d'étudiants universitaires de différents curricula qui avaient participé à d'autres activités Metrolab. L'objectif de cette initiative était, toujours à travers les ateliers de co-mapping, de faire le point collectivement avec certaines des associations travaillant à Cureghem sur les transformations en cours ou à venir affectant le quartier. L'hypothèse de base était que la régénération urbaine, dégagée de tout jugement, devait impliquer le réseau du tiers secteur déjà engagé à divers titres dans le quartier. Cette initiative a contribué à la création de liens solides entre MDM et d'autres acteurs locaux, qui assurent la continuité et la cohérence du projet.

Dans le même esprit, une autre initiative était « Across material and human flows: the cases of the Abattoirs and Médecins du monde in Cureghem », un atelier qui s'est déroulé en février 2018 et qui visait à faire le point sur les possibilités de collaboration en cours et à venir entre le réseau de santé de Cureghem lié à MDM et le réseau productif et commercial de l'Abattoir, dont un vaste espace abrite un abattoir historique mais aussi un marché populaire qui constitue une ressource pour le quartier et toute la Région de Bruxelles-Capitale.

Ces expériences de design collaboratif montrent comment le fait d'impliquer de manière proactive des experts et, le plus possible, des usagers dans le processus de développement des équipements de santé peut permettre non seulement de construire des réponses plus en phase avec les besoins de la vie quotidienne et les défis du bien-être des habitants, mais aussi et surtout comment le bien-être de la personne doit être pensé de manière extensive dans son environnement, en partant du nouvel équipement de santé, à travers les relations et les réseaux, jusqu'aux autres échelles de vie du quartier.

Bibliographie

- Belche, J.-L. (2016). *Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population*. Université de Liège, Liège.
- Berger, M., & Moritz, B. (2018). Inclusive urbanism as gatekeeping. In: Berger, M., Carlier, L., Moritz, B., & Ranzato, M. (eds.) *Designing Urban Inclusion*. Brussels: Metrolab series, 149-161.
- Chantraine-Demilly, L. (2008). Politiques de la relation : *Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve-d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.
- Contesse, A., & Kusendova, C. (2009). Anticiper L'évolution des hôpitaux. *A+ Revue Belge d'Architecture*, (219), 78-84.
- De Maeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R., & Devroey, D. (2014). *Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais!* Consulté à l'adresse https://www.dropbox.com/s/7u4vwwv91piyts/2014_1209_TogetherWeChange.pdf?dl=0
- Devlésaver, S. (2018a). Dossier: Réorganiser le social santé à Bruxelles. *Revue BIS*, (176).
- Consulté à l'adresse https://www.cbcs.be/IMG/pdf/bis_176_optimise_web.pdf?2110/57256cac4a1c4c48856c14b425e89903524cec56
- Devlésaver, S. (2018b). Le social et la santé dans un mouchoir de poche? *Revue BIS*, (176, Réorganiser le social santé à Bruxelles), 25-28.
- Fainzang, S. (2013). Champ-contrechamp : La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 83. <https://doi.org/10.7202/1024080ar>
- Foucault, M., Thalamy, A., Barret-Kriegel, B., Béguin, F., & Fortier, B. (1979). *Les Machines à guérir: Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles: P. Mardaga.
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: Apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413. <https://doi.org/10.3917/spub.075.0413>
- Gesler, W., Bell, M., Curtis, S., Hubbard, P., & Francis, S. (2004). Therapy by design: Evaluating the UK hospital building program. *Health & Place*, 10(2), 117-128. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(03)00052-2)
- Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les Maladies chroniques: Vers la troisième médecine*. Paris: Odile Jacob.
- Heath, G., Greenfield, S., & Redwood, S. (2015). The meaning of 'place' in families' lived experiences of paediatric outpatient care in different settings: A descriptive phenomenological study. *Health & Place*, 31, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.10.014>
- Martin, D., Nettleton, S., Buse, C., Prior, L., & Twigg, J. (2015). Architecture and health care: A place for sociology. *Sociology of Health & Illness*, 37(7), 1007-1022. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12284>
- Médecins du Monde. (2016). « *Création de dispositifs nouveaux soutenant la prise en charge de publics fragilisés à Bruxelles* ». *Candidature pour un financement du Fonds Européen de Développement Economique Régional (FEDER) à Bruxelles*. Médecins du Monde.
- Memon, A. R., & Kinder, T. (2017). Co-location as a catalyst for service innovation: A study of Scottish health and social care. *Public Management Review*, 19(4), 381-405. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1177107>
- Mertens, R., Paulus, D., & Van Den Heede, H. (2012). *Position Paper: Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique* (No 190Bs; p.70p). Consulté à l'adresse Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) website: https://www.dropbox.com/s/c30aduv3ser8ncj/2012_0000_OrganisationSoinsMCBelgique_KCE.pdf?dl=0
- Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (2008). *Maintenant plus que jamais : Les soins de santé primaires*. Consulté à l'adresse https://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1
- Rumball-Smith, J., Wodchis, W. P., Koné, A., Kenealy, T., Barnsley, J., & Ashton, T. (2014). Under the same roof: Co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management. *BMC Family Practice*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-149>
- Schrijvers, G. (2017). *Integrated care: Better and cheaper: with a selection of more than 100 good practices of integrated care*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Vaguet, A., Lefebvre, B., & Petit, M. (2012). Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode. *Bulletin de l'Association de géographes français*, 89(2), 214-223.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010.
- Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2013). *Enquête de Santé 2013: Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats* (Enquête de santé No D/2014/2505/53; Auteur: Vignes Maguelone – Version: 26 juin 2019 10 p. 36 p.). Consulté à l'adresse ISP-WIV website: https://www.dropbox.com/s/xgirqp6fcqb9vni/2013_0000_EnqueteSantelSP_SanteBienEtre.pdf?dl=0
- Van der Heide, I., Snoeijs, S., Melchiorre, M. G., Quattrini, S., Boerma, W., Schellevis, F., ...
- On behalf of the ICARE4EU project team. (2015). *Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: An overview*. Consulté à l'adresse Netherlands Institute for Health Services Research website: <http://www.icare4eu.org/pdf/Innovating-care-for-people-with-multiple-chronicconditions-in-Europe.pdf>
- Van Rijn, H.; Stappers, P. J. Expressions of ownership: motivating users in a co-design process. In *Participatory Design*; 2008; pp.181-184.
- Vignes, M. (2015). *Se soigner dans la ville. Gestion urbaine de la santé et parcours urbains de soins de personnes vivant avec le VIH/sida. Approche comparative des cas de Bruxelles et Rouen*. (Université Saint-Louis – Bruxelles / Université de Rouen). Consulté à l'adresse https://www.dropbox.com/s/waonri79yzn7fm8/2015_0123_SeSoignerDansLaVille_TheseMaguelone.pdf?dl=0
- Vignes, M. (2017). *Face à la complexité des soins : adaptation du cadre stratégique du RMLB*. RMLB.
- Water, T., Wrapson, J., Reay, S., & Ford, K. (2018). Making space work: Staff socio-spatial practices in a paediatric outpatient department. *Health & Place*, 50, 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.01.007>

Concevoir le paysage thérapeutique d'un centre socio-sanitaire intégré. Agencement, ambiances des locaux et circulations

Maguelone Vignes

« Ces contradictions sont un aspect indissociable de toute culture humaine. En fait, elles sont ses moteurs et expliquent la créativité et le dynamisme de notre espèce. Tout comme le choc de deux notes de musique jouées ensemble donne son élan à un morceau de musique, la discorde de nos pensées, idées et valeurs nous oblige à penser, à réévaluer, à critiquer. La cohérence est le terrain de jeu des esprits bornés. (...) Rechercher les situations sans issues, dites catch 22, [d'une culture], les points où les règles se contredisent et où les normes se bousculent. C'est au point même où [cette culture] vacille entre deux impératifs que vous [la] comprendrez le mieux ».

– Yuval Noah Harari (Harari et Dauzat 2017, 197-98)

Qu'est-ce que la conception de l'espace dit de la conception que les professionnels ont de leur métier, de leurs relations à d'autres professionnels et de leurs relations aux patients ? Comment les acteurs se sentent-ils soutenus ou gênés dans leurs pratiques par l'agencement des locaux, les atmosphères qui s'en dégagent, la circulation des usagers au sein d'un centre de soins et d'aide ?

Après avoir décrit dans l'article précédent l'intérêt et la portée du design collaboratif au regard des transformations socio-épidémiologiques actuelles et de l'intégration des soins, nous nous concentrons maintenant sur les résultats issus de l'une des deux modalités mentionnées précédemment, à savoir la méthode mise en oeuvre pour l'imagination d'un « centre idéal » pour Cureghem, lors des ateliers d'octobre 2016.

Pour rappel, Médecins du monde (MDM) a sollicité l'appui du Metrolab, pour la conception des locaux du futur Centre Socio-Sanitaire Intégré (CSSI) de Cureghem. La livraison des locaux étant prévue pour 2022, un cahier des charges devait être validé par le Conseil d'Administration en décembre 2016 pour être transmis au pouvoir adjudicateur du bâtiment, soit Citydev.Brussels pour la partie logement et Solidarimmo pour le rez-de-chaussée occupé par le CSSI. Ce cahier des charges allait permettre de procéder à l'appel d'offres pour la réalisation des travaux dans les locaux du centre. En vue de la rédaction du cahier des charges, l'objectif pratique du travail était de détailler la composition du centre et les effets attendus de l'espace pour chaque salle envisagée, ainsi que les interrelations entre les salles et la circulation des différents publics et professionnels dans les espaces.

Comme nous l'avons indiqué dans l'article précédent, travailler sur l'objectif très concret de la forme des locaux a contribué, en tant que processus, à l'adoption d'une vision intégrée des soins et de l'aide, quoique les participants conviés ne soient pas les futurs usagers du centre, mais des acteurs dont l'expérience pouvait nourrir la réflexion sur les espaces et leur conception. Le processus de design collaboratif a également permis d'investiguer plusieurs aspects intervenant dans la conception du centre: les manières dont l'espace créé par l'architecture maintient et mobilise des identités collectives – professionnelles ou de quartier – (Martin *et al.* 2015), éventuellement autour de valeurs et visions partagées, les façons de créer «des poignées» pour que les habitants de différentes catégories puissent se saisir de la ressource que peut devenir pour eux le CSSI.

Au cours du processus de co-design, quelles orientations symboliques et pratiques, éventuellement contradictoires, ont été exprimées? Où ont été placés les curseurs entre sécurité et accessibilité, entre convivialité et gestion des flux de publics mixtes, entre individu et collectif, entre calme et mouvement dynamique? La somme de ces options construit un paysage thérapeutique (*therapeutic landscape*) plus ou moins soutenant pour la qualité de l'aide et de l'accompagnement du point de vue des patients/bénéficiaires et de celui des professionnels (Curtis *et al.* 2007; Vaguet, Lefebvre, and Petit 2012).

Le premier point expose la méthodologie élaborée pour cet atelier. Le deuxième point fait état des résultats relatifs à chaque partie des locaux, mettant en évidence les lignes de tension entre les différents objectifs et aspirations pour ce centre. Il détaille en particulier les espaces pour lesquels les réflexions ont été les plus denses et où apparaissent les principales caractéristiques du centre. Enfin, sur base de ces caractéristiques, le troisième point applique le concept de «paysage thérapeutique» à l'espace conçu lors des ateliers, croisant ainsi les dimensions matérielle/physique, sociale et symbolique qui ont émergé durant les travaux collectifs.

1. Méthodologie de l'atelier «archi»

Cet atelier, découpé en 3 séances de 3 heures, a rassemblé des représentants de patients et des professionnels dont les métiers seront potentiellement inclus dans le futur centre, certains d'entre eux ayant une expérience du travail intersectoriel dans un lieu commun de soins et d'accompagnement. Les participants étaient informés du fait que la démarche avait pour objectif de jeter les bases de la conception du futur centre socio-sanitaire intégré de Cureghem. Ils ont imaginé ce centre dans le contexte urbain bruxellois qu'ils connaissent, sans que celui-ci corresponde forcément à la zone de Cureghem¹ (voir Tableaux 2, page 25 du livre).

La réalisation des dessins et maquettes a servi de support à la discussion, en permettant aux participants de visualiser leurs idées et de projeter leurs activités dans l'espace, ce qui a facilité les échanges entre eux. L'alternance de travaux réalisés individuellement et de travaux réalisés en groupe, ainsi que le partage de ces travaux entre les groupes a permis de créer les conditions d'intersubjectivité favorables à l'explicitation des espaces et ce qui en est attendu. Ce processus a fait émerger, pour chaque élément (façade, accueil, salle d'attente, cabinet, etc.) un ensemble de lignes de tension entre les effets attendus de l'architecture du bâtiment.

2. Le design particulier des différentes pièces: trouver un équilibre entre les différents objectifs

L'atelier de co-design a permis de dégager l'organisation générale des locaux d'un CSSI idéal d'une part, et de détailler chaque composante spatiale de cette organisation générale. Pour chacune, un ensemble de lignes de tensions ont été mises en évidence. Le tableau ci-dessous reprend chacune des composantes co-conçues lors de l'atelier et les lignes de tensions qui les traversent (Tableaux 1).

On remarque que seuls les espaces de détente réservés aux professionnels ainsi que les espaces dédiés à l'administration n'ont pas fait l'objet de qualifications potentiellement contradictoires.

¹ Pour une description plus détaillée du processus méthodologique, voir: Scheens, Bénédicte, Projet FEDER CSSI – Volet recherche architecture, Médecins du Monde, 2017 et Vignes, M. & Ranzato, M. «Du Bâtiment au territoire: concevoir les locaux d'un centre socio-sanitaire intégré» <http://metrolab.brussels/publications/espaces-de-soin-dubatement-au-territoire>.

Composante spatiale du CSSI	Lignes de tension
Aspect extérieur du bâtiment / façade et insertion dans le quartier	Intégré \longleftrightarrow Singulier Connu \longleftrightarrow inconnu Solidité \longleftrightarrow mouvement
Entrée	Ouverture \longleftrightarrow sécurité
Accueil	Accessibilité, ouverture, convivialité \longleftrightarrow contrôle, sécurité Rencontre \longleftrightarrow gestion des flux entrant et sortant Luminosité, transparence, ouverture \longleftrightarrow confidentialité, intimité Calme \longleftrightarrow mouvement
Salle d'attente	Mélangé \longleftrightarrow différencié Convivialité \longleftrightarrow sécurité, protection Chaleureux \longleftrightarrow professionnel, compétent Calme \longleftrightarrow mouvement Confortable \longleftrightarrow hygiénique et fonctionnel
Cabinet médical	Sécurité \longleftrightarrow intimité
Cabinet de psychologie ou d'assistance sociale	Calme \longleftrightarrow mouvement Confiance \longleftrightarrow Inconnu Vide \longleftrightarrow fouillis
Cabinet d'infirmerie ou de kinésithérapie	Calme \longleftrightarrow mouvement
Espaces enfants / cabinets de pédiatrie	Calme \longleftrightarrow stimulant
Espace de travail collectif avec les usagers	Serein \longleftrightarrow dynamique Détente \longleftrightarrow travail collectif
Espace communautaire ouvert au quartier	Unique \longleftrightarrow Multiple Individu \longleftrightarrow collectif Calme \longleftrightarrow mouvement Détente \longleftrightarrow travail
Espace détente réservé aux professionnels	Sécurité, tranquillité, confidentialité
Espaces réservés à l'administration	Réservé
Jardin	Mélangé \longleftrightarrow Séparé Repos \longleftrightarrow Activité
Toilettes	Accessibilité \longleftrightarrow Contrôle, sécurité
Douches	Accessibilité \longleftrightarrow Contrôle, sécurité

Tableaux 1. Lignes de tensions pour chaque espace.

La façade du bâtiment: à la fois intégrée et singulière

Qu'est-ce qui, dès l'extérieur du bâtiment, pourra donner aux usagers potentiels le sentiment d'être les bienvenus dans ce CSSI? Les résultats de l'atelier ont montré qu'il est attendu de la façade du bâtiment qu'elle mette en tension les caractéristiques suivantes: Intégré/singulier, connu/inconnu, solidité/mouvement.

Les participants ont exprimé leurs visions en prenant le contrepied d'autres modèles: hygiéniste, technologique, bureaucratique. Pour eux, un bâtiment paraissant «trop aseptisé», «trop froid ou bureaucratique», ou encore trop tourné vers la technologie risquerait de repousser certains publics et ainsi d'en freiner l'accessibilité.

Se démarquant de ces modèles, les participants ont mis en évidence l'intérêt d'un bâtiment visible, identifiable, repérable, lisible, tout en étant «à hauteur d'homme», en harmonie avec le tissu bâti environnant pour paraître accessible et appropriable par les habitants du quartier. Il doit s'intégrer visuellement, pour faire partie du quotidien, comme le sont les problèmes auxquels il répondra et les activités qui y seront menées.

L'aspect extérieur du bâtiment doit inviter à franchir la porte en attisant la curiosité par un aspect inconnu, tout en disposant d'éléments connus. Il doit dégager une impression de solidité et de stabilité pour exprimer la réassurance et la sécurité tout en incorporant un effet de mouvement – la promesse d'une utilité et d'une efficacité – qui indique que du travail s'effectue à l'intérieur de ce bâtiment.

Par ailleurs, les participants aspiraient à une certaine sobriété pour le CSSI, indiquant que ses aspects extérieurs et intérieurs ne devaient être ni trop beaux, ni trop parfaits, ni trop grandioses mais propres et avenants. L'objectif est que tout public puisse se reconnaître comme un usager potentiel du centre, sans qu'un marquage social ne le retienne d'entrer. En ce sens, l'atelier rejoint les observations de Caroline De Pauw, qui a montré à propos des cabinets de médecine générale en France que «la corrélation entre les conditions d'aménagement du cabinet et l'activité médicale semble pertinente: les cabinets les plus dégradés, avec les salles d'attentes les moins entretenues (papier peint déchiré, toilettes hors service ou inaccessibles, moindre propreté, etc. sont également les cabinets à plus faible activité et les cabinets médicaux les plus avenants ont la plus forte activité. Cela tend à montrer que les patients, quel que soit leur statut social, préfèrent se rendre dans un cabinet qui leur semble plus avenant» (De Pauw 2017, 53).

L'entrée: allier forte accessibilité et sécurité

L'atelier a pointé un équilibre à trouver entre une entrée la plus ouverte possible, permettant une circulation fluide, et des garanties de contrôle et de sécurité pour pouvoir accueillir des publics dont le comportement pourrait être gênant ou agressif envers les autres usagers.

Les participants ont évoqué la transparence des portes comme étant à même de réaliser ce compromis. En effet, elle peut donner une impression d'être légère et facilement franchissable. Elle est aussi rassurante pour celui qui vient de l'extérieur, car elle laisse voir l'intérieur. En même temps, la transparence permet

aux personnes de l'intérieur de voir qui rentre dans le CSSI. C'est pourquoi les participants à l'atelier d'octobre ont indiqué que l'entrée doit être visible depuis le bureau d'accueil, mais en être à distance pour permettre la confidentialité des propos échangés au bureau d'accueil.

La grande accessibilité de l'entrée se joue aussi dans la facilitation symbolique et matérielle de l'accès d'une diversité de publics : la situation de plain-pied, sans marches, encouragera les personnes à mobilité réduite et les familles avec poussette à pénétrer dans le bâtiment. Les participants ont également imaginé la présence d'espaces réservés et sécurisés pour garer poussettes, vélos ou trottinettes, ainsi qu'un espace extérieur où il soit possible de laisser son chien. Il s'agit de réduire les obstacles à l'entrée et inviter à franchir les portes facilement.

Les participants ont envisagé l'éventualité de prévoir une entrée secondaire, en plus de l'entrée principale décrite ci-dessus, afin de faciliter l'accès des usagers de drogue et de préserver le travail de la structure qui les accompagne. De même, la question de l'entrée et de la circulation des membres du personnel dans le CSSI a posé question : que l'entrée soit commune au personnel et aux usagers pourrait traduire une certaine horizontalité dans les relations entre les uns et les autres, conformément aux valeurs des CSSI, tendant à une forme de partenariat entre soignants/soignés, accompagnant/accompagnés. Cette configuration permettrait aussi une forme de convivialité entre eux (en effectuant le même chemin, en passant par les mêmes couloirs et la salle d'attente). Cependant, le revers pour les professionnels est le risque de se voir interpellé même lorsque l'on n'est pas disponible, et de ne pouvoir se préserver à certains moments, alors que les situations de travail peuvent parfois être éprouvantes.

Le bureau d'accueil : entre écoute et gestion

Martin et ses co-auteurs font observer que l'architecture traduit et induit le positionnement des groupes professionnels (Martin *et al.* 2015, 6). Si tel est le cas, l'attention portée aux accueillants lors de cette séance de co-design, mais également lors d'autres ateliers effectués dans le cadre du projet de CSSI, révèle à quel point l'accueil est un enjeu crucial pour le bon fonctionnement d'un tel centre.

Alors que le rôle de certains métiers moins considérés dans la hiérarchie des métiers de la santé – comme celui des infirmières par rapport aux médecins en milieu hospitalier – a été largement étudié en sociologie de la médecine (Hughes 1996 ; Freidson 1984), les contours de la fonction ou du métier d'accueillant restent encore un angle mort de la discipline. L'effort de reconnaissance de cette activité s'est traduit par la définition de profils de poste, via la réalisation d'une fiche métier², mais également dans les aménagements imaginés lors de l'atelier pour mettre en pratique ce métier, qui en réalité recouvre plusieurs fonctions. Celles qui sont répertoriées sont les suivantes : accueil présentiel (au bureau d'accueil ou en salle d'attente), accueil téléphonique,

² Cette réflexion a été menée notamment au sein d'un groupe de travail spécifique et lors d'une journée consacrée à l'accueil en novembre 2017, ayant réuni les services appelés à se réunir tous dans le CSSI projeté à Molenbeek (cf. article précédent).

gestion administrative et accueil confidentiel ou de crise. La séparation claire de ces fonctions s'incarne dans le design imaginé pour les espaces : espace de gestion administrative et d'accueil téléphonique séparé de la zone d'accueil présentiel, espace d'échange confidentiel et d'accueil de personne en situation de crise dans un espace attenant réservé.

En résonance avec les travaux de l'atelier de co-design, les participants à la journée de novembre 2017 consacrée à l'accueil dans le CSSI de Molenbeek ont fait part du besoin de pouvoir se consacrer à l'écoute des personnes qui se présentent sans que les tâches administratives ou l'accueil téléphonique ne viennent interférer et miner la qualité de l'attention à un moment crucial, particulièrement pour les publics les plus vulnérables. C'est pourquoi ils préconisent de séparer le bureau d'accueil des tâches administratives et du téléphone. Ils plaident également pour la présence de deux personnes à l'accueil en permanence, jusqu'à quatre plus ponctuellement³. Un tel nombre de personnes permettrait non seulement de diviser les tâches (d'un côté l'accueil, de l'autre l'administration et l'accueil téléphonique), mais aussi d'orienter adéquatement les personnes en respectant la confidentialité des situations ou la tranquillité et la sécurité des publics présents.

L'atelier de co-design a souligné l'intérêt d'un dispositif de double bureau d'accueil : l'un principal, plus grand, vers lequel on se dirige instinctivement, et l'autre en retrait, plus petit, éventuellement dans un petit local réservé et attenant à l'accueil principal. Cette configuration, qui pourrait aussi prendre la forme d'une petite salle de consultation d'appoint, située près de la porte d'entrée, permettrait au personnel d'accueillir de manière privilégiée les personnes qui souhaiteraient plus de confidentialité ou celles en situation de crise, en leur réservant une attention spéciale tout en les isolant des autres usagers. On voit ici que la configuration spatiale ne remplace pas la présence humaine mais la soutient.

Dans les CSSI, les accueillants devront effectuer un important travail d'orientation des personnes vers les différents services et locaux présents dans le centre, et ce, en s'appuyant sur l'expérience développée par chaque structure ou type de service pour accueillir son propre public. Ainsi est-il possible que l'accueil ne se joue pas uniquement dans l'entrée et le bureau d'accueil, mais puisse avoir lieu de manière moins formelle par exemple dans une salle de type « communautaire » (cf. infra). Les liens et la communication avec les professionnels vers qui les accueillants orientent les usagers viendront compléter l'organisation spatiale du bureau d'accueil.

³ Le centre devait alors regrouper 5 services déjà existants, rassemblant une soixantaine de travailleurs et accueillant les 5 publics préexistants et promettant une activité et des flux denses.

La salle d'attente: permettre la cohabitation de différents publics et mettre le patient au centre

« Pour les problématiques ou comportements qui pourraient gêner les personnes dans les salles d'attente: on pourrait répartir les personnes sans que ce soit stigmatisant »

(participante à la session du 11 octobre, description de son plan individuel)

Au contraire de modèles hospitaliers qui tendent à la différenciation spatiale des publics (Martin *et al.* 2015), le CSSI, en tant que lieu de soins primaires et espace ancré dans le quartier, entend accueillir toutes les personnes sans distinction. La salle d'attente et les débats qu'elle a soulevés marquent ce souhait et le défi qu'il représente. Elle a fait l'objet d'une attention particulière puisqu'elle contiendra pour un laps de temps donné des publics potentiellement différents comme, par exemple, des familles avec bébés venus pour les services de l'ONE, des personnes âgées du quartier, des personnes sans abri et des usagers de drogues. L'option d'une salle d'attente commune à tous les publics est vue comme le moyen d'éviter la stigmatisation. En effet, des salles d'attente particularisées (pour le planning familial ou pour le service d'aide aux usagers de drogue par exemple) risqueraient de rebuter ceux qui préfèrent rester discrets sur le motif de leur présence.

Cependant, pour les participants, il n'est pas question de forcer la rencontre entre des publics divers, mais plutôt de permettre leur cohabitation harmonieuse pour que chacun se sente bien et autorisé à être là. Si l'on suit les observations de Caroline de Pauw dans son enquête auprès de médecins généralistes, un aménagement réfléchi de la salle d'attente tendrait à réduire les risques de heurts. A partir de plusieurs indicateurs, l'auteur esquisse une estimation de l'impact de l'organisation de la salle d'attente sur l'apaisement des patients consultés: signes d'impatience malgré les temps d'attente, marques de politesse et de courtoisie. Elle observe que la salle d'attente qui a fait l'objet d'une réflexion et d'un aménagement spécial lors de la rénovation dans l'objectif d'apaiser les patients venus consulter atteint de meilleurs scores que les autres salles d'attente observées, sans que le statut social des patients et la mixité sociale observés dans les salles d'attente, soient des variables significatives (De Pauw 2017).

Lors de l'atelier, les discussions et dessins ont abouti à la conception d'un accueil indistinct contenant des espaces avec marquages légers de séparation des différents publics (jeux, plantes,...): au sein même de « l'enclave inclusive » que représente le CSSI dans le quartier de Cureghem (Berger & Moritz 2018), la salle d'attente telle que conçue dans l'atelier opte pour une mixité juxtaposée, ménageant la possibilité d'une rencontre sans l'imposer.

Ainsi, il est attendu de la salle d'attente qu'elle soit globalement un espace mélangé, mais comprenant des aires dédiées à des usages particularisés (jeux pour enfants, point d'information,...). Comme l'accueil, la salle d'attente doit être conviviale tout en garantissant la sécurité, être chaleureuse tout en indiquant à l'utilisateur qu'il se trouve dans un lieu compétent et fiable, être calme tout en permettant le mouvement des différents publics et membres du personnel, être

confortable tout en restant hygiénique (facile à nettoyer) et fonctionnelle. Pour autant, les participants de la journée de novembre 2017 ont rappelé la nécessité qu'elle reste un lieu de transit entre accueil et salles de consultations. Ils ont évoqué le risque qu'elle ne devienne un lieu où stationnent des personnes qui n'ont pas l'intention de se rendre en consultation. La présence dans le centre d'espaces réservés au travail communautaire et à un accueil sans objectif de suivi médical ou social devrait permettre d'accueillir les personnes qui présentent ce besoin tout en évitant l'encombrement de la salle d'attente.

« La salle d'attente est au milieu, et tout part de là »,

(participante à la session du 11 octobre, description de son plan individuel)

« On aime bien que ce soit rond, l'espace central avec la salle d'attente, qu'on puisse circuler tout autour »

(Groupe de participants du 11/10, description du plan collectif)

Alors que dans d'autres contextes comme certains cabinets médicaux étudiés par Aline Sarradon-Eck, Caroline de Pauw ou Marc Augé, la salle d'attente a pu être « un non-lieu, un espace de cohabitation anonyme et impersonnel où ni l'identité, ni l'histoire ne sont symbolisées, et que les usagers ne peuvent s'approprier » (Sarradon-Eck 2010, 102), elle quitte ici son statut de lieu par défaut, impensé du processus thérapeutique, pour devenir le centre névralgique du CSSI. En effet, par sa position de contact à la fois avec l'entrée et le bureau d'accueil et les salles de soins et d'accompagnement, la salle d'attente apparaît comme la plaque tournante du centre. Elle offre un sas de stationnement entre les flux vers l'entrée/sortie et l'ensemble des autres pièces du CSSI.

Certains professionnels ont cependant fait part du besoin qu'elle soit suffisamment séparée ou distante des salles de réunion et locaux réservés au personnel afin d'éviter d'être interpellés par des patients/usagers lors des moments de pause ou de réunion. On trouve donc ici une forme de hiérarchie des espaces en trois niveaux allant du général au particulier et de l'accueil aux « coulisses » du travail. Autrement dit, les espaces les plus facilement accessibles (à l'avant, proches de l'entrée, collectifs) sont réservés à l'accueil et à la co-présence des publics, les espaces intermédiaires tels que les cabinets de consultation sont réservés à un accueil individuel (personne avec ou sans ses proches) et au cœur de métier et enfin les espaces les plus reculés (à l'arrière et à accès restreint), sont dédiés aux travailleurs (détente et collaborations).

La salle d'attente pose ainsi, comme l'entrée, la question de la séparation des flux entre professionnels et usagers/patients.

« Les observations de Caroline De Pauw dans les salles d'attente de médecins généralistes français réfutent l'idée selon laquelle les 'médecins aménagent, consciemment ou non, les salles d'attente selon les pré-supposés d'exigence de la catégorie sociale dominante dans leur clientèle' (Sarradon-Eck 2010, 102), qui induirait que les salles d'attente des médecins exerçant en secteur favorisé soient les mieux entretenues, voire les plus cossues, et que les salles d'attente

des secteurs défavorisés soient parmi les plus minimalistes, voire les plus détériorées. (...) Plutôt qu'un aménagement lié aux exigences présumées de leur patientèle, les médecins portent donc à leur salle d'attente une attention corrélée à la fonction qu'ils lui attribuent» (De Pauw 2017, 67). Ainsi, Caroline De Pauw distingue quatre fonctions de la salle d'attente :

- **attente** : « espace neutre, sans rôle à jouer, tant pour le médecin que pour ses patients » ;
- **sas de décompression** : « Souhait du médecin d'une coupure entre l'arrivée au cabinet et la consultation pour que la consultation se passe au mieux possible » ;
- **confort** : « Le seul souci du médecin est que le patient se sente bien dans sa salle d'attente, sans faire le lien avec la consultation à venir » ;
- **convivialité** : « Souhait du médecin de permettre une détente aux patients, voire un lien entre eux. Conviction que de bonnes conditions d'accueil sont un préalable pour une consultation sereine et de qualité ».

L'auteur observe que la fonction de la salle d'attente semble corrélée au modèle de relation médecin-patient : pour les médecins des modèles « informatifs » ou « délibératifs » (Emanuel 1992), « l'investissement dans la salle d'attente va être important et surtout continu. Ce sont des salles d'attente dont l'équipement évolue, (...) avec des modifications (...) tant de la décoration que de l'ameublement ou des lectures » (De Pauw 2017, 68). Lors de l'atelier, l'attention claire au bien-être des patients, à la possibilité de leur co-présence voire de leur rencontre fait nettement dominer la fonction « convivialité », telle que décrite par Caroline De Pauw dans sa typologie. Même si le bien-être en salle d'attente comme « préalable à une consultation sereine et de qualité » (De Pauw 2017, 68) n'a pas été évoqué explicitement, cette préoccupation est à relier à l'approche centrée sur la personne (*person-centred care*), partagée par les participants. Cette approche consiste notamment à considérer les différents types de problèmes que peut rencontrer un patient – ou un bénéficiaire si l'on étend l'approche à l'accompagnement social comme c'est le cas du CSSI –, en plus de son problème principal (*Biopsychosocial perspective*), et à adapter les soins à la personnalité, aux inquiétudes et aux capacités de la personne pour favoriser son autonomie (*Patient-as-person*), (Mead and Bower 2000). C'est ce message que les participants ont cherché à faire passer en concevant la salle d'attente. En effet, si l'on suit Jean Peneff (Peneff 2000), les différentes caractéristiques de l'espace – en l'occurrence : propreté, mixité juxtaposée, fonctionnalité, convivialité... – donnent une indication de la conduite à tenir vis-à-vis de l'institution médicale, soit la forme des relations possibles entre les professionnels et les personnes qu'ils accompagnent.

De même, l'attention portée au design de la salle d'attente tend à lui donner une véritable place comme « salle de vie » (De Pauw 2017, 72), appropriable par les patients au sein du centre.

L'auteur observe également que la salle d'attente peut être « le parent pauvre du cabinet médical si un consensus à son sujet n'émerge pas », ce qui montre l'importance, pour le projet thérapeutique d'un CSSI, de construire ce consensus, ce que l'atelier de co-design a fourni une occasion de faire.

La salle communautaire : un espace intermédiaire

Le développement des maisons médicales en France et la rénovation ou l'ouverture de certaines en Belgique montre que « les salles d'attente sont de plus en plus souvent conçues comme des espaces ouverts, favorisant pour leur part la rencontre des patients » (De Pauw 2017, 66). On peut penser que l'attention au caractère ouvert de cet espace est d'autant plus forte à Bruxelles, où les maisons médicales occupent souvent d'anciens immeubles de rapport non conçus pour leurs activités. La co-conception d'un « centre idéal » a donc conduit à pousser cette attention plus loin encore, avec l'insertion d'un nouvel espace complétant l'équipement de base (accueil, salle d'attente, cabinets) : la salle communautaire. Ses objectifs sont d'ouvrir le centre sur le quartier, de l'intégrer dans le paysage et les pratiques locales, de favoriser la rencontre des patients entre eux et celle entre patients/bénéficiaires et professionnels. Nous avons vu que la salle d'attente est de plus en plus pensée comme un lieu à part entière, antichambre du colloque singulier, qui vise à le préparer en favorisant le bien-être, mais aussi à multiplier la mise à disposition de ressources sociales qui permettront d'agir sur une synergie entre dimensions sociales et sanitaires de la vie. L'introduction d'une salle communautaire prend à bras le corps cet aspect, en créant un espace dédié à l'accueil et aux activités communautaires.

La salle communautaire représente un espace intermédiaire d'abord parce qu'elle constitue le lien entre dedans et dehors, entre le CSSI et son quartier. Idéalement, elle sera située de plain-pied avec la rue et sera dotée d'une entrée spécifique. Cette situation symbolise la proximité avec le quartier et la mission de service à la population que se donnent les CSSI.

La salle communautaire serait située proche de l'entrée, afin de signifier l'ouverture aux habitants du quartier et pour qu'ils puissent se l'approprier plus aisément. Elle doit évoquer l'harmonie, le bien-être et la sérénité. Les participants à l'atelier d'octobre 2016 ont décrit un lieu pareil à un refuge urbain où la multiculturalité et les particularités de chacun puissent se rassembler autour d'un travail commun.

La salle communautaire devrait être modulable pour permettre des configurations adaptées à diverses activités (cuisine, gymnastique, travail en petit ou en grand groupe...), ou être démultipliée en plusieurs salles réservées à l'accueil communautaire.

Ainsi, l'espace communautaire représente un espace intermédiaire également parce qu'il pourrait être un endroit où les personnes seraient autorisées à être là sans qu'aucune attente ne pèse sur elles, ou sans qu'elles doivent entrer dans un parcours de soins formel. Il serait l'un des moyens de répondre à l'objectif d'accessibilité « bas seuil » des CSSI, dans lequel la possibilité de créer un lien

est le soutien prioritaire. En particulier, la journée plénière des équipes du CSSI de Molenbeek en juin 2018 a montré l'importance d'un tel espace d'accueil intermédiaire pour l'équipe d'accompagnement des usagers de drogue. En effet, il leur faut parfois pouvoir « avancer masquer » dans la prise en charge et commencer un travail d'accompagnement sans l'étiquette « assistant social » ou « psychologue », qui leur ferme parfois le dialogue. Un espace d'accueil intermédiaire permet alors d'effacer les frontières pour permettre l'accueil de personnes réticentes face à l'institution et à tout élément trop formel.

L'effacement des frontières est également un élément clé pour comprendre l'ambition du CSSI de s'intégrer dans le quartier et de faire partie du quotidien des habitants. Martin *et al.* signalent que l'architecture hospitalière a peu à peu brouillé les pistes en reprenant les codes de l'hôtellerie ou du centre commercial. L'implantation de magasins dans les hôpitaux et parallèlement de services de santé dans les espaces commerciaux participent de ce même mouvement de brouillage des frontières. Pour certains analystes, ce mouvement démontre clairement la primauté de l'objectif de rentabilité financière poursuivi par le secteur hospitalier (Martin *et al.* 2015). Or, avec le CSSI, on observe également un brouillage des frontières sectorielles, et l'on observe que les deux dispositifs (hôpital ou centre de première ligne), partagent tous deux ce que Martin *et al.* appellent une « esthétique anti-institutionnelle » (Martin *et al.* 2015, 1013). Mais dans le cas du CSSI, le brouillage des frontières est multiple : entre impératifs sociaux et de santé, entre lieu de soins et lieu d'accueil pour tous, entre espace réservé et espace public, entre logement et équipement de services...

Surtout, du point de vue des participants, il ne doit pas adopter les codes commerciaux ni symboliser un impératif de rentabilité financière. Le centre communautaire saillant est un espace d'appel, qui vise à augmenter l'accessibilité du centre en l'intégrant dans le quotidien des habitants. Dans les discours des participants aux ateliers, c'est l'équité qui est visée à travers l'augmentation de l'accessibilité : il s'agit d'attirer un public large, qui peut être réticent vis-à-vis des démarches de soins et d'aide. L'ancrage du centre dans un immeuble de logement, et non dans un équipement commercial va dans le même sens. Pareillement, la salle communautaire permettrait à ceux qui la fréquentent de prendre un café, ce qui induirait d'autant plus son inscription dans la normalité du quotidien, comme dans les hôpitaux où la présence de cafés renforce chez les patients un sentiment de retour à la normale pendant le séjour hospitalier (Douglas and Douglas 2005).

Ainsi, dans l'offre de soins, le CSSI se pose de manière complémentaire à l'hôpital, mais avec une proposition symbolique alternative : l'équité, la convivialité, l'inscription dans le quotidien sont plus importantes que la rentabilité financière et la guérison (qui ne sont bien sûr pas non plus les seuls référentiels hospitaliers). Dans ce mouvement, le CSSI partage avec l'hôpital des codes qui visent à incarner une approche centrée sur la personne, comme le confort du mobilier.

Dans la description que les participants ont fait de l'espace communautaire, la personne est au centre de l'attention, on ne prend pas seulement soin d'elle via le confort et le design, on vient la chercher, on l'invite

à entrer : l'ambition est de se démarquer de la représentation de « machine à guérir », technologique et rationnelle attachée à l'hôpital, où chacun – soignant ou patient – serait pris dans des processus organisationnels qui s'imposent à lui et le dépassent, où la personne doit se conformer à l'outil et non l'inverse. Ici la salle communautaire fonctionne comme un espace d'ajustement mutuel, où professionnels et bénéficiaires peuvent s'approprier. A travers cet espace, les premiers pourraient mieux connaître les besoins des seconds, tandis que les seconds pourraient prendre le temps de s'ouvrir à leur manière aux premiers. En ce sens, le CSSI tente d'incarner un autre renversement de paradigme dans la rencontre entre offre et besoins de soins et d'accompagnement.

Le jardin : « on peut tout oublier sauf le jardin »

Quitte à rêver un espace idéal, les participants ont unanimement placé dans leurs plans un jardin, des espaces verdurisés, des plantes : la matérialisation d'un lien avec la nature. Au-delà de cette aspiration, cet espace pourrait répondre également à l'objectif d'accessibilité du centre (Figure 1).

« On aurait dû mettre le jardin central. Et tout tourne autour ».

(Groupe de participants du 11/10, description du plan collectif).



Figure 1. Illustration du futur jardin.

© Baeb (<http://www.baeb.eu/projects/goujons-housing/>)

Le jardin est directement relié à l'espace communautaire ouvert sur le quartier. Il est également lié à la salle d'attente et à la cuisine/espace détente pour le personnel. Les cabinets et quasiment tous les espaces du centre sont dessinés avec une ouverture ou une vue sur le jardin. Idéalement, une porte du local vélos ouvre vers le jardin. Les chiens pourraient aussi emprunter cette entrée.

Trois types de groupes auraient donc accès au jardin : les habitants et le quartier via l'espace communautaire, les usagers du centre via la salle d'attente, le personnel via l'espace qui leur est réservé ainsi que les locaux dédiés à l'administration.

Le jardin engagerait donc potentiellement des usages multiples. Pour les participants, la vue de la verdure du jardin doit procurer l'apaisement depuis l'ensemble des locaux. En même temps, c'est un endroit où les enfants doivent pouvoir jouer en toute sécurité, où les chiens peuvent patienter à l'écart des usagers, où le personnel vient fumer sa cigarette ou téléphoner. L'espace de jardin pourrait également être un lieu d'activités collectives avec un potager. Ces usages multiples relèvent de différentes dimensions, qui peuvent éventuellement se contrarier : solidarité, travail, détente et récréation, sécurité, accessibilité des propriétaires de chiens, bien-être et convivialité, activités communautaires.

A travers ces différents usages, le jardin semble pensé comme une extension de la salle d'attente, de l'entrée et de la salle communautaire, afin de renforcer l'accessibilité de publics variés au centre (familles, personnes accompagnées de chiens, habitants du quartier).

On retrouve également dans l'aspiration à une vue sur des espaces verts le principe, partagé par les participants, selon lequel l'environnement influence l'évolution de l'état de santé des patients et contribue au bien-être de l'ensemble des usagers du centre (Gesler *et al.* 2004). Cela est cohérent avec la mention dans les descriptions des espaces de matériaux chaleureux comme le bois, des plantes à l'intérieur même des locaux, qui témoignent d'un besoin de reconnexion à la nature.

Cette attention pourrait traduire à la fois une aspiration du groupe social auquel appartiennent les participants et une préoccupation relative à des environnements urbains denses, faiblement verdurisés. C'est aussi, pour les professionnels des soins et de l'aide sociale, un élément important du bien-être au travail, pour lequel la lumière et des éléments naturels jouent une part importante.

3. Le paysage thérapeutique d'un centre socio-sanitaire intégré

Pour discuter les résultats liés aux plans généraux individuels et collectifs produits lors des séances 1 et 2, nous nous appuyons sur le concept de « paysage thérapeutique », qui comprend trois dimensions : physique, social et symbolique. « Naguère abordés séparément, par des disciplines différentes, le concept de paysage facilite la combinatoire de ces trois aspects » (Vaguet, Lefebvre, and Petit 2012, 220). En ce sens, il forme un outil susceptible de permettre d'appréhender la complexité des facteurs et attentions intervenant dans la conception d'un espace de soins tel qu'un CSSI. Il interroge « l'importance de la composition ou recomposition des lieux de soins dans la guérison » (Vaguet, Lefebvre, and Petit 2012, 220). Ici, nous souhaitons appliquer ce concept à un lieu de soins et d'accompagnement social généralistes (non spécialisés et ouverts à tout public), de ville (non hospitalier), qui, au-delà de l'objectif de guérison en période de maladie, soutient le maintien des personnes en santé, à l'heure où les frontières entre santé et maladie s'effacent. Dès lors, ce concept permet de rechercher ce qui, de l'organisation socio-spatiale du centre, permet de soutenir la santé des personnes, ainsi que le maintien ou l'amélioration de leurs conditions socio-économiques.

Le moment de la conception du centre a permis de mettre en évidence les aspects que privilégient les travailleurs, représentants de patients et porteurs du projet : où placent-ils les différents curseurs pour dessiner leur paysage thérapeutique ? Quelles corrélations existe-t-il entre l'approche de la santé promue par les acteurs du CSSI et son organisation spatiale ? Par exemple, dans son étude sur les cabinets de médecine de campagne, Aline Sarradon-Eck fait remarquer que « au-delà de l'apparente banalité des lieux, la décoration, l'agencement des salles d'attente expriment une forme de considération du médecin envers le patient » (Sarradon-Eck 2010, 102). On peut se demander, concernant le CSSI, ce que la mise en forme souhaitée pour le lieu dit de la place du patient dans la relation thérapeutique. On peut aussi s'interroger sur ce que l'organisation souhaitée pour les locaux du CSSI dit de la relation envisagée entre des professionnels psycho-médico-sociaux travaillant en équipe et des usagers de soins de santé et de services sociaux ? Que dit-elle encore de la relation envisagée entre les différents professionnels exerçant dans le CSSI, considérant que l'ambition du projet est d'être innovant dans ce domaine ?

Nous utilisons la matrice proposée par Wil Gesler, croisant les 3 dimensions du paysage thérapeutique avec les objectifs de co-design d'espaces de soins, qu'il a lui-même appliquée à la rénovation d'hôpitaux du NHS au Royaume-Uni (Gesler *et al.* 2004). Cette matrice fonctionne comme un outil heuristique pour structurer les observations et ainsi pouvoir mettre en évidence les particularités du dispositif CSSI par rapport à d'autres dispositifs de santé (hôpital, cliniques spécialisées, autres lieux de soins de santé primaires). Elle pourra éventuellement constituer ensuite une base pour une estimation de la qualité du design effectivement réalisé au regard des objectifs visés initialement par le CSSI.

Les objectifs de co-design sont ici ceux déterminés dans l'atelier mené pour la conception du CSSI de Cureghem. Lors de l'atelier d'octobre 2016, qui s'est déroulé en trois séances (voir ci-dessus), l'équipe de chercheurs et la coordinatrice du projet ont énoncé deux principaux objectifs de co-design du centre : l'intégration⁴ des activités socio-sanitaires et l'accessibilité du centre à un public mixte, constitué notamment de personnes en situation sociale de vulnérabilité.

Sur base des travaux réalisés pour chaque partie du centre et décrits dans la partie 2, nous pouvons établir la matrice du paysage thérapeutique du CSSI de Cureghem (Tableaux 2).

Objectifs de co-design / Dimensions du paysage thérapeutique	Intégration des services sociaux et de santé	Accessibilité à un public mixte
Environnement physique	Espaces de travail en commun réservés aux équipes Espaces de mixité professionnels/bénéficiaires Espaces spécialisés (cabinets) et non spécialisés (espace communautaire) Ouverture sur le quartier via le jardin et l'espace communautaire	Soin apporté à l'aménagement (mobilier, fonctionnalité, lumière, propreté) Espaces de mixité sociale : salle d'attente, salle communautaire Présence d'espaces de jonction entre extérieur et intérieur, invitant à entrer : salle communautaire, jardin Création d'un espace d'accueil pour situations de crise
Environnement social	Opportunité/routines de collaboration Intersectorialité	Convivialité Inscription dans le quotidien
Environnement symbolique	Anti-modèle = tendance autarcique, hygiéniste et technologique du fonctionnement hospitalier Santé et social sur un pied d'égalité Focalisation sur la situation du patient/bénéficiaire (et non sur la pathologie ou le problème spécifique) Focalisation sur les besoins des personnes (au contraire d'une logique de l'offre)	Équité Relation au patient : modèle « informatif » ou « délibératif » Approche centrée patient Univers symbolique humaniste

Tableaux 2. Matrice de l'environnement thérapeutique au regard des objectifs de co-design

4 Pour une définition de l'intégration des soins et de l'aide, voir l'article précédent dans cet ouvrage.

Nous avons pu décrire l'environnement physique du CSSI dans le point 2. La matrice présentée met en relation ses principales caractéristiques avec les environnements social et symbolique qui émergent des travaux des participants aux ateliers.

L'environnement social est resté faiblement développé pour ce qui concerne l'intégration des services sociaux et de santé dans cet atelier. Cet aspect a été exploré plus en profondeur dans l'atelier mené pour le CSSI de Molenbeek. Concernant l'accessibilité à un public mixte, l'accent a fortement été mis sur la convivialité, soit la création des conditions favorables aux relations sociales entre les différents usagers du centre. Cette attention est congruente avec les observations selon lesquelles des relations sociales insuffisantes au sein d'une structure de soins sont défavorables à la santé (Gesler *et al.* 2004).

L'environnement symbolique témoigne des paradigmes dans lesquels s'inscrivent les soins et l'aide. On peut aisément faire le pari que cet environnement symbolique est susceptible d'évoluer, notamment en fonction de la gestion future du centre confiée à un autre acteur que Médecins du monde. Supposons également qu'il ne sera pas partagé unanimement par les différents acteurs qui intégreront le CSSI. Toutefois, on peut constater que celui décrit par les participants de l'atelier est tout à fait comparable à l'« univers symbolique humaniste » tel qu'identifié par Isabelle Parizot dans son étude d'une mission de MDM en France et d'un « dispositif précarité » en hôpital public. Isabelle Parizot y présente la construction idéal-typique de deux univers symboliques : « Dans le cas de l'univers symbolique médical, c'est en référence à la prise en charge thérapeutique que les acteurs conçoivent et orientent leurs interactions. Les intervenants agissent au nom d'une logique et de valeurs professionnelles, si bien que leur pratique n'est pas différenciée, dans sa forme ni dans sa signification, selon qu'elle concerne ou non des malades en situation de précarité. L'univers symbolique humaniste en revanche correspond à une prise en charge interprétée comme une relation de soutien qui déborde l'action thérapeutique. C'est la rencontre privilégiée avec des personnes en souffrance qui donne sens à l'action des intervenants » (Parizot 2003, 155–56). Autrement dit – même si cet aspect pourrait donner lieu à débat entre les futurs travailleurs – l'univers symbolique humaniste qui a prédominé durant l'atelier suppose que l'aide sociale fournie l'est pour elle-même, dans un objectif de favoriser la qualité de vie des personnes et non pas dans le but de faciliter les soins médicaux. Cette perspective va au-delà d'une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé, embrassant une vision plus équitable et complémentaire entre santé et aide sociale, pour tout public (pas seulement les plus vulnérables).

L'univers symbolique tel qu'il ressort des interactions et propositions des participants témoigne des principaux changements de paradigmes dans les soins et l'aide ces dernières années : approche centrée patient, approche holistique dépassant un regard spécialisé sur une pathologie ou un problème, logique dans laquelle les besoins de la personne sont le point de départ plutôt qu'une logique de l'offre où c'est la personne qui doit s'adapter aux services. auxquels ils tentent de donner forme.

4. Conclusion

Nous avons poursuivi à travers ces ateliers, deux objectifs de co-design : l'intégration des soins et de l'aide d'une part et l'accessibilité de différents publics d'autre part. Si le second a largement été traité, le premier reste le parent pauvre de la démarche. En effet, les participants ont le plus souvent pensé à partir de leurs modes de travail actuels : s'ils ont pu se projeter dans l'espace, ils ont moins facilement pu se projeter dans de nouvelles formes de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles (à l'exception de la réflexion sur les fonctions d'accueil). Or, le succès des centres de soins primaires (Primary Care Centres) au regard de la qualité des soins est très fortement dépendant de leur capacité à promouvoir les collaborations interprofessionnelles, notamment via la formalisation d'équipes multidisciplinaires, des formations interdisciplinaires, et la mise en place d'un système d'information partagée (Bonciani and Barsanti 2017). L'atelier aurait également pu explorer davantage les espaces de collaborations interprofessionnelles, dont les salles de réunion et les « coulisses » du centre. Ces aspects ont fait l'objet d'une attention plus particulière dans l'atelier mené avec les futurs membres du CSSI de Molenbeek (cf article précédent).

La prise en considération des résultats de l'atelier a constitué un critère d'évaluation déterminant dans la sélection du bureau d'architecte maître d'ouvrage finalement retenu par le pouvoir adjudicateur. Ce bureau – BAEB – a effectivement repris de nombreuses des recommandations des ateliers Métrolab-MDM dans son design final.

Par exemple, la salle communautaire sera réalisée, l'espace d'accueil comprend notamment un local attendant pour l'accueil de situations de crise, la salle d'attente permet des aménagements particularisés, toutes les salles de consultation bénéficient de fenêtres sur l'extérieur (Figure 2). En particulier, l'espace communautaire offre un angle saillant « à hauteur d'homme » en rez-de-chaussée, s'avancant vers la rue et contrastant avec la forme générale arrondie du bâtiment. Ainsi, tandis que la construction ronde est bien identifiable de loin dans le quartier et facile à désigner, son aspect de près reste dans la continuité du tissu urbain et peut encourager à franchir la porte. Toutefois, si la forme ronde adoptée pour le projet City Gate I (Cureghem) donne un caractère fort au bâtiment le rendant visible et facilement reconnaissable, elle tranche nettement avec la continuité du bâti environnant, ce qui se démarque des résultats de l'atelier. Ce caractère stand-alone, voulu par le bureau d'architecte pour marquer l'identité du projet de logements City Gate I, pourrait lui donner un aspect imposant rappelant l'architecture hospitalière et pourrait contrevenir à l'objectif d'équité, d'intégration dans le tissu urbain et dans le quotidien normal des habitants, qui sous-tend le projet de CSSI. La forme architecturale traduit un compromis entre les objectifs des deux projets en un : City-Gate I valorise ses logements par la présence d'un équipement de santé, tandis que l'équipement de santé s'intègre au rez-de-chaussée d'un immeuble de logement, satisfaisant ainsi d'une certaine manière son objectif d'intégration dans le quotidien.



Figure 2. Illustration du bâtiment dans lequel le CSSI sera logé et de la salle communautaire à la façade.
© Baeb (<http://www.baeb.eu/projects/goujons-housing/>)

Enfin, selon Sophie Houdart, les plans architecturaux sont des « cosmologies en train de se faire ». Elle souligne que les architectes « quand ils conçoivent, digitalisent, copient, découpent et collent des images, manipulent des mondes sociaux et donnent naissance à de nouveaux en testant et proposant de nouvelles configurations sociales » (Houdart 2008, 48). Les ateliers de co-design pour le CSSI de Cureghem, ont permis de nourrir la conception des plans avec une connaissance fine des « mondes sociaux » en jeu et des besoins et souhaits des futurs usagers. Mais les plans ne rendent pas compte de la complexité de la construction du bâtiment issue des différentes lectures qui en seront faites, et ne représentent donc pas le résultat final (Latour and Yaneva 2008). Les ateliers Métrolab-MDM ont entrepris une démarche cohérente avec ce que Daryl Martin et ses co-auteurs suggèrent : étudier les projets architecturaux en train de se faire, travailler avec l'architecture (et non « sur » elle), et co-produire la recherche avec les acteurs (architectes, futurs usagers) (Martin *et al.* 2015). Ce faisant, les ateliers ont permis de mettre en évidence un segment de la conception de l'espace. L'avenir montrera comment les plans prendront forme dans l'espace, puis comment celui-ci sera effectivement utilisé, produit et reproduit. L'étude du paysage thérapeutique, qui permet de poser clairement la question de l'importance de la composition et de la recomposition des lieux de soins dans l'évolution de l'état de santé (Vaguet, Lefebvre, and Petit 2012), gagnerait à être réalisée à nouveau, une fois que l'espace sera utilisé, vécu, approprié,

éventuellement dans un processus dynamique de récréation. Le paysage thérapeutique identifié et les lignes de tensions mises en évidence ici pourraient alors être utilisés pour créer des indicateurs d'évaluation des locaux : en pratique répondent-ils aux besoins ? Auront-ils pu s'adapter à l'éventuelle évolution de ces besoins ? A l'épreuve de la réalité, les curseurs bougeront-ils le long des lignes de tension que ces ateliers ont permis d'identifier ?

Bibliographie

- Berger, M., and B. Moritz (2018). Inclusive Urbanism as Gatekeeping. In *Designing Urban Inclusion*. Metrolab Brussels Masterclass I, 149–61. Metreolab Series. Brussels
- Bonciani, M., and S. Barsanti. (2017). Co-Location of Multi-Disciplinary Professionals within Primary Care Centres in Italy: How Do They Collaborate? An Insight on Three Cases Studies from Tuscany Region through Social Network Analysis. *International Journal of Integrated Care* 17 (3): 136. <https://doi.org/10.5334/ijic.3248>.
- Curtis, S., Gesler W., Fabian K., Francis S., and Priebe S. (2007). Therapeutic Landscapes in Hospital Design: A Qualitative Assessment by Staff and Service Users of the Design of a New Mental Health Inpatient Unit. *Environment and Planning C: Government and Policy* 25 (4): 591–610. <https://doi.org/10.1068/c1312r>.
- De Pauw, C. (2017). *Les médecins généralistes face au défi de la précarité*. EHESP, Rennes.
- Douglas, C. H., and Douglas M. R. (2005). Patient-Centred Improvements in Health-Care Built Environments: Perspectives and Design Indicators. *Health Expectations* 8 (3): 264–76. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00336.x>.
- Emanuel, E.J. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 267 (16): 2221. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris. Payot.
- Gesler, W., Bell M., Curtis S., Hubbard P., and Francis S. (2004). Therapy by Design: Evaluating the UK Hospital Building Program. *Health & Place* 10 (2): 117–28. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(03)00052-2).
- Houdart, S. (2008). « Copying, Cutting and Pasting Social Spheres. » *Science & Technology Studies* 21 (1): 47–63. <https://doi.org/10.23987/sts.55233>.
- Hughes, E. C. (1996). Pour étudier le travail d'infirmière. In *Le regard sociologique. Essais choisis*, 69–73. Paris: Editions de l'Ecole des hautes études de sciences sociales.
- Latour, B., and Albenay Y. (2008). 'Donnez-Moi Un Fusil et Je Feraï Bouger Tous Les Bâtiments': Le Point de Vue d'une Fourmi Sur l'architecture. In *Explorations in Architecture: Teaching, Design, Research*, 80–89. Basel: Birkhäuser.
- Martin, D., Nettleton S., Buse C., Prior L., and J. Twigg. (2015). Architecture and Health Care: A Place for Sociology. *Sociology of Health & Illness* 37 (7): 1007–22. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12284>.
- Mead, N., and P. Bower. (2000). Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science & Medicine* 51 (7): 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8).
- Parizot, I. (2003). *Soigner Les Exclus: Identités et Rapports Sociaux Dans Les Centres de Soins Gratuits*. Le Lien Social. Paris. Presses universitaires de France.
- Peneff, J. (2000). *Les Malades Des Urgences. Une Forme de Consommation Médicale*. Paris: Métailié.
- Purves, G. (2009). *Primary Care Centres: A Guide to Health Care Design*. Taylor & Francis.
- Sarradon-Eck, A. (2010). Voyage en médecine de campagne: le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue. In *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 99–115. Rennes: Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer.
- Vaguet, A., Lefebvre B., and M.Petit. (2012). « Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode. » *Bulletin de l'Association de géographes français* 89 (2): 214–23.

Partie II

Enquête collective & espaces d'hospitalité

Avant-propos

Espaces d'hospitalité dans le Quartier Nord

– Louise Carlier & Antoine Printz

Moving Out Fitting In: Penser ensemble le déplacement du Hub Humanitaire

– Marie Lemaître d'Auchamp & Marco Ranzato

Bruxelles-Nord : les politiques de la ville au défi de l'hospitalité

– Mathieu Berger

Avant-propos

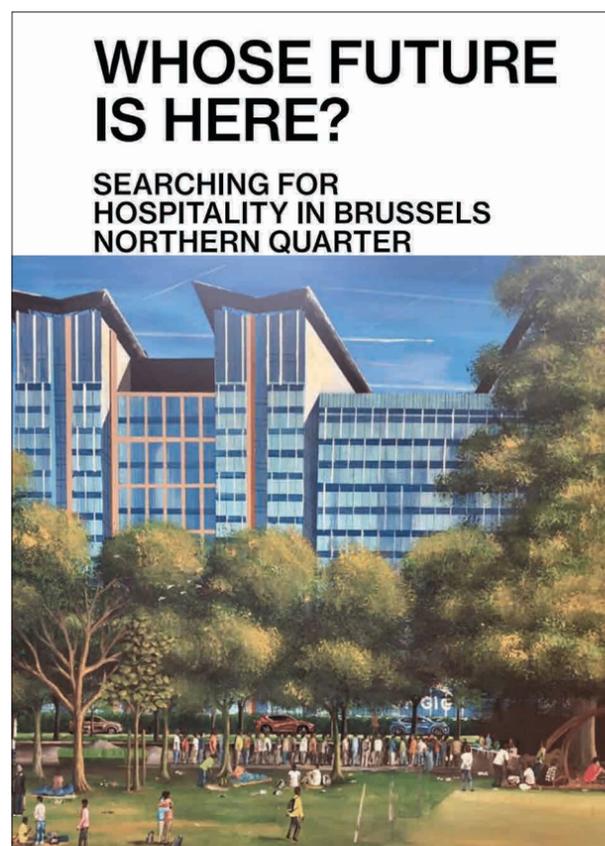
Cette seconde partie présente des travaux menés dans le cadre de ARCH durant l'année 2019. Le collectif ARCH s'est formé face à la faible prise en compte politique des problématiques directement liées à l'occupation du Quartier Nord par les migrants, alors même que l'attention de nombreux acteurs urbains se focalise sur ce territoire où de nombreux plans, projets et programmes sont en cours. La situation humanitaire qui s'y manifeste est marginalisée dans les espaces de réflexion et de débat relatifs à son développement, la perspective des acteurs de l'accueil et de l'hospitalité y étant elle-même largement absente.

L'objectif du collectif ARCH était donc d'adresser cette problématique par la recherche-action. Il s'agissait de rappeler la permanence de certaines questions urbaines comme la présence de nouveaux venus en situation précaire, en allant au-delà de la conception officielle de la « crise » pour les intégrer comme une problématique permanente de la ville à adresser et sur laquelle enquêter. Il s'agissait aussi d'enquêter sur ces questions tout en menant une enquête socio-spatiale au service des acteurs qui les prennent à bras le corps et qui tentent d'y répondre, face aux conditions déplorables de l'accueil et à l'urgence des besoins. Il s'agissait enfin de contribuer modestement, par la recherche, à l'amélioration des qualités d'hospitalité des espaces d'accueil, à différentes échelles – celle du Hub humanitaire comme du Quartier Nord. Nous avons mené cette enquête à partir d'une combinaison de méthodes basées sur l'exploration collective du quartier, l'observation ethnographique et la cartographie des lieux d'occupation et d'accueil, la participation au travail et aux activités de la Plateforme, l'organisation de *focus groups*, la réalisation d'entretiens, etc.

Les résultats de cette recherche collective furent publiés début 2020, dans l'ouvrage *Whose Future is Here? Searching for Hospitality in the Northern Quarter*. Les trois textes présentés dans cette section sont repris de cette

publication. Le premier texte aborde la question des qualités d'(in)hospitalités des espaces occupés par les migrants, dans le Quartier nord (Carlier L. & Printz A.); le second présente la contribution du collectif au réaménagement du Hub Humanitaire (M. Lemaître d'Auchamp & M. Ranzato); le troisième revient sur les enjeux d'une politique d'hospitalité urbaine (M. Berger).

Notons d'emblée que ces travaux et ces enquêtes furent réalisés avant la crise sanitaire de 2020 – ainsi qu'avant un changement de gouvernement au niveau fédéral – qui a amené à de profonds bouleversements dans la prise en charge politique des transmigrants, pour des raisons de santé publique (logement dans des centres et des hôtels privés, interdiction de rassemblement dans les espaces publics, etc.). Les recherches menées par ARCH s'étant déroulées avant cet événement, elles n'adressent pas la question des conséquences du COVID sur les enjeux d'hospitalité urbaines – question qui mériterait bien entendu de prolonger les travaux présentés ici¹.



1 Notons cependant qu'une réflexion a été menée sur les conséquences de la crise sanitaire sur les « infrastructures sociales » (équipements et espaces publics qui soutiennent la vie sociale et publique de la ville), à partir d'un dialogue entre différentes disciplines. Cette réflexion est l'objet d'une publication (Berger M., Grulois G., Moritz B., Van Hollebeke S. (2021), *La fabrique de l'infrastructure sociale I. Défis contemporains dans la ville post-covid*, Metrolab Logbook I., Metrolab Series.

Espaces d'hospitalité dans le Quartier Nord

Louise Carlier & Antoine Printz

En 2015, la file d'attente devant l'Office des Etrangers, alors situé Chaussée d'Anvers, se transforme progressivement en une occupation du parc Maximilien. Ce lieu devient une étape centrale dans les trajectoires de migration, le lieu où « tout se passe »¹, autant qu'un point de focalisation de la « crise » migratoire en Belgique. Face aux conditions déplorables de l'accueil et à l'urgence des besoins, différents acteurs associatifs mettent en place un Hub Humainitaire, centralisant des services de première ligne à proximité des lieux occupés, dès 2017 (Deleixhe, 2018). Chaque après-midi, entre 200 et 300 personnes y sont reçues, pour bénéficier des soins médicaux, d'une aide administrative, d'un suivi psychologique, de vêtements... y travaillent chaque jour entre 30 et 40 permanents, bénévoles et professionnels, « bande de personnes indignées » comme les qualifiera l'un d'entre eux.

Au début de cette enquête, ce Hub se situe à proximité du parc Maximilien, à la gare du Nord, qui abrite elle-même une population migrante importante. Depuis fin février 2019, l'« espace zéro », situé au niveau -1 de la gare, est réservé à la population migrante, où elle se trouve confinée. La zone est clôturée. Sur les portes, une indication à l'attention des navetteurs : « Nous espérons par cette action offrir plus de sécurité et de propreté dans le bâtiment ». Des centaines de migrants y dorment, chaque nuit, sur des cartons. Sans accès ni à l'eau, ni à des sanitaires. Chaque jour, professionnels et bénévoles maraudent, distribuent des repas, informent, tentent d'aider et de soutenir ces personnes face à la précarité de leur condition de (sur)vie et l'absence de prise en charge politique.

¹ C'est en effet là que s'organisent l'aide humanitaire et la distribution alimentaire, puis le dispatching pour les hébergements, etc.

Nous nous sommes intéressés, pour cette enquête, aux espaces d'hospitalité (Stavo-Debauge, 2017) et de ressources pour les migrants, comme le Hub comme espace de soin et d'accueil, ou les espaces publics occupés que constituent le parc Maximilien et la gare – via une observation des lieux, une participation aux activités de la plateforme, l'organisation de focus group avec les migrants, professionnels et bénévoles, et la réalisation d'entretiens. L'hospitalité de ces espaces, pour ceux qui les occupent, se perçoit en miroir de la menace policière et de l'hostilité de l'environnement – urbain, politique – au sein duquel ils se situent. Nous nous sommes donc penchés sur les qualités d'hospitalité de ces espaces, et sur la façon dont elles se jouent au fil de différents événements récents liés à la présence des migrants dans le quartier Nord.

Le Hub : une enclave hospitalière dans un espace de circulation

En septembre 2017, face au manque de réponse politique pour organiser l'accueil de ces populations vulnérables, une série d'associations de terrain engagées sur les questions relatives à la présence à Bruxelles de personnes dans des parcours de migration (que les autorités appellent « transmigrants ») portent le projet de la centralisation des services d'aide de première ligne pour ces personnes, à proximité des lieux qu'elles occupent. Il s'agit d'un enjeu central pour l'accueil d'une tel public vulnérable dont les problématiques sont intriquées et dont la capacité de mobilité et d'accès aux services dans la ville est potentiellement et paradoxalement limitée². Cette centralisation spatiale des services s'incarne dans la création d'un lieu considéré comme « sanctuarisé », le Hub Humanitaire. Après une première courte activité dans la rue Frontispice, celui-ci s'installe dans un espace de bureaux dans le Centre de Communication Nord (CCN). Cet espace se situait au premier étage de la Gare du Nord, relativement invisible depuis l'extérieur.

L'hospitalité du Hub se perçoit, pour ses usagers, comme une inversion des qualités spatiales de la gare au sein de laquelle il est situé, qui constitue un espace public – en vertu de sa qualité d'accessibilité, qui se prolonge dans des principes de connectivité, de lisibilité, de transparence des espaces, facilitant la circulation de l'utilisateur considéré comme individu mobile, ou être de passage (Joseph, 1997). La présence dans la gare des migrants, « êtres de passage » par excellence, entre pourtant directement en tension avec les qualités attendues d'un espace public urbain : ils s'y présentent en masse, l'occupent et y stationnent plus qu'ils n'y circulent – voire ils y habitent, y passent le temps, y dorment. Leur présence déborde par ailleurs sur les franges de la gare, jusqu'aux intérieurs privés des immeubles qui l'entourent. Les espaces qu'ils occupent et leurs usages de la gare entrent directement en tension avec « le confort de l'utilisateur » qui repose sur les qualités de bonne accessibilité et circulation. Ce qui justifie à la fois le cloisonnement des espaces dans la gare occupés par les migrants ; et à la fois le renforcement de la présence policière visant à maintenir l'« ordre public » (Carlier, 2020).

² En raison de problèmes multiples, touchant aux difficultés d'accès à l'information, à la mobilité restreinte en raison de questions de sécurité, et à la connaissance toute limitée de la ville.



© Badr-Zamane Sehaki

Les qualités d'hospitalité du Hub découlent du même coup de la « coupure », de la déconnexion qu'il permet avec son environnement. Son « enclavement » est marqué matériellement par une série de seuils, de portes, de cloisons, permettant une gradation des espaces d'accueil jusqu'aux lieux plus intimes. Les qualités d'hospitalité du Hub se présentent en miroir des « qualités spatiales » de la gare : le Hub est hospitalier en tant qu'il constitue un espace clôturé, de repli et d'invisibilité, à l'inverse de l'espace public transparent, fluide dans lequel il se tient. Son hospitalité tient plus encore à ce qu'il permet en termes d'usages et d'expériences : c'est un lieu réservé à une « communauté d'expérience », non accessible à tous ; c'est un espace d'attente et

de repos – ce qui est refusé dans la gare – où l'on est protégé des contrôles et de la violence ordinaire et quotidienne et où l'on peut baisser la garde.

La question de l'hospitalité des espaces ne peut être dès lors être détachée de celle du contexte plus large dans lequel ils s'inscrivent – et auquel ils répondent. Si un espace comme le Hub de la gare du Nord, malgré la faiblesse criante de ses qualités spatiales³, a pu être attaché par les bénéficiaires à des fortes valeurs d'hospitalité, c'est en vertu de qualités inclusives d'un ordre autre que strictement spatial, morphologique ou esthétique. Le Hub a une qualité inclusive pour les personnes en migration à Bruxelles en miroir des logiques radicales d'exclusion à l'œuvre dans les autres espaces, où leur présence est refusée. C'est ainsi en raison de l'hostilité de l'environnement alentour que certains espaces clos sont associés à de telles qualités d'hospitalité.

L'hostilité de cet environnement ne découle pas de ses caractéristiques spatiales, mais de l'incurie politique voire, de manière plus réaliste, de l'organisation institutionnelle de la menace. La question prend alors pied dans un contexte politique plus large, qui entretient un rapport (paradoxal) de surdétermination des qualités d'inclusion de certains espaces. En ce sens, le fait que l'ensemble des acteurs, dont les pouvoirs publics et les forces de polices, caractérisent le Hub comme un lieu « sanctuarisé » est loin d'être anodin. Un sanctuaire, c'est un lieu sacré marqué par des dimensions d'asile, d'hospitalité, mais aussi et surtout d'invulnérabilité. En écologie animale, un sanctuaire est un lieu d'interdiction de la chasse en vue de la préservation d'une espèce. Il s'agit donc d'un espace au sein duquel est suspendue l'hostilité à l'égard d'une population. On ne lit que mieux, en creux, l'hostilité et la violence qui s'exerce à l'égard de ces personnes à l'extérieur de ces lieux protectionnels. Le Hub Humanitaire est alors finalement un des rares espaces, dans la vie des migrants, où leur est garantie une bienveillance – des soins, de l'aide, des ressources pour survivre – à l'inverse de l'environnement au sein duquel il se tient. Son hospitalité tient, certes, à des principes de spatialité, ou à un apprêtement des lieux, mais surtout à une manière « répondre » à un contexte particulièrement violent et hostile.

3 Lors des entretiens réalisés tant avec les usagers du Hub qu'avec les professionnels et bénévoles, cet espace nous était toujours décrit à partir des sensations d'étouffement, d'oppression, d'obscurité, et des principes dysfonctionnels de son aménagement au regard des activités qu'il était supposé accueillir.

L'espace Zero : La crise sanitaire – de la rumeur à l'évacuation

Début mai, Bruxelles-Propreté, l'organisme qui était en charge de la gestion des déchets, face à la réticence et aux craintes de ses employés, annonce mettre en place un plan de vaccination pour le personnel de la gare, et l'équiper d'une tenue de protection en raison des risques sanitaires. Parallèlement, la société de nettoyage privée suspend ses activités dans l'« espace zéro ». Cet enchaînement de faits aggrave considérablement la situation pour ses occupants. Les détritiques et les poubelles s'entassent, quelques excréments humains jonchent le sol, une odeur d'urine sature l'atmosphère. Après quelques jours, la presse fait écho de cas de maladies infectieuses parmi la population migrante. Bien que le directeur de Médecin du Monde dément le caractère « alarmant » de la situation et qualifie d'« infinitésimal » le risque de contracter la tuberculose ou la malaria. Les employés de De Lijn interpellent leur direction, ils n'entendent plus faire arrêt à la gare du Nord. La société de transport en commun annonce réorganiser ses départs et arrivées à partir de Rogier, afin de ne plus devoir utiliser les plateformes qui jouxtent l'« espace zéro ». Un quotidien national francophone titre « De Lijn déserte la gare du Nord ». Le lendemain, la STIB leur emboîtait cependant le pas. Le bourgmestre de Saint-Josse dénonce ce « coup de force » des sociétés de transports « réalisé sans aucune concertation » et les exhorte à reprendre leurs activités normalement, celui de Schaerbeek dénonce la « non-gestion par l'état fédéral ». La présence médiatique dans la gare ne fait qu'accroître les tensions. Les migrants relatent aussi le comportement de certains usagers qui photographient ces scènes de « misère », sans doute particulièrement dissonantes dans leur trajet vers le travail. Un conflit éclatera d'ailleurs entre deux journalistes et une personne qui refuse d'être filmée, criant « we're not animals, we're not animals » en repoussant vigoureusement les journalistes. RTL-TV1 diffusera les images le soir même.

La tension à la gare du Nord est palpable, la situation devenant « insoutenable » tant pour les migrants et acteurs de l'aide et du soin que pour les commerçants et les riverains, qui ont signé ensemble une pétition. Cette pétition revendique une prise en charge politique de la présence des migrants, maintenus dans des conditions qualifiées « d'inhumaines » – « on les laisse vivre comme des bêtes » dira l'un des signataires. Les commerçants déplorent les conséquences des nuisances associées à leur présence dans la gare qui repousseraient les clients, habitués ou potentiels, et qui insécurisent les employé(e)s⁴. Cette pétition a également été signée par les habitants des logements qui se situent aux abords de la gare, la présence des migrants « débordant » dans les intérieurs des logements⁵ ou à leurs abords extérieurs immédiats. Outre qu'elle suscite un sentiment d'insécurité et de désappropriation de leur espace privé chez les habitants, la présence de ces publics perçus comme indésirables engendre aussi tout une série de troubles suscitant un sentiment d'insupportabilité (détritiques et excréments dans les espaces intérieurs, etc.).

4 Ces nuisances sont décrites par les commerçants et habitants du quartier de la gare du Nord en termes de manque d'hygiène, d'accaparement des espaces de circulation, d'incivisme, de consommation d'alcool et de cannabis, de trafic de drogue, d'agressions et actes de violence.

5 D'après les habitants, les halls des immeubles avoisinants seraient occupés constamment et les cages d'escalier utilisées comme abris pour passer la nuit.

Face à cette exacerbation des tensions au sein de la Gare, de nombreux occupants quittent l'«espace zéro». Seuls restent «les plus mal en point», ceux qui ne savent pas bien se déplacer, les malades et les plus vulnérables, nous dira une bénévole. Ils survivent dans des conditions déplorables, dans ce sous-sol déserté. Celui-ci doit être nettoyé d'urgence, les déchets évacués, ses sols lavés – les pouvoirs publics ne s'en chargeant plus. Quelques jours plus tard, suite à un appel sur les réseaux sociaux («Noordstation: net & gastvrij voor iedereen»), des citoyens se rejoignent à la gare du Nord avec brosses, seaux et produits, pour une «danse des balais». En une après-midi, avec l'aide de quelques-uns des occupants de l'«espace zéro», le lieu est rendu propre. Répit de très courte durée: il sera fermé quelques jours plus tard. Les occupants sont évacués de la gare par les forces de l'ordre. La ministre en charge de l'Asile et de la Migration se félicite d'avoir «rendu la gare du Nord aux navetteurs et aux voyageurs». Elle précise que des contrôles policiers soutenus seront effectués à la gare afin de dissuader «ceux qui décide[raient] de revenir gare du Nord». Un plan d'accueil d'urgence est mis en place par les associations pour les «évacués». Nombre d'entre eux se replient vers le parc Maximilien.

Le parc Maximilien: un «safe space»

La zone de la gare et de ses alentours devient alors particulièrement dangereuse pour les migrants. Elle est le lieu de possibles altercations et interpellations par la police. Le Hub étant toujours situé dans la gare, ses bénéficiaires évitent de s'y rendre en-dehors de situations de nécessité. Il devient une enclave dont la zone d'ancrage est une zone de conflit, puisque son environnement direct est hostile et inhospitalier. Les migrants se concentrent au parc Maximilien, qui devient de leur point de vue le seul «safe space».

Sa qualité d'hospitalité et de refuge tient à l'ensemble des différents services qui y sont organisés (distribution de repas, dispatching d'hébergement, initiatives citoyennes à l'attention de la population migrante, etc.) autant qu'aux usages qu'il permet de recevoir (accès à l'eau, toilettes, espaces extérieurs abrités pour le repos, espaces de jeu et de sport, etc.). Ces usages rendent involontairement publiques des pratiques relevant de l'intime (se laver, dormir, lessiver, se raser, etc.) et amènent, en raison du manque d'infrastructure adéquate, à détourner des équipements pour des pratiques imprévues et désajustées, qui ne trouvent pas de place ailleurs en dépit de leur caractère primaire, vital – les espaces sous les dalles étant détournés comme espaces de repos, la fontaine étant utilisée pour se laver, l'«araignée» dans l'aire de jeu pour enfants pour sécher le linge... Ces usages rendent la cohabitation avec les riverains «explosive» – les habitants des tours de logements situés sur la dalle Héliport étant quotidiennement affectés dans leur qualité de vie par la fonction de refuge du parc, qu'ils perçoivent comme leur ayant été destitué.

La qualité d'hospitalité du parc, pour les migrants, tient aussi aux modalités d'occupation que l'espace autorise: la protection de soi passe par la concentration massive en un même lieu, pour échapper aux menaces et



© Badr-Zamane Sehaki

aux violences policières: «Police cannot take us if we are all together and stay together». L'espace occupé se rétracte et se densifie en même temps. Tout ce qui l'entoure paraît menaçant – «all other places are frightening».

L'hostilité des espaces alentours est organisée institutionnellement, par une présence policière accrue et un déni de tout droit de passage, d'occupation, de repos dans les espaces environnants: «They kick us from the station. They kick us from the park. It's all the government do». La traque est une réalité banale, organisant les conditions abjectes d'une quotidienneté toujours inquiète et périlleuse. À cette atmosphère sécuritaire répond la colère des migrants – «we just want a real life», «where is the democracy here?» – autant qu'un certain fatalisme: «c'est l'absurdité et le vague à l'âme s'installe», «pour nous les Tunisiens, même au paradis, ils vont dire que c'est fermé!».

Fin mai, le Hub quitte la Gare du Nord (échéance du bail) et déménage Avenue du Port. Un espace ouvert extérieur entoure le Hub, et fait la transition entre l'espace intérieur et l'espace public alentour que constitue l'avenue – espace public nettement moins dense et fréquenté que ne l'était la gare. Les professionnels autant que les usagers «soufflent» un peu: l'espace paraît plus serein, plus propre, plus aéré, moins densément occupé, et relativement «préservé» de la présence policière. L'espace de (sur)vie des migrants, d'abord restreint à la zone s'étendant de la gare au parc Maximilien, puis rabattu à celui-ci, tend aujourd'hui à se déplacer et à s'étendre en direction du nouveau Hub. Ses bénéficiaires investissent un nouvel espace de passage reliant le parc au Hub,

constitué par les espaces publics résiduels situés entre l'allée verte et le Quai de Willebroek, et sur la Place de l'Armateur, jusqu'alors marginalement utilisés et fréquentés. On peut se demander quels usages ils accueilleront, et quelles seront leurs qualités d'hospitalité urbaine.

Hospitalité urbaine, inhospitalité institutionnelle

Les déplacements progressifs de ces populations dans le quartier Nord doivent être compris dans leur contexte général. Ils ne sont en effet pas le fait de préférences individuelles ou de rationalités opportunistes – conception pourtant si congruente avec la politique migratoire actuelle, qui aime à différencier entre migration économique et asile politique, entre mauvais migrant et bon réfugié. Le contexte politique doit être envisagé en ce qu'il est déterminant de la difficulté à faire monde de ces personnes. Il leur dénie, juridiquement notamment, le droit à déployer une vie autre que celle restreinte sur les dimensions les plus proches de la survie – cela est au principe tant de l'aide médicale urgente que des destructions des installations ou des perquisitions organisées chez les hébergeurs. La vie tend pourtant à trouver des formes normalisées, en certains lieux, dans une banalisation de l'insoutenable et une tentative de « tenir », avec des bouts de ficelle et des morceaux de carton, avec un peu d'aide extérieure aussi. La considération, la reconnaissance ou l'hospitalité ne peuvent plus être trouvées en dehors de la seule sphère des relations interpersonnelles, dans des espaces et des moments particuliers et circonscrits. Et un « jeu » s'organise entre l'investissement de ces espaces et de ces moments, et leur sapement méthodique et froid, qui condamne à un éternel recommencement propre aux gens forcés de réparer le monde avec des rustines.

La stratégie toute indiquée est celle du retranchement. Les espaces d'accueil et d'hospitalité sont alors contraints à la clôture, à la circularité des opérations, au risque de s'enfermer dans des rengaines répétitives et usantes faites d'expédients et de moyens de fortune, où tant la bienveillance que le repos ne peuvent être accordés qu'à titre temporaire, où l'on ne peut jamais proposer un véritable ancrage, où les ressources de résilience et les supports participant au maintien de soi sont toujours précaires et momentanés. Le caractère nécessairement insulaire du Hub permet la protection mais limite foncièrement son caractère inclusif dans un ensemble plus large. Il implique l'incapacité de se lier, de faire réseau avec d'autres lieux, d'autres acteurs, d'autres institutions. Il implique la difficulté à mailler l'espace urbain de lieux à la fois protecteurs et ouverts sur la ville, participant à son accessibilité pour les publics les plus vulnérabilisés. La non-inclusion à la communauté politique de ces personnes les contraint au retranchement dans des espaces enclavés et « sanctuarisés », c'est-à-dire rompant de manière franche avec leur environnement.

Pourtant, pour peu qu'on écoute les aspirations de ces personnes, il en est une qui sort principalement. Et dont l'écart avec la réalité saute aux

yeux. Si l'on fait l'effort de tendre l'oreille vers certaines de ces voix, celles-ci revendiquent le droit à une certaine indifférence, celle dont nous jouissons en tant que citoyens. Ce qu'elles refusent, c'est le stigmate et les coups qui vont avec, c'est l'inégalité de traitement. C'est l'inégalité des vies. Tout ce qu'elles implorent c'est de pouvoir « être là » – que cela soit pour rester ou juste pour passer – comme un quidam, dans un rapport de normalité anonyme, non stigmatisée, qui n'en passe pas par le retranchement.

La politique d'intolérance à l'égard des migrants menée au niveau fédéral, l'antipathie au niveau institutionnel et politique amène à considérer les nouveaux-venus comme une présence indésirable, et à mettre en place des dispositifs qui, tout en visant leur expulsion territoriale, exacerbent les tensions et le caractère insoutenable de la situation – sans modifier nullement la fonction « naturelle » de Bruxelles comme nœud dans les réseaux migratoires, dont le cœur est aujourd'hui le parc Maximilien.

Les problématiques soulevées par la présence des migrants dans le quartier Nord renvoient toutes aux conséquences de l'absence d'infrastructures d'accueil adéquates, dans un contexte où les politiques d'asile se greffent sur une idéologie de fermeture des frontières et de rejet de l'étranger. Ces conséquences ont des prolongements dans l'espace, qui posent une question directe, visible, à la communauté urbaine et politique : celle de ses principes et de ses pratiques d'inclusion, d'ouverture et de réception.

Comment les espaces publics dans le quartier Nord pourraient-ils dès lors être conçus pour se montrer à la hauteur des enjeux qui s'y jouent, et faire preuve d'une hospitalité à l'égard de ceux qu'une certaine idéologie amène à considérer comme indésirables et « out of place » plutôt que comme êtres humains dignes d'être accueillis et reçus – en-deçà même d'une politique d'intégration ou de reconnaissance ?

Les différentes études réalisées dans le cadre des politiques de rénovation urbaine s'accordent pour constater l'importance des espaces publics résiduels, des marges, et des interstices dans le territoire observé, qui devraient être aménagés de façon à accueillir des usages et besoins divergents, des pratiques actuellement en tension. Cette problématique pose la question de l'organisation spatiale de la coexistence urbaine. A cette question, l'imaginaire architectural et urbanistique qui domine aujourd'hui tend à répondre par des principes spatiaux de continuité, de transparence et de lisibilité, considérés comme garants des exigences d'inclusion, d'accessibilité, de « vivre-ensemble ».

Pourtant, on constate paradoxalement que les lieux hospitaliers aux migrants, qui se trouvent dans des situations d'exclusion et de précarité extrême, le sont en raison de leurs qualités inverses, des possibilités de repli, d'invisibilité, d'isolement qu'ils permettent. La non reconnaissance de ces qualités spatiales sonne alors comme la négation d'un potentiel d'inclusion des espaces publics urbains – qui sont, constitutivement, amenés à accueillir des formes de vie précaires et vulnérables, celles de ceux qui n'ont pas de place ailleurs. Les espaces résiduels, marges et interstices du

quartier Nord pourraient dans cette perspective être considérés comme des espaces susceptibles d'accueillir des publics vulnérables qui, dans les espaces continus et ouverts, suscitent « troubles » et tensions ; autrement dit, de faire une place à chacun. Certains de ces espaces pourraient accueillir des infrastructures, temporaires ou non, permettant aux pratiques relevant de l'intime (se laver, se coiffer...) autant qu'à des services spécifiques (aide, soin, ...), de trouver une place dans l'espace public sans embarrasser ni l'usager ni le passant, et sans exacerber les troubles de cohabitation – comme ceux liés aux détournements d'équipements prévus pour d'autres usages, propres à d'autres publics, qui s'en trouvent du même coup empêchés.

Nous pensons que la présence, dans les espaces publics, des migrants, s'inscrit dans la problématique plus large de l'hospitalité de la ville aux figures de la pauvreté urbaine, et de la place donnée à ceux qui n'ont pas de chez soi, et qui n'ont comme espace de vie que les espaces publics urbains. Les tensions de cohabitation qu'amènent leurs usages détournés – pour répondre à des besoins primaires et vitaux – en appellent d'abord, à la mise en place d'équipements, de refuges, où ces usages pourraient trouver un espace d'intimité, fondamental à un sentiment de dignité. Il s'agit de créer des *safe spaces*, « enclaves inclusives » (Berger & Moritz, 2018), qui, tel un Hub Humanitaire ou un espace d'hébergement, peuvent répondre aux conditions premières d'une vie digne. Les nombreux bâtiments vides du quartier Nord, en attente d'affectation, pourraient dans cette perspective accueillir des « occupations temporaires » à finalité sociale, répondant directement aux besoins criants qui se font ressentir dans leurs entours immédiats – en attendant une réponse plus pérenne à ces problématiques...

Bibliographie

Berger, M., & Moritz, B. (2018). Inclusive urbanism as gatekeeping. In M. Berger, B. Moritz, L. Carlier, & M. Ranzato (Eds.), *Designing urban inclusion* (p.149-163). Brussels: Metrolab Series.

Carlier L. (2020) Experience of Urban Hospitality: An Ecological Approach to the Migrants'World. *Urban Planning*, 5 (3), p.241-251.

Deleixhe, M. (2018). L'évènement de la rencontre. La Plateforme citoyenne de soutien aux réfugiés en Belgique. *Esprit*, 446, p.130-138.

Joseph, I. (1998). *La ville sans qualités*. La Tour d'Aigues: Éditions de l'Aube.

Stavo-Debauge, J. (2017). *Qu'est-ce que l'hospitalité ? Recevoir l'étranger à la communauté*. Liber, Montreal.

Moving Out Fitting In: Penser ensemble le déplacement du Hub Humanitaire

Marie Lemaître d'Auchamp & Marco Ranzato

1. De l'urgence du déplacement à l'opportunité de penser les qualités d'hospitalité du Hub Humanitaire

Au début de 2019, les associations responsables de la gestion du Hub Humanitaire de la Gare du Nord à Bruxelles (la Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés, la Croix-Rouge belge, Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières) s'inquiètent de l'échéance prochaine du contrat de location des espaces dans la Gare du Nord et du risque qu'il ne soit pas renouvelé. A la fin du mois d'avril, un nouveau lieu est identifié. Le Hub Humanitaire doit rapidement déménager au 100 avenue du Port, un bâtiment de bureau inoccupé de quatre étages, appartenant au Port de Bruxelles, et mis à leur disposition gratuitement pour une période d'un an.

Le défi est de mettre rapidement ce bâtiment aux normes, tout en essayant d'améliorer les services proposés aux migrants (soins de santé physique et mentale, distribution de vêtements, accompagnement dans le rétablissement des liens familiaux, assistance juridico-sociale), et ceci simplement en réarrangeant le mobilier à disposition.

En quelques mois, une équipe d'usagers et de représentants du Hub Humanitaire (employés et bénévoles) participent à une série d'ateliers conçus et organisés en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire du collectif ARCH.

Les ateliers portaient sur les qualités d'hospitalité présentes dans le Hub de la Gare du Nord, telles qu'elles ont été identifiées par les usagers d'une part, et par les employés et les bénévoles d'autre part. Ceci a permis de formuler des principes à suivre lors de la réorganisation des services dans le nouveau bâtiment. Sur cette base, les ateliers qui ont suivi ont permis d'esquisser collectivement la configuration de certaines parties essentielles du Hub Humanitaire situé 100 avenue du Port.

2. A la faveur d'une approche de design collaboratif

La méthode qui a été utilisée pour cet exercice sur l'aménagement du Hub est dans la lignée des recherches menées au sein du METROLAB, principalement sur la thématique de l'inclusion urbaine et notamment la collaboration avec Médecin

du Monde pour le co-design des espaces de soins (voir le texte de M. Vignes et M. Ranzato, dans cette publication).

Le travail s'est déroulé en plusieurs étapes. Avant de projeter l'aménagement du futur bâtiment d'accueil, il est apparu important de comprendre collectivement et plus en détail les caractéristiques du Hub existant et sa capacité à permettre ou non un bon service. Deux premiers groupes de discussion ont été consacrés à la perception et à l'évaluation des espaces de l'actuel Hub, alors situé à la Gare du Nord. Ils ont été suivis par la tenue d'ateliers de design collaboratif sur l'aménagement des espaces spécifiques du nouveau Hub situé sur l'avenue du Port.

Groupes de discussion

Les groupes de discussion visaient à évaluer la manière dont les différents espaces composant le Hub existant à la Gare du Nord étaient perçus afin d'identifier leurs qualités d'accueil et d'hospitalité, tant du point de vue des bénéficiaires que du point de vue des professionnels et des bénévoles ; et d'identifier ce qui méritait d'être réaménagé pour améliorer les qualités spatiales et rendre l'espace plus fonctionnel au vu de ses usages. Les espaces analysés étaient les suivants : l'accès au Hub (le Hub dans son environnement) ; l'entrée du Hub donnant sur la grande salle d'attente ; le couloir distribuant tous les services ; l'espace de distribution de vêtements ; les salles de consultations médicales et autres ; l'espace de rétablissement des liens familiaux ; et les toilettes (Figure 1).

Un premier groupe de discussion a réuni les usagers du Hub, c'est-à-dire les migrants. Il a été mené par des chercheurs du collectif ARCH (un architecte, une architecte/anthropologue et deux sociologues) avec la médiation des représentants de la Plateforme citoyenne. Dans chaque type d'espace, un panneau reprenant le nom de l'espace, un signe *plus* et un signe *moins*, était affiché. Les usagers du Hub – une vingtaine de personnes – étaient invités à se déplacer d'un espace à l'autre et à s'exprimer librement sur ce qu'ils appréciaient et n'appréciaient pas : un mot, une courte phrase dans la langue de leur choix, ou un dessin. Dans un deuxième temps, tous les panneaux ont été rassemblés dans l'espace commun d'accueil et les résultats ont été communiqués et commentés par les participants.

Un second groupe de discussion a été organisé une semaine plus tard qui a rassemblé le personnel des organisations à but non lucratif qui gèrent le Hub et des représentants des bénévoles qui contribuent à son fonctionnement. Les participants étaient divisés en sous-groupes et ont simplement discuté autour d'une table les points positifs et négatifs des espaces cités plus haut, ainsi que de la salle de co-working.

Ateliers de design collaboratif

Les ateliers de design collaboratif avaient pour objectif d'identifier les modifications minimales des espaces du nouveau bâtiment qui seraient nécessaires à l'accueil des usages, ainsi que le mobilier qu'il faudrait ajouter à l'existant afin d'anticiper les appels à dons.

La demande des acteurs du Hub concernait la salle d'accueil (actuellement la grande salle avec les tables de recharges) au rez-de-chaussée



Figure 1. Les panneaux placés dans les différents espaces du Hub de la Gare du Nord et commentés par les usagers lors du groupe de discussion.

du nouveau Hub ; les espaces de consultations médico-psychologiques, au 2^e étage ; l'espace dédié aux femmes au 1^e étage ; l'espace de rétablissement des liens familiaux ; l'espace de distribution de vêtements hommes, au RDC ; l'espace commun (travail, cuisine, stock) à toutes les associations au 3^e étage.

En raison du temps limité à disposition, les ateliers ont commencé alors que le déménagement dans le nouveau bâtiment était déjà proche. Tout a du être fait dans l'urgence et seuls les trois premiers ateliers ont pu avoir lieu. Pour chacun de ces trois espaces, un atelier spécifique a été organisé, mais basé sur le même processus collaboratif mis en place par les chercheurs de ARCH (un architecte et une architecte/anthropologue). Étant donné le manque de temps, seuls les professionnels et les bénévoles étaient concernés par ces activités. ARCH a demandé aux organisations responsables de chaque espace/activité de fournir un inventaire du mobilier existant utilisé dans l'espace en question dans le Hub de la Gare du Nord. Les chercheurs ont ensuite préparé un plan de l'espace alloué à l'activité dans le nouveau bâtiment, et des vignettes, à la même échelle que le plan, représentant le mobilier existant. L'exercice consistait à esquisser collectivement l'ameublement du futur espace en imaginant et en dessinant d'abord les flux des usagers, la position et les zones de travail des professionnels et des bénévoles, et leurs interactions ; puis en plaçant les meubles existants – les vignettes – et en ajoutant le mobilier additionnel nécessaire – sous la forme de nouvelles vignettes. Mais, comme dans tout processus de design, les ateliers n'ont pas suivi à la lettre un protocole, et ont plutôt fonctionné sur le mode de l'essai/erreur.

Les deux premiers ateliers de design collaboratif ont eu lieu dans l'ancien Hub et ont divergé seulement quant au nombre de participants : quatre dans le premier, cinq dans le second. Le troisième atelier, qui s'intéressait à l'espace dédié aux femmes, a eu lieu, quant à lui, dans le nouveau Hub avec la participation de deux bénévoles qui sont en réalité responsables de l'organisation de ce service. Puisque l'espace était déjà meublé et accueillait les usagers depuis quelques semaines, le processus de co-conception s'est déroulé autant sur plan que dans l'espace lui-même. Après les premières considérations, les participants et les chercheurs se sont attachés à déplacer des meubles afin de rendre l'organisation de tout l'espace encore plus efficace.

3. Groupes de discussion : formulation de principes spatiaux

a. Groupe de discussion avec les usagers

Pour les usagers, le Hub de la Gare du Nord était perçu comme une enclave hospitalière dans un environnement particulièrement hostile. Malgré son aspect fermé, étouffant, le Hub était décrit comme un lieu d'accueil et de sécurité, bien que parfois difficile à identifier, surtout pour ceux qui ne parlent pas français. Il a été opposé à l'extérieur – au quartier en général, à la Gare et même plus spécifiquement à l'entrée, perçus comme potentiellement dangereux en raison de la présence policière. La localisation du Hub – dans la Gare – était vue comme un point négatif à cet égard, le point positif étant par contre son accès facile et proche.

Ses qualités d'hospitalité découlaient de sa déconnexion avec cet environnement, assurée par une série de seuils, de sas, qui permettaient une gradation des espaces les plus publics – perçus comme les moins accueillants – vers les espaces plus intimes de consultation – perçus comme les plus hospitaliers, les qualités de ces lieux étant directement liées aux services qui s'y déploient. Ses défauts d'hospitalité découlaient de la densité de ses usages, amenant en certains lieux (salle d'attente, salle de distribution) une trop grande proximité entre bénéficiaires, générant des impressions d'étouffement ou des tensions.

Plus spécifiquement, les usagers avaient en commun le sentiment que le Hub devait mieux leur garantir des conditions d'intimité et de détente, mais qu'il devait aussi répondre à des besoins personnels en termes d'hygiène – comme, par exemple, proposer des douches. Dans certains services, tels que la distribution de vêtements, les demandes visaient l'organisation d'une circulation plus efficace, en distinguant l'entrée de la sortie notamment. Finalement, le manque de fenêtres et de lumière naturelle a régulièrement été identifié comme un grand désavantage, notamment dans le cas de la salle d'attente principale.

b. Groupe de discussion avec les employés et les bénévoles

Lors de ce groupe de discussion avec les employés et les bénévoles du Hub, les problèmes de flux furent soulevés : l'entrée et la sortie du Hub n'étant pas distinguées, les flux se croisaient et s'entrechoquaient, créant confusion et tension.

Les participants sont également revenus sur les espaces d'attente : la zone d'accueil était un espace de grande confusion (trop de monde, trop de bruit, trop de flux). À l'inverse, la salle d'attente pour les services montrait certaines qualités, liées à la multiplicité de petits recoins, aux « espaces dans l'espace » créant une ambiance intime et chaleureuse – nécessaire à l'accueil des services, où des questions souvent complexes et confidentielles (médicales, psy) y sont discutées. L'idée a été dégagée de multiplier les espaces d'attente, en fonction des services, en fonction des types de publics – hommes et femmes – afin d'améliorer les qualités hospitalières des lieux.

Un autre espace qui a particulièrement retenu l'attention fut la salle commune du personnel, espace de « décompression » et lieu central de communication (échanges, partage d'expériences et d'informations informelles) entre professionnels où convivialité et calme devraient coexister.

Enfin, les professionnels et les bénévoles se sont entendus sur la nécessité d'avoir des toilettes équipées, nombreuses et séparées des autres services.

c. Des principes communs

Les premiers résultats de cette expérience ont confirmé l'importance de partir de l'existant pour réussir à définir une compréhension commune et des principes à suivre dans l'aménagement du nouveau centre. Bien que les professionnels et les bénévoles soient déjà conscients de la plupart des problèmes liés à la gestion du précédent Hub, les groupes de discussion leur ont permis d'échanger des idées et de formuler des principes. Ce que les professionnels et les bénévoles

ont appris pendant les groupes de discussion a influencé l'organisation de certains espaces du nouveau Hub, alors même qu'aucun atelier de design collaboratif n'a pu avoir lieu pour ces espaces. Du point de vue des usagers, ceux qui ont participé ont pu se sentir entendus. De plus, la répétition de certaines propositions a poussé les professionnels et les bénévoles à définir des priorités dans la liste des changements à faire.

A la suite des groupes de discussion, les chercheurs de ARCH ont synthétisé tout ce travail au travers des principes suivants, qui ont servi de fondement pour les ateliers de design collaboratif qui ont suivi (Figure 2) :

1. rendre l'entrée du Hub facile à identifier, mais pas pour tout le monde ;
2. séparer les entrées et prévoir une entrée de service (personnels et matériel) ;
3. séparer l'entrée de la sortie ;
4. considérer la mise en place d'un circuit ;
5. gradation depuis les espaces ouverts et collectifs vers les espaces les plus intimes ;
6. multiplier les salles d'attente ;
7. prévoir des espaces dédiés aux femmes ;
8. maintenir une bonne ventilation et la lumière naturelle.

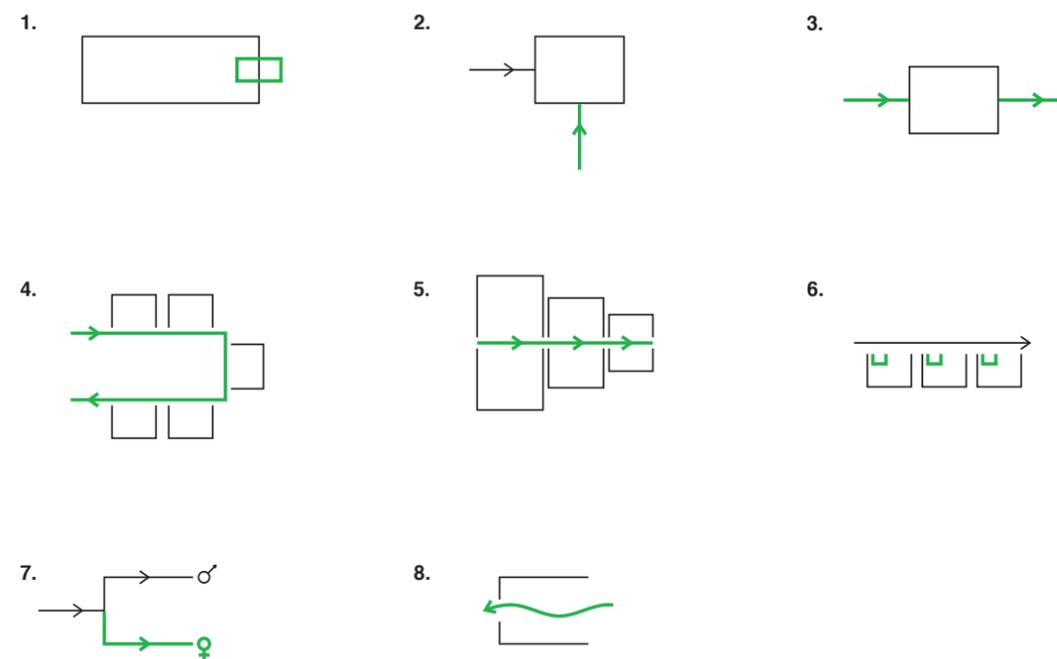


Figure 2. Principes schématiques, partagés et de base pour la configuration de l'espace du Hub.

4. Ateliers de co-conception : logique de séparation pour augmenter la qualité des usages

Le travail sur l'aménagement de l'espace d'accueil du nouveau Hub Humanitaire à Bruxelles est représentatif des problématiques liées aux usages de ce type de lieu (Figure 3). Le Hub propose en effet de répondre en partie aux besoins vitaux élémentaires des migrants présents dans le quartier de la Gare du Nord à Bruxelles ; et pour qui l'accès à de tels services est par ailleurs impossible du fait de leur statut en Belgique. Une caractéristique de l'activité du Hub est qu'il doit répondre à une forte demande avec des moyens limités et dans un temps limité. Ceci génère le rassemblement, dès l'entrée du Hub, d'un groupe d'usagers en attente d'accès aux services. Ces moments d'attente, qui prennent place tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des bâtiments, peuvent être l'occasion de tentions, voire de débordements. Le bon fonctionnement des services repose dès lors sur *l'organisation et la gestion des flux des usagers*.



Figure 3. L'atelier de co-conception pour les espaces de consultations médico-psychologiques, au 2^e étage.

Le travail de design du nouvel espace d'accueil du Hub illustre bien les considérations spatiales propres à la question de l'hospitalité des espaces du Hub, car elle est conditionnée par la recherche d'un équilibre fragile entre la sécurité et le confort¹. S'interroger sur l'entrée du Hub et l'aménagement de la première salle d'accueil a poussé les participants de l'atelier à discuter de la relation du Hub à l'espace public et à la transition de l'un à l'autre. Notamment, l'atelier a été l'occasion de réfléchir à des aménagements spatiaux visant la sécurité des usagers lors de l'accès au site du nouveau Hub et pendant leur attente à l'extérieur du bâtiment. Il a par exemple été proposé de couvrir une zone de circulation le long du bâtiment et de l'aménager de manière à ce que la file se fasse naturellement et pacifiquement; et qui permettrait par ailleurs de séparer la file principale d'une file secondaire pour les personnes vulnérables (femmes enceintes, personnes à mobilité réduite, etc.), et d'agréments cette dernière d'un banc pour améliorer l'attente. Ces dispositions ont pu être envisagées du fait de la situation du bâtiment sur un terrain en retrait de l'espace public. Ce simple retrait, et ce qu'il permet, constituent une nette amélioration de la situation du nouveau Hub comparé à celle dans la Gare du Nord, où l'immédiate proximité avec les usages propres à une gare était source de tensions et de conflits permanents, situation considérée comme inhospitalière.

La possibilité de recourir à ces aménagements à l'extérieur était d'autant plus importante que les espaces intérieurs du bâtiment sont très cloisonnés, notamment à l'entrée. L'exiguïté de l'entrée, qui nous apparaissait d'abord comme une réelle contrainte, s'est révélé contribuer à l'hospitalité du lieu en constituant un goulot. D'une part, l'entrée a été entourée de deux espaces plus grands (à l'extérieur et à l'intérieur) tous deux aménagés/repensés pour améliorer l'attente. D'autre part, le goulot permet aux usagers de sortir de la file (et donc du groupe) en petit nombre et favorise un premier échange plus intime entre les usagers et les professionnels du Hub.

Cette image de *la porte d'entrée comme goulot* est significative de la manière dont la transition se fait, dans le Hub, des espaces les plus ouverts et les plus communs vers les espaces les plus intimes. Il s'agit en effet d'une *succession de dispositifs* qui permettent de séparer les usagers en fonction des raisons qui les amènent au Hub et de leur vulnérabilité, et de dispositifs qui assurent la qualité des espaces dans lesquels ils s'arrêtent. L'amélioration du confort offert par ces derniers est facilitée par la mise en place des premiers. Notamment, la *multiplication des espaces intérieurs d'attente* avant d'accéder aux services ne se fait pas par leur succession mais par leur répartition sur les quatre étages du bâtiment. Ainsi *chaque zone de service aura maintenant son propre espace d'attente*, alors qu'avant, il n'y avait qu'une seule grande salle bruyante, sans lumière naturelle, et d'une grande capacité.

La multiplication et la répartition des salles d'attente accompagnent la *séparation des différentes fonctions des espaces*: ainsi, les services médicaux sont concentrés dans une zone, différente de la zone des services socio-psychologiques, de la zone de chargement, de l'espace dédié aux femmes, et

¹ Ces questions ont été travaillées par M. Lemaître d'Auchamp dans le cadre de son travail de fin d'étude du Master en Architecture de l'UCLouvain, intitulé *Accueillir dignement l'étranger: Composition d'un lieu d'hospitalité pour les migrants à Bruxelles* (2019).

séparés de la distribution des vêtements. Dans l'ancien Hub, tout était mélangé. Cette nouvelle répartition permet de réduire le nombre d'usagers qui se trouvent en même temps dans chaque zone, et incidemment les risques de tension. Elle permet en outre d'améliorer l'accueil et le suivi par les professionnels et les bénévoles. Cette répartition a été facilitée dans le nouveau bâtiment par le fait qu'il soit composé de 4 niveaux. La séparation spatiale se fait par les étages d'une part, et par le cloisonnement (existant dans la plupart des cas).

Les transitions entre les espaces spécifiques ont été pensées pour *faciliter une circulation fluide et régulée*. Donc elle ne se fait pas linéairement (aller-retour dans un couloir), mais dès que cela est possible, elle se fait en boucle, avec la séparation de l'entrée et de la sortie. Ce principe de la *circulation en boucle* a pu être mis en place pour l'accès au bâtiment, pour la distribution des vêtements, et au sein de certaines zones de services. Concrètement, cela se matérialise, par exemple, par les passages successifs d'une pièce à la suivante à travers une porte dans la paroi (donc sans passer à chaque fois par le couloir) ou par le cloisonnement d'un espace d'attente à l'intérieur même de l'espace de service et par lequel on doit entrer (mais pas sortir).

Un exemple pour lequel la *circulation en boucle* est pleinement fonctionnelle est celui de l'espace dédié aux femmes, espace dans lequel les femmes migrantes peuvent trouver des vêtements, des chaussures et d'autres articles pour leur hygiène personnelle: l'usagère entre dans la salle d'attente par une porte, et de là elle peut accéder, à travers une autre porte, à l'espace principal où elle va trouver l'assistance d'une bénévole; puis, en suivant une sorte de cheminement circulaire le long des étals, elle peut trouver toute sorte d'articles avant de quitter l'espace en empruntant une porte spécifique pour la sortie.

A la fonctionnalité du parcours circulaire qui est organisé par l'aménagement de l'espace, s'ajoute, dans cet exemple, le ménagement de zones de rencontre (à l'entrée et à la sortie) entre les usagères et les bénévoles, qui sont aussi des moments de contrôles et d'échange et qui constituent un autre exemple de l'image de la *porte comme goulot*. Ce rétrécissement est d'autant plus justifié dans l'espace dédié aux femmes que les bénévoles souhaitent en faire un espace de liberté dans lequel les usagères peuvent circuler à leur rythme, en nombre restreint (intimité), et choisir seules les articles dont elles ont besoin ou envie (autonomie) – et vivre un moment de répit. L'aménagement de cet espace témoigne ainsi de sa qualité d'hospitalité, puisqu'il a été pensé non pas comme une distribution mais comme une disposition.

L'hospitalité des espaces du nouveau Hub repose sur la mise en place de dispositifs spatiaux qui se résument à *des cloisons, des percées ou des portes*. Ces dispositifs contribuent à l'hospitalité des espaces car ils permettent de séparer les fonctions et donc les usagers; d'organiser les flux dans la logique d'une transition vers les espaces intimes et assurant la qualité à ces derniers; ils permettent de favoriser les interactions entre les usagers et les accueillants (professionnels et bénévoles) en ménageant des *espaces réduits plus intimes, qui sont tant des seuils que des salles*; et enfin ils permettent un aménagement des espaces qui enrichissent les usages, notamment des moments d'attente.

5. Conclusion

Cette expérience de design collaboratif avec les usagers, les professionnels et les bénévoles du Hub Humanitaire est révélatrice de la volonté et de la capacité des personnes impliquées dans le fonctionnement du Hub à porter une réflexion sur les qualités des espaces qu'ils occupent et qu'ils utilisent; et à s'interroger sur les moyens de les rendre plus hospitaliers. Les acteurs du Hub Humanitaire ont fait appel aux membres du collectif ARCH pour les aider lors du déplacement du Hub, notamment parce qu'ils sont engagés à favoriser une forme d'hospitalité envers les migrants, et parce qu'ils sont conscients de leurs limites. Malgré une éthique professionnelle indéniable, ce réseau principalement fondé sur le bénévolat et la solidarité pourrait en effet bénéficier d'une assistance ponctuelle mais pérenne dans les situations où leur action a une influence aux échelles urbaine et sociale.

La limite est le maître-mot des conditions dans lesquelles leur action se matérialise: limite budgétaire, limite de temps, limites de ressources. La limite a aussi conditionné les aménagements qui pouvaient être envisagés de manière réaliste lors du déplacement du Hub Humanitaire et de sa configuration. Pourtant, les principes spatiaux qui ont été formulés à la suite des groupes de discussion auraient pu servir de base à la conceptualisation d'un lieu idéal pour l'accueil des activités du Hub. Une telle conceptualisation pourrait inclure une réflexion sur l'implantation urbaine du Hub, et s'intégrer à la réflexion générale qui est menée au sujet du quartier Nord. Elle pourrait également porter sur la connexion des services proposés par le Hub Humanitaire avec d'autres services, et sur la ou les manières de concevoir spatialement un lieu d'hospitalité. Elle pourrait enfin déboucher sur une proposition concrète qu'il appartiendrait aux pouvoirs publics de soutenir.

Moving Out/Fitting In – Quitter les lieux/Rentrer dans le cadre – est littéralement ce que les partenaires du Hub Humanitaire ont du faire en réaction à l'impossibilité de renouveler le contrat d'occupation à la Gare du Nord. Or, le contrat pour le nouveau Hub 100 avenue du Port est lui aussi destiné à prendre fin à court terme. Pour une infrastructure sociale comme le Hub, cela implique de développer une stratégie «d'agilité», c'est-à-dire la capacité de quitter les lieux et de rentrer dans le cadre. Ceci est d'autant plus vrai si le scénario doit régulièrement se reproduire: devoir trouver un nouvel espace pour le Hub Humanitaire dans des bâtiments d'occupation temporaire. Dans un avenir proche, les bâtiments d'occupation seront nombreux dans un quartier en transformation comme celui de la Gare du Nord. Quels sont, dès lors, les besoins minimum du Hub Humanitaire en termes de durée et d'espace? En développant un concept idéal pour le Hub Humanitaire, de telles questions pourraient être prises en considération, mais cela impliquerait d'analyser plus profondément les besoins minimum par espace/service, y compris leurs dimensions, les seuils et les passages, la lumière naturelle, les équipements techniques, et la possibilité de modifier les espaces existants (démolition de murs, possibilité de percer, ...). Une telle perspective aurait également des conséquences pour les partenaires du Hub Humanitaire, comme celle de devoir progressivement adapter leur

infrastructure humaine et physique. Par exemple, en améliorant la «légèreté» du mobilier, ainsi que sa résistance au transport; mais aussi par la création de nouvelles alliances, avec, notamment, les nombreuses agences d'architecture et les ateliers de mobilier qui s'impliquent dans l'auto-construction, l'auto-artisanat, et la réutilisation de matériaux.

Pour le dire autrement, une forme de résilience au déplacement – ou l'agilité de quitter les lieux et de rentrer dans le cadre – est-elle la voie controversée que le Hub Humanitaire et ses partenaires doivent suivre? Le Hub Humanitaire doit-il être situé dans des lieux marginaux, comme sont généralement qualifiés les espaces temporaires? Le Hub Humanitaire doit-il être «condamné» à une errance périodique? Telles sont les questions cruciales qui doivent être posées. Cependant, les témoignages entendus pendant ces derniers mois, et ceux partagés par les usagers durant les groupes de discussion, font de l'image d'un Hub Humanitaire permanent et totalement visible une idée naïve, ne serait-ce que par la nature du contexte politique et culturel actuel. Pour le moment, au moins, le Hub Humanitaire doit rester central mais non-identifiable par tous, ses services doivent être faciles d'accès tout en préservant une subtile progression, faite de seuils physiques et d'échanges humains.

Bruxelles-Nord : les politiques de la ville au défi de l'hospitalité

Mathieu Berger

ARCH est né d'une obligation qui devrait faire évidence : l'obligation, pour des observateurs professionnels des questions urbaines, de ne pas fermer les yeux sur le réel, aussi problématique ou inquiétant soit-il ; à plus forte raison lorsque, comme ce fut le cas du Quartier Nord de Bruxelles ces quatre dernières années, le réel se présente de manière aussi sensible et manifeste, lorsqu'il crève les yeux.

L'observation urbaine peut-elle ouvrir les yeux ?

La présence visible d'une population migrante et réfugiée dans le Quartier Nord ces dernières années est une réalité qui a peu mobilisé les experts des questions urbaines à Bruxelles, que ce soit dans le pôle de connaissance territoriale officiel, dans les collectifs de type « living labs », dans les bureaux d'études privés, ou même dans les universités. Deux raisons à cela : complexité et déconcernement. D'abord, nul doute que ces questions sont difficiles à approcher, observer, analyser. Absence de corpus de données préexistant, population par définition mobile et fluctuante, méfiance des personnes en situation irrégulière vis-à-vis des chercheurs, difficultés morales éprouvées par le chercheur quand il s'agit de côtoyer la misère économique, psychologique, sanitaire... Mais on comprend aussi comment cette dimension de complexité a pu servir d'excuse à une certaine indifférence. Dépasser ces difficultés demande certes un intérêt spécial, un réel concernement.

Qui, au sein des urban studies, a réellement cherché à établir des données d'observation sur la situation des migrants dans le quartier Nord depuis 2015 ?¹ Qui a tenté d'approcher ces personnes afin de vérifier leur méfiance et peut-être tenter de la dépasser ? Qui a cherché à dépasser ses réticences premières, devant la difficulté d'approcher des situations où se joue la survie des autres ?

C'est essentiellement un collectif d'acteurs, la Plateforme Citoyenne BxlRefugees (les associations, ONGs et nombreux bénévoles qui s'y trouvent engagés) qui a regardé la réalité dans les yeux et a fait face à la complexité. C'est aujourd'hui un tout autre type d'acteurs, le Gouvernement bruxellois, qui met en oeuvre de premiers moyens d'intervention. La plupart des observateurs étaient, eux, bien loin de l'action. Si bon nombre d'experts des questions urbaines bruxelloises se trouvaient à distance respectable du Quartier Nord, d'autres étaient installés à quelques dizaines de mètres du Parc Maximilien, de l'Office des étrangers ou de la Gare du Nord, sans jamais pour autant avoir établi une réelle proximité avec ces enjeux ou avec les personnes pour lesquelles ils se posent.

C'est le cas de l'initiative Lab North et son slogan « The Future Is Here », affiché au sommet de la tour WTC I, quand des files de migrants se formaient devant l'Office des étrangers, qui était alors installé à la base de la tour voisine WTC II. Ce geste de prise de distance verticale, par lequel un collectif d'architectes, d'urbanistes et autres créatifs se postent en surplomb du Quartier Nord, afin de mieux l'embrasser du regard et mieux le « projeter », est aussi celui par lequel ces professionnels toisent leurs voisins et, le regard vers l'horizon, feignent de ne pas voir la tragédie qui se déroule à leurs pieds.

Il existe différentes façons, pour les professionnels des questions urbaines d'exercer leur travail dans la négation de l'existant et le mépris du réel².

- Le projet urbain futuriste, mené hors sol, dans le confort d'une tour d'ivoire et d'un entre-soi disciplinaire, en est une première. À Bruxelles, et surtout dans le Quartier Nord, cette méthode n'est plus à présenter. Productrice d'aberrations dans le passé, elle semble reprendre du service aujourd'hui. 1969 ? Non, 2019.
- Une seconde façon d'échapper au réel, pour les stratèges et experts d'une politique de la ville, consiste à faire équivaloir la carte et le territoire, en limitant intentionnellement leur capacité d'observation à des indicateurs quantitatifs, en suivant les phénomènes urbains par la seule lorgnette du « monitoring des quartiers », par exemple. Si de telles médiations macroscopiques sont nécessaires (au risque d'une autre simplification : la myopie, la focalisation sur le « micro »), elles doivent nécessairement

1 À Bruxelles, les travaux universitaires consacrés à la question sont menés essentiellement à partir d'approches juridique et politologique ; peu sous un angle urbain et par des enquêtes ethnographiques, à l'exception notable de : Anika Depraetere and Stijn Oosterlynck (2017) ; Dirk Lafaut and Gily Coene (2018) ; Racha Daher and Viviana d'Auria (2018).

2 Sur les différentes méthodes par lesquelles nous fuyons activement le réel pour lui préférer son « double », il est utile de lire Clément Rosset, *Le réel et son double* (1976).

être prolongées par l'exploration des situations nouvelles, la description ethnographique des réalités de terrain, la rencontre avec les publics visés, le corps à corps avec les problèmes urbains. À Bruxelles, la constitution d'un important corpus de données géo-statistiques semble dispenser les observateurs officiels d'arpenter la ville, d'aller à la rencontre de ses problèmes les plus pressants. La situation des migrants dans le Quartier Nord le montre : l'absence de données au sujet d'une population empêche celle-ci d'apparaître dans le champ de vision et de concernement de l'administration, quand elle apparaît clairement aux yeux des riverains du Parc Maximilien, des utilisateurs de la Gare, des passants concernés, des associations engagées et des nombreux citoyens qui font l'effort de venir voir par eux-mêmes ce qu'il en est et éventuellement d'apporter leur aide.

- Une troisième forme de distance au réel consiste à n'interagir avec lui que sur le mode expérimental, à travers des initiatives éphémères, auxquelles ne sont pas assignés des objectifs sérieux ou des obligations de résultat. À travers la mise en place de *living labs*, Bruxelles, comme d'autres métropoles européennes, semble manifester un intérêt pour le caractère vivant, concret, sensible des questions urbaines et invite les chercheurs à s'engager sur un plan plus pratique. Le risque est cependant qu'à travers un phénomène de *labwashing*, le gouvernement de la ville-région externalise et délègue son souci pour le réel à une série d'initiatives limitées dans leur durée de vie et dans leurs moyens (institutionnels, organisationnels, financiers...) d'actions. S'ils sont contraints à évoluer en marge de l'action gouvernementale, s'ils ne sont pas pris au sérieux, ces *labs* peuvent se trouver réduits à un pur expérimentalisme et développer progressivement, vis-à-vis de leur activité et de leurs objets, un « second degré » qui les éloigne eux aussi du réel.
- Sans doute ces écueils des *labs* restent-ils préférables à l'aveuglement académique et au « somnambulisme intellectuel » (Dewey, 2014/1920)³ de ceux qui n'étudient la ville ou les problématiques urbaines que depuis leur campus, n'ayant pour la réalité urbaine qu'un intérêt scholastique, c'est-à-dire à la fois scolaire et contemplatif. Il faut sans cesse pouvoir critiquer les abstractions fallacieuses d'une pensée sur la ville qui se développerait « sans contact avec la pratique et donc sans contact avec l'épreuve que l'application impose à la pensée » ; il faut pouvoir questionner les discours savants qui ne sont pas « sollicités » par des « troubles subis » et qui ne trouvent pas leur « mandat » dans les situations du réel. La difficulté avec laquelle

3 Les éléments cités dans ce paragraphe sont tous extraits de John Dewey (2014/1920).

nombre de *living labs* s'acquittent de leur mission de recherche-action et peinent à démontrer leurs applications pratiques peut sans doute trouver une excuse dans leur relative jeunesse et inexpérience, dans la limitation des moyens soulevée au point précédent, ou encore dans le rapport nécessairement indirect d'une recherche à ses résultats sur le terrain. La recherche urbaine de salon n'a pas cette excuse. Si elle peut encore se draper dans sa dignité de «recherche fondamentale», ce n'est que par le rejet et le mépris des tentatives d'application de la recherche; des applications dont elle est bien incapable.

Nous sommes quelques-uns, au sein du Metrolab Brussels, à avoir jugé nécessaire de prolonger notre activité de recherche-action sur les questions d'inclusion et d'hospitalité urbaine à Bruxelles (Berger *et al.*, 2018) par un engagement auprès des acteurs de la Plateforme Citoyenne BxlRefugees. Certains d'entre nous avons collaboré avec Médecins du Monde en 2017-2018, dans le cadre de leur projet FEDER, sur la co-conception d'espaces d'accueil et de soins pour des publics vulnérables, et singulièrement pour un public de migrants et réfugiés. Alors que nous portions ces enjeux et étions voisins directs du Parc Maximilien, notre engagement auprès des acteurs associatifs et citoyens du Quartier Nord s'est progressivement imposé comme une évidence.

Soumis au calendrier de la Plateforme Citoyenne (un calendrier dicté par l'urgence), ARCH s'est constitué en janvier 2019 et s'est mis au travail pour produire de premiers résultats en juin 2019. Ces six premiers mois de recherche-action, menés sans financement spécifique et rassemblant des chercheurs et enquêteurs volontaires venant de différentes universités mais aussi de milieux non académiques, ont permis de générer de premiers matériaux descriptifs, de premières analyses. Ces recherches ont aussi permis, sur le plan pratique, d'aider la Plateforme Citoyenne à penser l'organisation spatiale des conditions de l'accueil et de l'aide aux migrants, en particulier lorsqu'ils ont été contraints de déménager leur *hub* de la Gare du Nord à l'avenue du Port, en mai-juin 2019.

Ces travaux, menés dans l'urgence, préfigurent ce que pourrait être une recherche-action collective sur les conditions de l'hospitalité d'une ville comme Bruxelles, devant la réalité des migrations. L'étape suivante de cette recherche-action, si elle avait l'attention de la Région bruxelloise, consisterait à concevoir collectivement la traduction de l'hospitalité urbaine dans une politique publique, à penser ensemble un «tournant hospitalier» des politiques de la ville.

Que peut une Région hospitalière face au Fédéral xénophobe?

Concernant la question des migrations qui traversent Bruxelles, concernant le sort de ceux qui survivent tous les jours dans le Quartier Nord ou ailleurs, que peut, face à un Fédéral explicitement xénophobe, un Gouvernement Régional qui se présente progressiste, sensible aux enjeux humanitaires et à la question de l'hospitalité urbaine? Une décision récente du Gouvernement bruxellois⁴ a certes permis aux acteurs de la Plateforme Citoyenne de mener leur travail d'aide et d'accompagnement des migrants et réfugiés dans des conditions qui, en 2020, seront enfin décentes. C'est une très bonne chose qu'amène le nouveau Gouvernement bruxellois en place depuis septembre 2019, une reconnaissance et un soutien réels pour les acteurs associatifs et citoyens de l'hospitalité à Bruxelles. Toutefois, il ne faut pas s'y tromper: les phénomènes migratoires contemporains qui traversent nos métropoles européennes et contribuent à les façonner ne peuvent être «gérés» par le financement d'un personnel d'aide (psycho-)sociale ou d'assistance humanitaire. L'hospitalité urbaine, en tant que principe, doit être intégrée de manière plus globale et systématique dans le «logiciel» des politiques spatiales bruxelloises.

Face aux arguments qui minimisent la situation actuelle en la limitant à un phénomène ponctuel, des recherches telles que celles nous avons commencées doivent rappeler qu'un quartier de gare comme le Quartier Nord est structurellement et par nature un espace d'arrivée pour les migrants d'hier, d'aujourd'hui et de demain, et doit être pensé comme un lieu où il est crucial que l'hospitalité urbaine puisse être donnée. Il faut développer vis-à-vis des migrations un état d'esprit comparable à celui qui est adopté vis-à-vis des questions environnementales: notre ville doit penser les conditions de sa résilience et de sa flexibilité dans la perspective de «débordements» à venir⁵. Il est tout à fait frappant de constater que notre Région est capable, par exemple, de développer beaucoup de créativité et d'intelligence pour concevoir des espaces urbains inondables, par lesquels on anticipe sur la survenue de crues, mais ne s'interroge pas plus activement sur la façon dont ses quartiers de gare peuvent recevoir ou accommoder des flux migratoires, aujourd'hui tout aussi prévisibles.

Face aux arguments qui renvoient la situation déplorable des migrants dans le Quartier Nord à une compétence et donc à une responsabilité fédérale, il faut faire valoir des initiatives actuelles, dans lesquelles une certaine «créativité institutionnelle» est expérimentée. Citons par exemple le «Contrat École». Depuis une dizaine d'années au moins, la Région tente de déployer son action sur les questions scolaires, toujours au risque de transgresser la

4 Le Gouvernement bruxellois a annoncé début novembre qu'il réitérait son soutien financier à l'asbl Bxlrefugees et à l'asbl Médecins du Monde, pour leur permettre de poursuivre leurs activités destinées à l'accueil et la prise en charge des migrants jusqu'en fin 2020, en l'absence d'une politique d'accueil digne par le Gouvernement fédéral. Les associations et ONG concernées ont à cette occasion fait part de leur volonté d'une solution plus structurelle.

5 Voir la notion de «flexibilité territoriale» esquissée par Gregory Bateson, avec laquelle il attire l'attention sur ces parties de la ville que la planification urbaine ne doit pas chercher à «optimiser» en termes de «performance», mais qui doivent rester suffisamment indéterminées et flexibles, pour permettre à la communauté urbaine de composer devant l'imprévu (Gregory Bateson, 1972, «Ecology and Flexibility in Urban Civilization», in *Steps To an Ecology of Mind*, University of Chicago Press).

répartition des compétences et d’empiéter sur le domaine « communautaire ». En 2016, elle met toutefois au point une initiative-pilote qui est rééditée en 2019, le « Contrat École ». Le raisonnement est simple : si le scolaire est bien la compétence des Communautés, la Région est, elle, responsable de l’intégration socio-spatiale des sites scolaires dans leur quartier. Suite à une étude de programmation, le Contrat École permet donc de concevoir, stimuler et financer les interactions entre l’école et la ville. Une initiative similaire pourrait-elle s’appliquer dans les lieux de la Région les plus marqués par la présence des migrants ? La Région n’est pas compétente sur la question des migrations, mais peut être davantage responsabilisée sur l’interaction entre ces phénomènes et les matières d’aménagement du territoire et de planification urbaine qui sont bien les siennes. Peut-on réfléchir à des « Contrats d’hospitalité » ? À défaut, les outils existants (Contrats de quartiers durables, Contrats de rénovation urbaine, Plans d’aménagement directeur, etc.) peuvent-ils intégrer ces questions de manière plus active et volontaire ?

C’est vers de telles propositions concrètes, à travers le *design* de solutions institutionnelles, que pourrait s’orienter le travail d’ARCH ces prochains mois. Après s’être focalisée successivement sur les questions de l’embellissement du cadre de vie (1980s-1990s), du renforcement de la cohésion sociale (1990s-2000s), de l’amélioration de qualité environnementale et écologique de ses quartiers (2000s-2010s), la politique de la ville bruxelloise doit aujourd’hui à nouveau adapter ses formes et ses moyens pour répondre à une « nouvelle question urbaine » : celle de la responsabilité et de la décence devant l’aspect tragique du réel, celle de l’hospitalité donnée par la ville à celui ou celle qui s’y réfugie et doit y survivre.

Bibliographie

Berger, M., B. Moritz, L. Carlier, & M. Ranzato (Eds.). (2018). *Designing urban inclusion*. Brussels : Metrolab Series.

Lafaut D. and Coene G. (2018), Let Them In! Humanitarian Work as Political Activism? The Case of the Maximiliaan Refugee Camp in Brussels. *Journal of Migrant & Refugee Studies*, 17 (2). 185–203.

Daher, R., & d’Auria, V. (2018). Enacting citizenship in an urban borderland : The case of Maximilian Park in Brussels. *European Journal of Creative Practices in Cities and Landscapes*, 1 (1), 53–72.

Depraetere A. and Oosterlynck S. (2017), 'I finally found my place': a political ethnography of the Maximiliaan refugee camp in Brussels. *Citizenship Studies*, 21 (6). 693-709.

Dewey J. (2014/1920), *Reconstruction en philosophie*. Paris, Seuil.

Rosset C. (1976). *Le réel et son double*. Paris, Gallimard.

Conclusion

La contribution des enquêtes socio-spatiales aux enjeux d'inclusion

Mathieu Berger & Louise Carlier

Les deux recherches composant cette publication présentent la contribution d'enquêtes interdisciplinaires aux qualités d'inclusion et d'hospitalité de deux types d'équipement à destination de publics vulnérables, dans des quartiers eux-mêmes fragilisés : d'une part, des espaces de soin, et d'autre part, un espace d'accueil. Dans les deux cas, cette contribution a été rendue possible et effective parce que les chercheurs étaient sollicités directement par les porteurs de projet – par ceux qui avaient la main sur l'aménagement de ces espaces.

Il ne faut pas en déduire pour autant que les apports pratiques d'enquêtes de ce type, mêlant perspectives spatiales et sociales, se limitent à l'aménagement d'équipements. Nous sommes convaincus qu'elles pourraient également contribuer aux politiques urbaines, dans une perspective d'inclusion sociale, à une plus grande échelle. D'ailleurs, dans ces enquêtes, les chercheurs impliqués se sont attachés, en amont des ateliers menés pour l'aménagement des équipements concernés, à comprendre l'environnement (matériel, social, institutionnel) au sein duquel s'implantent ces derniers¹; et en aval, à proposer des pistes pour améliorer les qualités d'hospitalité de ces environnements².

L'environnement social des projets urbains échappe encore aujourd'hui dans une large mesure aux instruments et aux outils de connaissance mobilisés dans la mise en place des politiques urbaines régionales. Sa prise en compte requiert de développer de nouvelles modalités d'investigation recourant tout autant à l'enquête et à l'interdisciplinarité³.

1 Voir la contribution de L. Carlier & A. Printz dans cette publication.

2 Voir les contributions de M. Ranzato & M. Vignes, de M. Vignes, et de M. Lemaître d'Auchamp & Marco Ranzato dans cette publication.

3 Voir à cet égard Carlier L., Debersaques S., Declève M., Ranzato M. Van Hollebeke S. (2021), *Cartographier l'environnement social d'un projet urbain*, Metrolab logbook I.

Pour cette conclusion, nous reviendrons sur les contributions potentielles de l'enquête socio-spatiale – basée sur la collaboration entre savoirs et démarches sociologiques et architecturales/urbanistiques – à des projets dont l'échelle dépasse celle de l'équipement : les projets relatifs aux politiques d'aménagement et de rénovation urbaine des territoires de la ville.

La difficile prise en compte des enjeux d'inclusion sociale

Les enquêtes présentées dans les deux parties de cette publication portent sur des équipements établis dans des quartiers fragilisés, et dont les bénéficiaires sont des publics particulièrement vulnérables. Les qualités d'hospitalité des équipements pour ces publics y sont approchées et évaluées dans leur rapport direct aux enjeux d'inclusion qui se posent dans leur environnement immédiat.

Les phénomènes d'exclusion sociale et les enjeux corrélés d'inclusion sociale dans les environnements urbains sont complexes à identifier et à décrire, et leur prise en compte dans les politiques urbaines se trouve entravée par différents facteurs – notamment l'invisibilisation de certaines situations d'exclusion qui échappent aux outils de connaissance territoriale ; et l'absence des publics les plus fragilisés dans les espaces de participation mis en place dans le cadre des projets d'aménagement et de rénovation urbaine⁴.

Premièrement, les publics vulnérables sont souvent « invisibles » au seul prisme des données sur lesquelles se fonde la connaissance territoriale – données statistiques ou administratives, prenant comme unité l'individu, s'appuyant sur des variables socio-économiques et établies sur une base résidentielle. C'est le cas notamment pour un public dit de migrants, dont la présence n'en est pas moins visible et manifeste dans les espaces urbains ; ou pour d'autres publics sans lieu de résidence fixe ou déclaré. Ces publics représentent souvent des personnes en situation d'exclusion, qui inscrivent leurs pratiques et usages dans l'espace public et y trouvent refuge, de façon temporaire mais souvent néanmoins durable, à défaut d'accès à des logements ou équipements appropriés⁵. La rue, la place, le parc deviennent alors des environnements où ils trouvent certaines ressources nécessaires à leur survie – comme espaces stratégiques pour des activités économiques informelles, ou simplement pour s'abriter (Mitchell, 2003 ; Snow & Mulcahy, 2001 ; Carlier 2020). Espaces occupés, ils deviennent aussi des espaces en tension, ces présences, souvent perçues comme indésirables⁶, suscitant l'émergence de troubles, la contiguïté de modes d'usages et de rapports au lieu conflictuels. Malgré les difficultés et enjeux manifestes associés à ces situations, les acteurs

4 Ces deux points ont été développés dans le cadre de réflexions menées avec P. Varloteaux et S. Van Hollebeke sur les enjeux d'inclusion urbaine, au sein du Metrolab.

5 Voir les études menées par Perspective.brussels sur la saturation des équipements et services à Bruxelles. Ces études se focalisent cependant sur certains types d'équipements (tels que les crèches, écoles, terrains de sport, équipements d'aide et de soins pour les personnes âgées, etc.) et ne sont pas encore parvenues à intégrer dans l'analyse des équipements d'accueils, d'aide et de soins pour les publics sans domicile fixe. À ce titre, nous pouvons citer les études de La Strada qui recensent chaque année une partie de ces publics vulnérables en s'appuyant sur les connaissances de différents acteurs de terrains à Bruxelles (ex : centres d'accueil d'urgence).

6 Voir le dossier coordonné par M. Berger et S. Van Hollebeke, « Les espaces publics et leurs indésirables : interactions, institutions, politiques », publié dans la revue Les Politiques Sociales (2021).

des politiques d'aménagement et de rénovation des espaces urbains peinent à prendre en compte ces publics et les problématiques qui les concernent. Le cas du parc Maximilien dans le Quartier Nord de Bruxelles est à cet égard exemplaire, comme le souligne le texte de M. Berger dans cette publication⁷ : alors que se multiplient les dispositifs de rénovation urbaine dans ce territoire, la problématique migratoire et les enjeux qu'elle soulève y sont très faiblement pris en compte. Les espaces publics urbains, en raison des présences vulnérables qu'ils accueillent, sont pourtant l'un des espaces essentiels où questionner les enjeux d'inclusion sociale et d'hospitalité urbaine ; et où penser une politique publique d'équipements. Les équipements méritent en effet d'être considérés comme les composantes d'une « infrastructure sociale » (Klinenberg, 2020) susceptible de répondre à certains besoins, particulièrement pour les publics fragilisés⁸.

Une seconde raison pour laquelle les enjeux d'inclusion sociale sont difficiles à prendre en compte est d'ordre politique, et tient aux limites de l'accès des publics les plus vulnérables aux espaces où se discutent les projets urbains et les politiques urbaines (sans parler des cercles dans lesquels ces projets et politiques se décident), des espaces où leurs expériences, leurs préoccupations et leurs attentes sont dès lors faiblement représentées. Les dispositifs de participation sont ainsi souvent critiqués en raison de l'absence de différents publics, qui conduirait à l'incapacité des acteurs politiques à prendre en compte leurs besoins et leurs attentes.

La reconnaissance de ces limites pose la question de la capacité des politiques publiques à jouer leur rôle d'inclusion, en prenant en compte ces publics dans l'organisation spatiale de l'espace urbain. L'inclusion urbaine, en termes d'aménagement, appelle une organisation spatiale de la ville qui reconnaisse une place aux différents groupes y coexistant (Carlier *et al.*, 2018). Elle requiert de s'appuyer sur un processus permettant de tenir compte des différents besoins, perspectives et expériences des publics qui habitent les territoires des politiques urbaines, en particulier les plus vulnérables d'entre eux (Mitrasinovic, 2015).

C'est dans cette perspective que la contribution potentielle de l'enquête au processus démocratique mérite d'être envisagée (Dewey, 2003), pour toucher ces publics, comprendre et prendre en compte les problématiques qui les affectent, et relayer leurs besoins spécifiques – l'enquêteur endossant alors un rôle de médiation.

7 Voir *Bruxelles-Nord : les politiques de la ville au défi de l'hospitalité*, dans cette publication.

8 Voir à cet égard les deux publications du Metrolab sur « la fabrique de l'infrastructure sociale » (Berger M. *et al.*, 2021 et Carlier *et al.*, 2021b).

Une approche écologique et pragmatiste

Le rôle politique de l'enquête sociale était au cœur de la première école de sociologie urbaine – l'école de Chicago – inspirée par le pragmatisme de John Dewey. Ce dernier voyait dans l'enquête l'«auxiliaire privilégié de la démocratie» (Zask, 2003, p.14). L'enquête se définit, dans sa pensée, comme un processus qui rend compte de la manière dont les «situations problématiques» sont vécues par différents groupes, qui donne à ces groupes des ressources pour comprendre et modifier leurs conditions de vie, et qui fournit aux décideurs des données leur permettant d'évaluer et d'influencer ces conditions. L'enquête devrait idéalement être menée par chaque citoyen affecté par une situation problématique : c'est la meilleure forme de participation démocratique. Cependant, tous les citoyens ne sont pas également aptes et préparés aux exigences de la participation, comme nous le rappellent les recherches actuelles sur le sujet. C'est là qu'intervient le rôle des sciences sociales : pour qu'une enquête menée par des scientifiques soit démocratique, il ne faut pas qu'ils soient coupés des «besoins qu'ils sont censés servir» (Dewey, 2003, p.197).

Les implications méthodologiques sont donc importantes. Tout d'abord, l'enquêteur doit observer *in situ* et sur un temps long un «monde social» dans son environnement – un «monde social» étant défini comme un ensemble d'individus aux conditions de vie similaires, engagés dans des relations de communication, partageant un milieu et un environnement et ayant des usages communs et collectifs de l'espace (Cefaï, 2015). C'est la condition pour comprendre ce monde de l'intérieur, appréhender ses conditions de vie, saisir son expérience de l'environnement et ses besoins, et objectiver éthiquement ces données. Ensuite, les résultats de l'enquête sociale doivent être proposés, discutés et revus avec les membres des mondes sociaux investigués ; et publiés auprès des acteurs susceptibles d'influencer leurs conditions de vie et leur environnement. L'enquête sociale telle qu'envisagée par J. Dewey est alors un outil de médiation et d'*empowerment*, qui favorise l'inclusion politique de certains mondes sociaux, alors constitués en «public».

L'école de Chicago a mené ses recherches dans cette perspective, en vue de mieux comprendre les conditions de vie de groupes sociaux marginalisés – d'un point de vue spatial, économique ou politique (Cefaï *et al.*, 2015). Les recherches étaient menées dans l'optique de contribuer aux politiques réformistes de la ville qui étaient mises en place pour résoudre différents problèmes sociaux qui s'y posaient (délinquance, grande pauvreté, intégration des migrants, etc.). Ces recherches se présentaient comme des descriptions de situations (observations ethnographiques) suivies de propositions ou de recommandations pour améliorer les conditions des groupes sur lesquels portaient l'enquête. Elles étaient développées sous le paradigme de l'écologie humaine, qui développait une véritable science sociale des milieux de vie dans le contexte urbain (Cefaï *et al.*, 2021). L'écologie humaine s'intéressait aux relations sociales et spatiales de différents mondes sociaux coexistant dans un même environnement (Burgess & Park, 1925 ; Grafmeyer & Joseph, 2004). Le chercheur analysait les «processus écologiques» façonnant leur «monde», comme la

ségrégation/mobilité, l'isolement/hybridation, la succession ou la domination. Ces processus étaient influencés par la position de chaque monde social dans les ordres économiques et politiques, et par ses relations de coexistence avec les autres mondes sociaux (Carlier, 2022).

Sur la base d'un travail d'ethnographie interdisciplinaire et coopératif, chaque recherche contribuait à un projet commun : la production d'une «carte sociale» de toute la ville de Chicago, reflétant les espaces de vie des différents mondes sociaux étudiés (Topalov, 2014). Si les sociologues de Chicago ont peu collaboré avec les architectes et urbanistes de l'époque, il n'en reste pas moins que cette carte est devenue un outil crucial pour l'organisation administrative et politique de la ville. L'école de Chicago a donc combiné l'ethnographie et l'observation des mondes sociaux avec l'élaboration d'outils de visualisation qui rendaient compte et reflétaient la dimension sociale des espaces étudiés.

L'enquête socio-spatiale comme outil de médiation

Engagés dans un usage contemporain et critique de cette perspective écologique associée à l'École de Chicago, plus soucieux de développer les liens avec les praticiens de l'espace qui modèlent directement les environnements urbains, nous sommes convaincus que l'enquête socio-spatiale peut produire des connaissances utiles à l'action politique et plus spécifiquement aux politiques urbaines.

L'approche écologique et pragmatique peut contribuer au processus démocratique en opérant comme outil de médiation envers des publics absents ou sous-représentés via les dispositifs de participation et les outils de connaissance territoriale habituellement mobilisés. Elle donne des pistes pour prendre en compte des publics qui sont hors de portée des acteurs politiques et urbains malgré leur présence évidente dans les espaces de la ville, et les enjeux d'inclusion qu'elle soulève. Ses méthodes d'enquête permettent de comprendre les expériences et les besoins de «mondes sociaux», qui échappent aux acteurs responsables de l'aménagement de leur environnement, et d'organiser spatialement leur coexistence avec les autres. Elles permettent d'identifier les processus d'inclusion/exclusion qui façonnent leur «espace de vie» (Berger, 2022) et qui sont influencés par les politiques de développement urbain (Carlier, 2020).

C'est ce type d'approche que nous avons expérimenté dans le cadre de ARCH. La présence massive des migrants dans les espaces publics du Quartier Nord, comme le parc Maximilien, rend visibles leurs conditions de vie marquées par les processus d'exclusion et une vulnérabilité extrême. Si de nombreux plans et programmes urbains sont aujourd'hui développés dans ce quartier, on constate l'absence de prise en compte de la perspective des migrants et des acteurs de l'accueil dans le débat, la conception et la définition des problèmes et des stratégies de développement du quartier. L'approche du collectif est décrite comme suit : « nous avons essayé de mobiliser l'enquête comme un outil pouvant contribuer à la compréhension d'une situation problématique, de relayer des voix et des expériences actuellement absentes du débat,

et de fournir des ressources pour l'action» (Berger & Carlier, 2020, p.14). Dans ce projet, nous avons mobilisé l'enquête en vue d'étayer une politique d'hospitalité urbaine.

La dimension sociale des espaces urbains

Le travail de terrain révèle une dimension sociale de l'espace qui échappe aux outils habituels de la connaissance territoriale. Si ces outils sont précieux pour comprendre les caractéristiques démographiques et socio-économiques des différentes catégories d'habitants qui résident dans un territoire, et certaines problématiques globales qui s'y posent (comme un taux de pauvreté important, ou un manque d'accès à certains équipements ou espaces publics), ils ne permettent pas, en revanche, d'appréhender les mondes sociaux qui coexistent dans ces espaces, les pratiques communes qu'ils y développent, les tensions qui s'y jouent, et la façon dont leurs pratiques et leurs usages façonnent les espaces et leur ambiance.

La méconnaissance de cette dimension sociale de l'espace et l'hégémonie des approches quantitatives, géographiques et statistiques impactent plus largement la façon dont les grandes problématiques urbaines sont adressées à Bruxelles : ainsi en est-il du problème de la « dualisation socio-spatiale » et de la concentration spatiale de la pauvreté dans les quartiers entourant le Pentagone connus sous le nom de « croissant pauvre » (Berger & Van Hollebeke, 2017). S'est progressivement imposé à Bruxelles un modèle approchant les inégalités sociales et les divisions du territoire à travers le schéma binaire de la « fracture urbaine ». Mais la manière dont ces inégalités et divisions sont vécues et éprouvées au quotidien par les personnes concernées, la façon dont ces dernières font face à des processus d'exclusion socio-spatiale, constituent encore aujourd'hui un impensé des politiques d'aménagement de la ville – dont les objectifs sont pourtant d'agir directement sur ces questions. Comme l'ont souligné M. Berger et S. Van Hollebeke (2017), les notions de « dualisation », de « fracture urbaine », de « gentrification » ou de « relégation » ne permettent pas d'aborder la complexité des territoires et les tendances paradoxales qui les traversent. L'utilisation de ces notions révèle « un déficit sémantique dans la qualification des tensions territoriales, une pauvreté du langage par lequel les acteurs des politiques de la ville (se) représentent les clivages socio-spatiaux auxquels ils font face. » (p.180).

Le travail de terrain et l'enquête, s'ils peuvent contribuer à rendre audibles et existantes certaines voix, peuvent aussi permettre de mieux connaître, décrire, comprendre les problématiques sociales actuelles qui se manifestent dans les espaces urbains et auxquelles les politiques régionales tentent de répondre – notamment via les référentiels de « cohésion sociale », de « mixité », de « vivre ensemble » ou d'« inclusion sociale » (Printz, 2018). La recherche urbaine pourrait conduire à l'émergence d'autres catégories descriptives susceptibles de rendre compte des modes de coexistence entre des mondes sociaux polarisés dans les espaces urbains, mieux adaptées

aux situations observées et mieux à même d'y guider l'action publique. C'est dans cette perspective que différents travaux ont été menés au sein du Metrolab, qu'il s'agisse du développement d'une approche cartographique pour comprendre l'environnement social de projets urbains (Carlier *et al.*, 2021a), d'une conception « topologique » des espaces urbains (Berger, 2022), ou encore de concepts invitant à ressaisir les problématiques d'inclusion urbaine, comme « l'enclave inclusive » (Berger & Moritz, 2018).

Nous envisageons donc une complémentarité entre l'approche qualitative ici proposée et l'approche quantitative plus classiquement développée. L'enquête socio-spatiale qualitative permet d'informer et de comprendre des situations saisies par des données statistiques et quantitatives, sur la base d'un travail de terrain qui recueille des informations sur les expériences et les perspectives des publics concernés par ces situations. En d'autres termes, grâce au travail de terrain, nous passons de l'analyse géostatistique des *groupes sociaux* (en tant que catégories démographiques) à l'ethnographie des *mondes sociaux* (en tant que fait empirique et écologique). Des mondes sociaux que l'enquête sociale peut contribuer à convertir en un « public » s'invitant dans le processus démocratique, ainsi que le conçoit J. Dewey (Dewey, 2003 ; Cefai & Terzi, 2012)

Une réflexion sur les conditions d'intégration de la recherche qualitative dans les instruments, les procédures et les pratiques de gouvernance urbaine est alors nécessaire (Van Hollebeke, 2021). C'est dans cette optique que des outils de visualisation de la dimension sociale des espaces pourraient être développés, à partir d'une approche interdisciplinaire mêlant savoirs urbanistiques et sociologiques.

Développer des outils de visualisation

Compte tenu de la prédominance des outils de visualisation dans les politiques urbaines, l'intégration du travail de terrain et des données qualitatives dans les politiques urbaines (procédures et outils) serait sans doute facilitée par un recours accru des sociologues au médium visuel (Van Hollebeke, 2021). Car « si le pluralisme social du lieu, la coexistence et l'entrelacement autour d'un même site urbain d'une multitude de 'mondes' représentent une réalité banale pour le sociologue et tout à fait accessible, dans son principe, aux aménageurs, elle ne semble pourtant pouvoir s'imposer à ces derniers comme une réalité contraignante pour le projet qu'à partir du moment où elle peut leur être montrée, et pour cela rendue *visible*. » (Berger, 2021, p.452). Les « visualisations urbanistiques » informent sur un territoire mais jouent également un rôle de médiation entre les chercheurs et les différents acteurs de l'action publique : ils agissent comme « intermédiaire[s] entre différents acteurs territoriaux, entre différentes formes de connaissance du territoire et, enfin, entre différentes phases de l'activité urbanistique » (Soderstrom, 1996, p.107). Ces outils de visualisation de la dimension sociale des territoires permettraient de compléter les représentations dominantes de l'espace dans la sphère des politiques urbaines, où la figuration des facettes sociales est souvent lacunaire.

Sur base de l'ethnographie des mondes sociaux développée, des outils de visualisation pourraient être conçus et mis en oeuvre, en croisant les expertises sociologiques et urbanistiques/architecturales, afin de représenter la pluralité des « espaces de vie » qui, en s'entrelaçant, composent les mondes sociaux étudiés ; afin de comprendre comment ces territoires de l'action publique sont utilisés, occupés et habités.

Dans cette perspective, l'approche écologique pourrait être combinée à une approche topologique⁹, inspirée par la psychologie sociale de Kurt Lewin (1936), qui invite à considérer les environnements urbains comme des espaces structurés par des perspectives divergentes, comme des sites d'enchevêtrement d'espaces de vie (*life spaces*) hétérogènes et concurrents (Berger, 2022). Cette topologie des espaces de vie fut développée concomitamment par une autre psychologue sociale allemande, Martha Muchow, qui conduisit différentes ethnographies sur l'espace de vie des enfants dans les espaces publics de Hambourg (Muchow and Muchow, 1935 ; Muchow, 2022). Ces auteurs, par leur sensibilité écologique aux environnements physiques et sociaux, par leur approche phénoménologique de l'espace, toujours interprété, façonné, mis en forme par la personne ou le groupe qui s'y engage, l'occupe et l'utilise ; et enfin, par leur goût pour l'expérimentation de formes de visualisation des processus socio-spatiaux, notamment des tensions et des conflits, pourraient inspirer un nouveau type de recherche sur la dimension sociale de l'espace.

Ce type d'approche et de recherche permettrait de contribuer pratiquement au design d'aménagements, aux processus de projet et aux programmes d'action publique. Différentes enquêtes au sein du Metrolab ayant croisé les savoirs sociologiques, urbanistiques, géographiques et architecturaux ont permis d'expérimenter ce type d'outils de visualisation relative à la dimension sociale des environnements urbains¹⁰. Nous sommes convaincus qu'il s'agit là d'un des apports fondamentaux de nos expérimentations interdisciplinaires, orientées vers des visées d'application et de proposition, en prise avec les réalités urbaines.

9 Approche développée dans ses *Principes de psychologie topologique*. Les fondateurs de la Gestalt Psychologie (ou « psychologie de la forme ») de Berlin, dans les années 1920 et 1930, distinguaient un « espace géographique » objectif, indépendant de l'expérience, et un « espace comportemental », c'est-à-dire ce que devient cet espace objectif lorsqu'il est façonné par nos perceptions, nos cognitions, nos intentions, nos pratiques, nos usages, etc. (Koffka, 1935).

10 Voir à cet égard l'expérience de recherche interdisciplinaire menée autour d'ateliers de cartographie collective au sein de Metrolab, proposant de développer de telles formes d'outils de visualisation pour rendre compte de l'environnement social d'un projet urbain (Carlier *et al.*, 2021a). Cette recherche cartographique représente une tentative de visualisation des espaces de vie de différents mondes sociaux au sein d'un territoire de l'action publique.

La réception des enquêtes socio-spatiales par les acteurs politiques

Pour résumer nos propos, nous pensons que ce type d'enquête portant sur les dimensions sociales des espaces urbains pourrait jouer un rôle de médiation pour les groupes vulnérables, et permettre une visualisation de la dimension sociale des espaces, contribuant à cet égard aux enjeux d'inclusion sociale et démocratique qui se posent dans une ville comme Bruxelles.

Le chercheur joue un rôle de médiateur, vis-à-vis des groupes sociaux habituellement absents dans les dispositifs qui accompagnent la conception des projets urbains ou des politiques d'aménagement ; il joue un rôle d'intermédiaire ou de traducteur de leurs besoins, perspectives et expériences. Il agit comme médiateur dans leur *empowerment*, c'est-à-dire pour leur prise en compte par les décideurs et les praticiens en charge de l'aménagement de leurs espaces de vie. Les enquêtes présentées dans ce logbook illustrent ce type de démarche appliquée à la conception d'un équipement, en vue d'accroître ses qualités d'hospitalité et d'inclusion ; elles permettent d'envisager les apports potentiels de ces modalités de recherche si elles étaient mises en œuvre à l'échelle des territoires de l'action publique.

Pour que l'enquête puisse jouer un tel rôle et contribuer aux politiques publiques, encore faut-il intégrer ces outils – inspirés de méthodes qualitatives et développés autour de situations spécifiques et problématiques – aux procédures qui régissent la conception et la mise en œuvre des politiques urbaines. Or, « cet intérêt pour le particulier et le qualitatif se partage difficilement dans des 'milieux de réception' qui, comme celui de l'administration régionale, considèrent essentiellement les signes conventionnels et les nombres. » (Berger, 2021, p.470). Comment intégrer ces méthodes dans les outils et instruments existants de planification et de rénovation urbaine, et plus particulièrement dans les processus de conception urbaine actuellement en cours dans ces territoires ?

Si nos enquêtes ont pu jouer un rôle localement dans la conception des équipements de soin et d'hospitalité pris comme cas d'application, c'est bien parce que les acteurs qui étaient en charge de leur aménagement ont considéré les potentiels apports de l'enquête, et lui ont donné une place dans le processus de projet. Pour pouvoir déployer ce type de démarche et lui reconnaître un rôle à plus grande échelle, dans les politiques urbaines, encore faut-il que les acteurs en charge de leur mise en œuvre et de leur coordination en fassent autant. Nous espérons que cette publication contribuera à les convaincre d'expérimenter, à leur tour, l'intégration de cet « auxiliaire de la démocratie » dans leurs pratiques et procédures.

Bibliographie

- Berger, M. (2018). Questioning some forms and qualities of urban togetherness : Friendliness, Inclusion, Hospitality. In M. Berger, B. Moritz, L. Carlier & M. Ranzato (Eds.), *Designing urban inclusion* (pp.177-182). Metrolab Series.
- Berger M., Moritz B., Carlier L. & Ranzato M. (Eds.) (2018). *Designing urban inclusion*. Metrolab Series.
- Berger, M. & Moritz, B. (2018) Inclusive urbanism as gatekeeping. In M. Berger, B. Moritz, L. Carlier & M. Ranzato (Eds.), *Designing urban inclusion* (pp.149-163). Metrolab Series.
- Berger, M. & Van Hollebeke, S. (2017). Bruxelles sous tensions. Quelques pistes pour une conceptualisation des formes et enjeux de la mixité sociale. In Ananian, P. & B. Declève (Eds.), *Montréal et Bruxelles en projet(s). Les enjeux de la densification urbaine*. (pp.175-188). Presses universitaires de Louvain.
- Berger M. (2021). Écologie des savoirs urbains. Épreuves de la recherche-action au Metrolab Brussels. *Pragmata*, 3. p.430-488.
- Berger M. (2022). Topologie des espaces de vie. Apports gestaltistes à l'écologie urbaine (K. Lewin, M. Muchow). In Cefai D., Berger M., Carlier L., Gaudin O. (eds.), *L'écologie humaine. Une science sociale des milieux de vie*. Creaphis (à paraître).
- Berger M., Van Hollebeke S. (eds). (2021), *Les espaces publics et leurs indésirables : interactions, institutions*. Les Politiques Sociales, 1-2.
- Berger M., Grulois G., Moritz B., Van Hollebeke S. (eds.) (2021). *La fabrique de l'infrastructure sociale I : défis contemporains dans la ville post-covid*. Metrolab Logbook IV.
- Burgess, E. W. & Park, R. E. (Eds). (1925). *The City. Suggestions for Investigation of Human Behavior in the Urban Environment*. The University of Chicago Press.
- Carlier L., Ranzato M., Berger M., Moritz B. (2018). Brussels'urban inclusion as a design matter. In Berger M., Moritz B., Carlier L. Ranzato M. *Designing Urban Inclusion : Metrolab Brussels MasterClass I* (11-20). Metrolab Series.
- Carlier L. (2020), Experience of Urban Hospitality : An Ecological Approach to the Migrants'World. *Urban Planning*, vol.5, no. 3.
- Carlier L., Debersaques S., Declève M., Ranzato M., Van Hollebeke S. (2021a), *Cartographier l'environnement social d'un projet urbain*, Metrolab logbook I.
- Carlier L., Grulois G., Varloteaux P., Moritz M. (2021b). *La fabrique de l'infrastructure sociale II : Regard historique et réflexif sur les modèles et les outils de l'urbanisme de proximité à Bruxelles*. Metrolab Logbook VII.
- Carlier L. (2022). L'écologie humaine et la coexistence urbaine : quelques malentendus dans sa réception. In Cefai D., Berger M., Carlier L., Gaudin O. (eds). *L'écologie humaine. Une science sociale des milieux de vie*. Creaphis (à paraître).
- Cefai D., Bidet A., Stavo-Debauge J., Frega R., Hennion A. & Terzi C. (2015). Introduction du Dossier « Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations ». *SociologieS* [En ligne]. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/491>
- Cefai D. (2015). Mondes sociaux. Enquête sur un héritage de l'écologie humaine à Chicago. *SociologieS* [En ligne]. URL : <http://sociologies.revues.org/4921>
- Cefai D. & Terzi C. (2012). Publics et problèmes publics. Revenir au pragmatisme. In Cefai D., Terzi D. (dir.), *L'Expérience des problèmes publics. Perspectives pragmatistes*, Paris, Éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Cefai D., Berger M., Gaudin O. & Carlier L., (eds). (2022). *L'écologie humaine. Une science sociale des milieux de vie*, Créaphis (à paraître).
- Dewey J. (2003 [1927]). *Le Public et ses problèmes* (Trad. J.Zask). Gallimard.
- Grafmeyer, Y. & Joseph, I. (2004) (Eds.). *L'Ecole de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*. Flammarion.
- Klinenberg E. (2020). « Social Infrastructure and the Future of Civic Life », Social Infrastructure in The (Post)-Covid City, cycle de conférences organisées par le Metrolab Brussels.
- Mitchell, D. (2003). *The right to the city : Social justice and the fight for public space*. NY : The Guilford Press.
- Mitrasinovic M., 2015. *Concurrent Urbanities. Designing Infrastructures or inclusion*, New York, Routledge.
- Printz A. (2018). The EU's social and urban policies from the perspective 183 of inclusion : History and usage of the concept. In Berger M., Moritz B., Carlier L. Ranzato M. *Designing Urban Inclusion : Metrolab Brussels MasterClass I* (183-193). Metrolab Series.
- Snow, D. A., & Mulcahy, M. (2001). Space, politics, and the survival strategies of the homeless. *American Behavioral Scientist*, 45(1), p.149-169.
- Soderstrom O. (1996). Sélectionner et projeter. *Espace-Temps*, 62-63, p.104-113.
- Stavo-Debauge, J. (2017). *Qu'est-ce que l'hospitalité ? Recevoir l'étranger à la communauté*. Liber.
- Topalov C. (2014). Le Local Community Research Committee, la recherche sur projet et l'« âge d'or » de la sociologie de Chicago (1923-1930). *Genèses*. 1 (94), p.81-113.
- Van Hollebeke S. (2021), *Professionnels du discours et spécialistes de l'image dans le projet urbain. Enquête à Bruxelles sur une asymétrie des collaborations entre experts de la ville* (2021), thèse de doctorat en sciences sociales et en urbanisme, dirigée par M. Berger et J.-P. Thibaut, Louvain-La-Neuve/Grenoble, UCLouvain et Université Alpes Grenoble.
- Zask J. (2003) Introduction : La politique comme expérimentation. In Dewey J. *Le Public et ses problèmes* (Trad. J.Zask). Gallimard.

Colophon

Auteurs

Mathieu Berger
 Louise Carlier
 Marie Lemaître d'Auchamp
 Antoine Printz
 Marco Ranzato
 Maguelone Vignes

Edition

Mathieu Berger
 Louise Carlier

Coordination

Louise Carlier

Couverture

Dessins de Marie Lemaître d'Auchamp
 & Marco Ranzato

Conception graphique

Els Vande Kerckhove
 Something Els

Remerciements

Action Research Collective for
 Hospitality
 Médecins Du Monde
 Plateforme Citoyenne de Soutien aux
 Réfugiés (BxlRefugees)
 Zamane Sehaki Badr
 Sara Cesari et Louise Prouteau,
 Metrolab.brussels

Certains des textes présentés dans
 ce livre sont déjà publiés dans ARCH,
*Whose Future is here. Searching for
 Hospitality in the Northern Quarter*,
 Metrolab Brussels.

Pour plus d'informations,
 voici le lien vers la publication:
[https://metrolab.brussels/
 publications/whose-future-is-here](https://metrolab.brussels/publications/whose-future-is-here)

Le FEDER (Fonds Européen de
 Développement Régional) est un
 outil politique régional qui vise à
 créer de nouvelles opportunités pour
 les citoyens européens et à réduire
 l'écart de niveau de vie entre régions.
 Entre 2007 et 2013, le programme
 FEDER, à travers l'intervention de
 la Région et de l'Europe, a ainsi
 investi 108 millions d'euros dans
 32 projets de la Région de Bruxelles-
 Capitale. Ces projets concernent
 la garde d'enfants, des mesures
 de réinsertion professionnelle, des
 programmes de formation mais aussi
 le développement durable, le soutien
 aux activités économiques, et le
 renforcement de l'infrastructure et
 de la cohésion sociale dans la zone
 du canal.

Le programme actuel (2014-2020)
 contient 46 projets portant sur l'accès
 à l'emploi, la recherche, l'économie
 circulaire, l'innovation et l'amélioration
 du cadre de vie. L'Europe et la Région
 investissent 200 millions d'euros dans
 ce nouveau programme.

Cette publication et les activités de
 recherche ont été rendues possibles
 grâce au soutien financier du Fonds
 Européen de Développement
 Régional (FEDER) (2014-2020) de la
 Région Bruxelles-Capitale.

© 2021

Université Catholique de Louvain
 Université Libre de Bruxelles

Tous droits réservés. Aucune partie
 de cette publication ne peut être
 reproduite ou transmise sous quelque
 forme ou par quelque moyen,
 électronique ou mécanique, y compris
 la photocopie, l'enregistrement ou
 tout système de stockage et de
 récupération d'information, sans
 l'autorisation écrite des détenteurs
 des droits d'auteur. Toutes les
 déclarations contenues dans ce
 rapport de recherche sont la seule
 responsabilité de leurs auteurs. Les
 éditeurs ont fait tout leur possible
 pour retrouver les détenteurs de droits
 d'auteur, mais si certains ont
 été oubliés, nous nous ferons un
 plaisir de procéder aux accréditations
 nécessaires à la première occasion.

Chaque élément de l'identité visuelle
 de Metrolab, y compris les marques,
 logos et tout élément graphique
 appartient exclusivement à
 Pam&Jenny et sont protégés par les
 lois sur la propriété intellectuelle.
 Bibliographic information published
 by the Royal Library of Belgium.
 Editor ID: 14.488
 ISSN: D/2022/14.488/01
 ISBN: 978-2-9602757-2-8



UCLouvain



La Région et l'Europe investissent dans votre avenir !
 Het Gewest en Europa investeren in uw toekomst!





UCLouvain



La Région et l'Europe investissent dans votre avenir !
Het Gewest en Europa investeren in uw toekomst!

