

INTERROGER LES DIMENSIONS ESTHÉTIQUES DE L'EXPÉRIENCE ALIMENTAIRE EN MILIEU HOSPITALIER

Article à paraître (Presses de l'Université du Québec à Montréal)

Auteur : Diane Bisson, professeur agrégée

Établissement : École de design industriel, Université de Montréal

Adresse et téléphone :

2940, chemin de la Côte-Ste-Catherine

Montréal (Québec) H3T 1B9

Tél : 514 343 7905

La présentation suivante propose d'explorer l'amélioration des pratiques alimentaires dans l'environnement hospitalier, particulièrement dans l'espace de la chambre, à travers l'expérience du repas telle que vécue par l'enfant hospitalisé. Elle plaide en faveur de l'approfondissement de l'expérience du quotidien, en particulier par la saisie et la contextualisation du sens que donnent les gens à leur environnement matériel.

Les objectifs de cette contribution sont doubles. Elle participe à l'articulation du concept même d'expérience, qui puise ici principalement dans la psycho-anthropologie et l'anthropologie sensorielle. Ce sont les dimensions existentielles, émotives, symboliques, sensorielles et les dimensions matérielles de l'expérience qui sont examinées afin de saisir l'expérience dans toute sa complexité. Les concepts de familiarité des lieux, de rapport sensoriel au lieu et de rapport entre le corps et la chambre se posent comme des concepts saillants dans l'interprétation de l'expérience du lieu. Le texte nous offre aussi l'occasion de réfléchir sur le rôle significatif des environnements matériels dans l'amélioration des pratiques nutritionnelles. La chambre se comprend comme un micro-espace et un environnements d'objets participant à la construction de pratiques alimentaires et de formes de communications.

Notice biographique :

Diane Bisson est anthropologue et historienne de formation. Elle enseigne les cours de théories et d'histoire du design à l'École de design industriel de l'Université de Montréal. Ses projets de recherche-crédation s'appuient sur l'étude de l'expérience esthétique quotidienne de l'environnement matériel. Les problématiques qu'elle explore portent sur la santé (nutrition) et la durabilité environnementale.

Bibliographie (voir document annexé)

Dans le présent article, les concepts d'éthique et d'esthétique sont abordés avec un regard pragmatique. Le propos s'inscrit dans la recherche en design, l'un des domaines les plus souvent appelés à intervenir sur la qualité de nos cadres de vie, et s'appuie principalement sur une réflexion anthropologique. Nous proposons ici un cadre conceptuel permettant d'éclairer la compréhension de la dynamique relationnelle complexe opératoire entre les individus et leurs environnements physiques et matériels. Nous souhaitons particulièrement approfondir les dimensions qui entourent et caractérisent l'expérience esthétique du quotidien et peuvent fournir des repères dans le processus d'humanisation de nos cadres de vie.

Le lieu particulier de l'hôpital sert de toile de fond à la discussion sur la nature de la relation entre l'esthétique et l'éthique. Milieu fortement marqué par les enjeux d'une société qui donne à l'individu une place prépondérante, l'hôpital sert de cadre exploratoire à la réflexion beaucoup plus large sur l'expérience des environnements du quotidien. Notre regard se distingue sans doute de celui de nos collègues puisque ce n'est ni comme milieu de travail, ni par le point de vue des acteurs hospitaliers que nous interrogeons le lieu, mais bien par le biais des patients qui s'en trouvent autant concernés¹. Notre problématique porte plus précisément sur l'amélioration des pratiques alimentaires auprès des enfants hospitalisés pour de longues durées. Elle présente la chambre comme un lieu de prédilection pour l'illustration des rapports sensibles à l'espace et l'acte de manger comme celui qui relate sans doute le mieux la quotidienneté².

À l'interface du design et de la santé, on tend à s'éloigner de l'idée déterministe que seuls les soins puissent améliorer la santé ou que seul le « redesign » des lieux et des objets liés au quotidien alimentaire suffise à aiguïser l'appétit. Certes, les facteurs reliés à l'environnement physique et matériel influencent la capacité d'une personne à vivre une expérience positive. Toutefois la perspective soutenue ici défend l'importance de leur contribution potentielle à une démarche réflexive plus globale prenant en considération l'ensemble des dimensions expérientielles pouvant intervenir dans l'acte de manger. Bien qu'un processus d'humanisation des conditions d'hospitalisation des enfants soit toujours à l'oeuvre, l'alimentation se voit surtout traitée d'un point de vue clinique. Nous tentons d'interroger les dimensions qui interviennent dans l'expérience du repas afin de nous introduire dans un

¹ L'expérience des intervenants médicaux vaut certes et reste à appréhender car peu d'études font état d'une telle lecture expérientielle. Voir Véga, 2000.

² La problématique abordée s'inscrit dans un projet de recherche-création en cours financé par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture. Le projet est réalisé en collaboration avec l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et la Fondation Leucan. Le cadre conceptuel proposé dans le texte suivant correspond au travail réflexif précédant l'enquête de terrain qui n'est pas complétée à ce jour.

monde de relations particulières et peut-être d'éclairer le développement de nouvelles approches alimentaires et de design d'environnements favorables à l'émergence et au maintien d'un meilleur état de santé. Devant une telle problématique alimentaire, le design cherchera à élaborer des scénarios alternatifs qui n'interviendront pas *a priori* sur la nourriture, bien qu'une reconsidération éventuelle du design des aliments eux-mêmes ne soit pas entièrement rejetée. Ces scénarios peuvent inclure autant de propositions de services, de systèmes relationnels ou interactifs que de réaménagements d'espaces et de design d'objets valorisant des modèles alimentaires positifs. En se réclamant du paradigme de recherche « compréhensif », qu'il faut admettre être assez récent en design, nous tentons d'échapper à l'approche formaliste plus traditionnelle qui cherche avant tout à embellir l'environnement suivant des paramètres physiques et matériels. Il ne faut toutefois pas sous-estimer le rôle que peut jouer l'environnement matériel. Aussi, nous reconsidérerons les objets de la table et leur modalité d'usage d'un point de vue relationnel plutôt que formaliste.

Définir l'expérience esthétique du quotidien

La participation du design au projet humaniste de l'institution hospitalière prend racine dans un mouvement éthique qui anime depuis peu la discipline. Ce mouvement se traduit par une forme de plaidoyer en faveur d'une recherche du sens de la pratique du design que plusieurs souhaitent plus engagée dans l'intervention sociale. Bien sûr, l'histoire atteste du mandat social dont se sont dotées manifestement depuis leurs origines les disciplines de l'aménagement, et donc de la poursuite d'une forme d'éthique professionnelle, mais leurs interventions témoignent, pour l'essentiel, de stratégies qui ont plutôt tenu compte de critères formalistes, fonctionnalistes et financiers. On ne manquera pas d'observer que la recherche récente s'est toutefois tournée vers les problématiques sociales et environnementales et a pris acte de la complexité de leurs enjeux dans une perspective holistique. Puisant dans le renouvellement actuel de la pensée pragmatiste de Dewey, le design appelle au renforcement ou au rétablissement des valeurs et à la promotion totale de la vie humaine (Ockman, 2000, p. 25) et cherche à entreprendre une saisie plus fine du sens que les individus prêtent à leurs relations au cadre de vie. C'est par une compréhension plus approfondie des rapports entre individus et environnement, dans leurs vécus quotidiens, que le design pose donc un regard sur la signification culturelle et sociale de l'expérience subjective, ou plus spécifiquement de l'expérience esthétique. On est conduit à constater que les pratiques de l'aménagement ont en général peu interrogé les acteurs comme des participants à part entière. Comprendre l'expérience vécue répond à l'ambition de restituer aux individus leurs rôles en tant que participants sociaux actifs et en tant que bénéficiaires des interventions sur ces cadres de vie.

Cette quête de l'expérience individuelle mène inévitablement vers une révision du concept d'expérience esthétique. Les disciplines de la philosophie, de l'art et des sciences sociales ont chacune à leur tour marqué d'interprétations diverses le concept d'expérience, et surtout celui de l'esthétique qui encore aujourd'hui défie toute tentative de consensus. Nous nous contenterons de dire que notre entendement de l'expérience esthétique se replie sur les travaux de Lefebvre, Goffman (1973), Maffesoli (1985), de Certeau (1994) et Le Breton (1998), qui posent la quotidienneté comme l'un des caractères fondamentaux de l'expérience subjective, et qui n'ont trouvé écho que très récemment dans la recherche en design (Aronowitz, 2000, p. 205). Notre entendement repose également sur les écrits récents qui envisagent l'expérience esthétique comme expérience sensible du monde dans son quotidien. Ces écrits s'éloignent des idées que l'esthétique est un domaine théorique exclusif à la recherche en art et que l'expérience esthétique implique une distanciation de l'objet visuel, notion héritée de Kant (Light et Smith, 2004; von Bonsdorff et Haapala, 1999, Welsch, 1997a, 1997b). En effet, notre conception est davantage liée à la compréhension du rapport continu et perméable d'un individu avec le monde matériel et social qu'à celle de l'attrait, la sensation ou l'attitude esthétique de l'individu comme perceuteur dans une posture de contemplation.

Les auteurs qui situent les relations de l'individu à son environnement dans une lecture polydimensionnelle de l'expérience (esthétique) du quotidien sont nombreux et proviennent de plusieurs champs d'intervention. Nommons d'abord ceux qui contribuent directement à la construction actuelle de ce courant : Berleant (2004), Foster (1998), Haapala (2004), Saito (2001) et Welsch (1997) situent leurs travaux dans une réflexion qui porte soit sur l'esthétique environnementale ou soit sur l'esthétique du quotidien. On peut lire avec profit les auteurs concernés par l'expérience sensorielle de l'environnement (Malnar et Vodvarka, 2004), la psychologie environnementale (Moser, 2003 ; Gustafson, 2001), la phénoménologie de l'espace (Seamon, 2004) et le design de produit centré sur l'individu (Frascara, 2002 ; Squires, 2002 ; Sanders, 2001). Il importe d'évoquer également ceux qui abordent l'expérience esthétique alimentaire selon une perspective critique (Brady, 2004 ; Foster, 1999, Korsmeyer, 1998, 1999, 2004).

Ces textes ont en commun une lecture anthropologique qui n'hésite pas à emprunter un outillage réflexif à d'autres champs disciplinaires. Nous sommes en présence d'une approche qui se soucie, en l'occurrence, des rapports entre culture et individu, qui interroge la signification sensorielle des relations au monde et qui adopte une perspective plus phénoménologique. Elle témoigne de l'importance de conjuguer des connaissances portant sur la construction, sur la perception et sur la représentation sociale, culturelle et subjective du

monde sensible. La littérature à laquelle nous référons illustre que cette ambition traverse actuellement le domaine du design dans ses interventions les plus diverses.

Si, depuis plus de vingt ans, l'anthropologie participe à faire reconnaître le caractère universel de la sensibilité esthétique et de la configuration culturelle de son expérience, c'est dans le développement du champ hybride de l'anthropologie et de la psychologie qu'elle aura pleinement contribué à la proposition que l'expérience se module dans les mouvements de réciprocité continue entre les idéaux culturels, les motivations individuelles et les environnements sociaux et matériels. Le phénomène esthétique se conçoit alors comme un système d'interrelations d'actions, de pensées, de perceptions d'affects, de réactions, toujours propre à une culture particulière (Maquet, 1979, p. 49-52). C'est à Turner (1986), à Levine (1984) et plus récemment à Bloch (1998) et Moore et Mathieus (2001) que revient la définition des assises de la rencontre d'une anthropologie plus introspective et d'une psychologie reconnaissant pour sa part que le caractère distinctif de l'expérience humaine ne se lit pas qu'en des termes biologiques. Cette rencontre puise dans le pragmatisme de Dewey qui voyait une relation dialectique entre le psychologique et le social. Elle puise aussi dans sa philosophie de l'expérience. Dewey définit l'expérience comme étant subjective, en continuité avec son lieu et perpétuellement renouvelée. Selon lui, l'individu est en constant état expérientiel :

« It is not possible to divide in a vital experience the practical, emotional, and intellectual from one another and to set the properties of one over against the characteristics of the others. The emotional phase binds parts together into a single whole ; « intellectual » simply names the fact that the experience has meaning ; « practical » indicates that the organism is interacting with events and objects which surrounds it. » (Dewey, 1980, p. 55)

« Experiencing like breathing is a rhythm of intakings and outgivings, Their succession is punctuated and made a rhythm by the existence of intervals, periods in which one phase is ceasing and the other is inchoate and preparing. » (Dewey, 1980, p. 56)

Quant à l'anthropologie des sens (Howes, 1991 ; Classen et *al*, 1994), discipline plus récente, elle contribue grandement à la compréhension culturelle de l'usage des sens, de leur hiérarchie, de leurs interrelations et de leurs significations. Elle considère l'ensemble des sens engagé dans une forme de « carte sensorielle » (Howes, 1991) de notre expérience du monde, ou « *sensorium commune* » (Le Breton, 1990, p. 125). Ce faisant, l'anthropologie des sens soulève « l'hégémonie d'une discrimination visuelle » dans nos pratiques et nos interprétations du monde en Occident.

La compréhension sensorielle du monde ne se fait si ce n'est par son accès au monde vécu, au vécu de conscience, et s'inscrit ainsi dans le sillage d'une perspective phénoménologique. Ce sont les travaux de Merleau-Ponty qui auront sans doute le plus marqué la définition phénoménologique de l'espace : « il faut que la pensée de science [...] se replace dans un « il y a » préalable, dans le site, sur le sol du monde sensible et du monde ouvert tels qu'ils sont dans notre vie, pour notre corps... » (Merleau-Ponty, 1964, p. 12-13).

Les disciplines qui ont pour terrain d'intervention l'espace n'ont pas véritablement pour considération première le lieu physique, mais les relations qu'il instaure et le sens que lui concède les individus. Il n'existe que dans la mesure où un système de relations y est engagé. L'expérience de l'espace n'échappe pas au regard phénoménologique qui examine les comportements, les expériences et leurs significations tels qu'ils se déploient en situation. « L'espace n'est pas le milieu (réel ou logique) dans lequel se disposent les choses, mais le moyen par lequel la position des choses devient possible » (Merleau-Ponty, 1945, p. 281). La phénoménologie offre un cadre de référence pour approcher la relation du corps à l'espace. Du corps, Galimberti (1998 : 90) dira qu'il est le « seul fond » et Le Breton (1992, p. 95) « la matière première » à partir de laquelle l'espace apparaît. Le « sensorium » serait donc à l'œuvre dans un mode de relations de réciprocité entre le corps et l'espace et n'est réductible ni à l'un ni à l'autre. On ne se surprendra donc pas de voir les sciences humaines lentement s'approprier la phénoménologie d'abord pour son attitude empathique envers le sujet, mais surtout pour l'interprétation herméneutique qu'elle apporte, au sens où Gadamer et Ricoeur l'entendent, c'est-à-dire dans sa volonté de rendre manifeste le rapport au monde, la manière d'être, le rapport à soi.

Nous croyons que c'est dans l'approfondissement de la signification des rapports entre les dimensions existentielles, linguistiques, symboliques, cognitives et sensorielles, et les dimensions matérielles de l'expérience que s'appréhende notre connaissance du monde. Notre réflexion s'inscrit donc dans la ligne de pensée qui soutient qu'une conjugaison de ces connaissances serait plus révélatrice de l'expérience esthétique du monde. Elle inscrit l'esthétique dans une éthique qui se pose telle que l'entend Ricoeur : une éthique appliquée pour laquelle la moralité sert à la fois de « plan de référence » et de « structure de transition » vers un mode d'agir, engageant les individus et les institutions dans des pratiques justes et responsables (Ricoeur, 2003?, p. 11).

Comprendre l'expérience esthétique du milieu hospitalier

Il nous importe d'interroger le sens que les patients donnent à leur expérience sensible, afin d'intervenir sur les conditions permettant d'améliorer leur situation nutritionnelle dans une perspective palliative ou préventive. Cette réflexion nous éclaire sur les conditions de la situation de projet. Nous proposons une lecture à la fois élargie et circonstanciée des aspects propres à l'expérience alimentaire qui concernent l'histoire de vie de l'individu, ou l'*Être* ; la signification socio-historique de l'*Être malade*, qui renvoie à l'histoire des mentalités par lesquelles se construit la perception même de la maladie ; enfin, les conditions particulières de son rapport au lieu, de ce qui entoure l'*Être malade dans le lieu singulier de la chambre d'hôpital*.

Le rapport à la vie qui précède l'hospitalisation d'un enfant - ce qui relève de son existence même et jette les paramètres de son interprétation subjective du monde - aura une incidence sur la construction de l'expérience de l'hospitalisation. Klees précise que « les réactions des enfants hospitalisés ne sont pas seulement une réponse à la réalité de l'hospitalisation, elles sont aussi une réponse à tout ce qui s'était passé pour eux auparavant » (Klees, 1981, p. 103), incluant les pratiques alimentaires domestiques qui marquent l'expérience du repas en milieu hospitalier. Interroger l'individu sur ses habitudes, ses rituels, mais surtout sur les épisodes qui ont marqué sa vie est une approche utilisée dans les milieux de la santé particulièrement auprès des patients atteints de maladies chroniques. (Niewiadomski et Bagros, 2003). L'encouragement du récit de vie s'inscrit dans une démarche médicale qui se veut, à son tour, plus compréhensive. L'accès à une meilleure connaissance du patient contribue à l'élaboration de protocoles de soins médicaux mieux adaptés, mais également à l'atteinte d'un niveau supérieur de qualité de vie hospitalière. Le concept de qualité de vie mérite d'être examiné puisqu'il soulève la mission que se donne notre société préoccupée par la recherche de confort et par l'amélioration des conditions de tous les contextes de vie. La qualité de vie et les concepts de bien-être et de satisfaction qui lui sont subordonnés sont interpellés dans les domaines de santé et de la conception du cadre bâti. Ils se mesurent le plus souvent avec des instruments génériques (Beaufils, 2002) qui ont eu pour effet de voiler les réalités subjectives. À cet égard, la littérature actuelle soulève l'importance de mesurer la qualité de vie telle qu'elle est perçue, de manière à faire émerger les dimensions que les patients estiment être pertinentes. Le confort, par exemple, peut s'interpréter selon un repère d'usage, selon le goût, selon le niveau de familiarité ou, encore, selon les sentiments qu'il soulève. Il est donc circonstanciel et peut même être contradictoire avec ce que l'on comprend par une logique ergonomique (Feertchak, 1999). D'ailleurs, le concept de confort pourrait se traduire, dans le contexte qui nous concerne, en celui de réconfort, une qualité esthétique à laquelle on a rarement recours. Dans la réflexion qui nous anime, si l'on reconnaît la valeur de l'expérience individuelle, la notion même de confort suppose plus d'une interprétation.

L'expérience se saisit aussi par ce qui relève de l'*Être malade* qui renvoie à la fois à la conscience de l'existence, à la construction socio-historique de la maladie et de son lieu et à tout ce qu'engendre de malaises la maladie (Abiven, 1976 ; Amouros, 2004 ; Llorca, 2002 ; Heuskin et Schouters-Decroly, 1981 ; Steudler, 1981). Dans son analyse herméneutique de la santé, Gadamer (1998) dit de l'expérience qui émerge de cette relation esthétique au monde qu'elle est existentielle, qu'elle traduit une forme de rapport à soi et soulève chez le patient la question de la conscience de la santé : « La santé est quelque chose que l'on ne ressent absolument pas, c'est un mode d'être là, un être dans le monde, un être-parmi-les-hommes; la santé, c'est être empli de ses propres problèmes existentiels, dans l'action ou dans la joie » (Gadamer, 1998, p.122). L'expérience sensible soulève également la question de la conscience de la maladie. Gadamer la définit ainsi :

« ...en tant que phénomène de la vie, la conscience de la maladie n'est pas simplement une conscience dans le sens de la connaissance d'un état de fait objectif, elle est, comme toute conscience, quelque chose qui s'acquiert difficilement et qui, pour s'imposer, doit lutter contre de vives résistances. On sait le rôle que joue dans maintes maladies de l'homme le refoulement de la conscience de la maladie mais on sait surtout que ce refoulement remplit une fonction fondamentale dans l'existence de l'homme. Le malade prend conscience de sa maladie à travers le sentiment d'une déficience. » (Gadamer, 1998, p. 62)

Il nous faut rappeler que la maladie en soi implique le plus souvent un lien à l'hôpital, ce lieu qui met en relief les conditions de l'état d'être malade. Nombreux sont ceux qui ont dépeint l'hôpital comme un lieu commandé par des rationalités, à la fois médico-technique, gestionnaire et économique, souvent incompatibles avec sa mission. Les pratiques éthiques et politiques de l'hôpital de même que les conceptions sociales de l'institution sont de fait largement modulées par une logique technocentriste hérité de la science moderne. Foucault soulève le paradoxe qu'elles font naître.

« ...la médecine offre à l'homme moderne le visage obstiné et rassurant de sa finitude ; en elle la mort est ressassée, mais en même temps conjurée ; et si elle annonce sans répit à l'homme la limite qu'il porte en soi, elle lui parle aussi de ce monde technique qui est la forme armée, positive et pleine de sa finitude. » (Gadamer, 1963, p. 200)

Cette volonté propre au XVIIIe siècle d'aménager « la société comme milieu de bien-être physique, de santé optimum et de longévité » entraîne la transformation de l'hôpital que l'on

s'est employé à comparer depuis à une « machine à guérir » (Foucault, 1979), à une « usine » ou à une « entreprise » (Babel et Darmau, 1977 ; Steudler, 1974).

D'une telle perspective technique a découlé le phénomène de la spécialisation des pratiques et des savoirs de la médecine contemporaine. La spécialisation aura pour effet de façonner les relations à la maladie, au lieu et aux individus (Therrien, 1998). La rationalité fonctionnaliste, dont on ne saurait exagérer l'importance, entraîne la création de modèles relationnels singuliers dans l'univers médical. Dans son étude sociologique du système de santé, Sand affirme que « cette subdivision des tâches a conduit [...] à une certaine perte de la qualité des contacts humains, au bénéfice de la compétence des spécialistes » (1981, p. 17). Les pratiques langagières qui se sont instaurées sur ces savoirs, représentent l'une des manifestations tangibles de l'effet de la spécialisation. Le vocabulaire médical, autoritaire, inaccessible et bienfaiteur, hiérarchise les relations. Selon Babel et Darmau (1977, p. 82), il place le patient dans une position de soumission et « perpétue la fonction hospitalière ». Ce point est important, car c'est de l'autonomie du patient et de sa propre prise en charge dont nous parlerons comme de l'une des conditions à améliorer dans la situation alimentaire. L'éthique ne s'opère véritablement que dans le développement de pratiques qui engagent le patient. Un langage médical hermétique contribuera également à réduire le rapport au corps et la compréhension plus intuitive des expériences propres à chacun (Therrien, 1998).

L'hospitalisation remet en question le rapport au temps et le rapport à la quotidienneté. En effet, Sand définit l'hôpital comme « un lieu où les repères s'effritent et où s'intensifient les émotions de craintes et de peurs, où se matérialise une dépersonnalisation du malade, une forme de passivité, une réduction de sa participation à sa prise en charge médicale » (1981, p. 25). Au-delà des émotions et des angoisses que peut vivre l'enfant en situation d'hospitalisation, et dont une littérature abondante fait déjà état, c'est sur la perception d'un quotidien changé occasionné par l'hospitalisation que nous souhaitons nous pencher. L'expérience de l'hôpital est en rupture avec le quotidien. Elle ébranle le rapport à soi comme personne autonome et sociale. Cette rupture avec le quotidien a aussi pour effet de placer le patient dans une autre temporalité où les repères s'estompent. Le rapport à la vie qui précède l'hospitalisation affecte la perception du temps. À l'hôpital, le temps est long et son rythme est déterminé par les soins (Klees, 1981). Le quotidien s'inscrit dans un temps répétitif que les repas contribuent aussi à ponctuer. La journée ainsi rythmée confine le patient à de nouveaux rituels plus étroits. Comme Klinger le souligne, « le temps se fige » dans le milieu hospitalier (Klinger, 1990, p. 33).

Être malade dans un lieu, de surcroît autre que le sien, expose l'enfant à une dynamique singulière. L'expérience ne peut donc être comprise que si l'on se penche sur les dimensions se

profilant sur l'horizon où se rencontrent la maladie et le lieu désigné de la guérison. Les multiples rapports à l'hôpital, à son environnement matériel et social et à la nourriture, dont les modalités et les configurations d'interactions sont pour la plupart mal connues, se posent comme les référents dans l'articulation d'une rencontre avec l'objet d'étude. Les références archétypales du lieu engagent le patient dans une prédisposition à l'expérience émotive et plastique que lui confère la gravité du lieu. Les structures hospitalières historiquement construites autour de la maladie ont façonné l'espace que l'on reconnaît peu inchangé aujourd'hui. L'organisation des espaces intérieurs fut assujettie à des questions de gestion efficace et rentable, limitant les modalités d'aménagement du quotidien. Toutefois, on ne peut ignorer que les institutions se sont ralliées au courant d'esthétisation des espaces publics. À cet égard, Steudler précise que l'architecture « s'est modifiée et certaines réalisations récentes offrent l'image de centres luxueux, étincelants, où règne une technologie de pointe » (Steudler, 1974, p. 11). Les interventions sur le milieu physique relèvent le plus souvent de considérations médicales, ergonomiques et cosmétiques. L'amélioration de l'efficacité environnementale repose principalement sur des considérations liées à la circulation, la signalisation, la sécurité, l'ergonomie et l'ambiance. Ces aspects sont considérés d'après un questionnaire physiologique et cognitif du rapport au lieu, auquel s'est ajouté plus récemment, et pour le mieux, un questionnaire plus phénoménologique. Pour ce qui est du contexte d'hospitalisation des enfants, les hôpitaux ont développé des modalités permettant à la famille d'accompagner l'enfant dans son traitement. Des chambres plus grandes ou disposant de plus de lits accommodent désormais les parents. Ces stratégies s'inscrivent dans une lente transformation de la pensée sur la maladie, qui figure une participation plus active du patient et de la famille aux soins.

Nous avons souligné à quel point l'alimentation peut être conditionnée par la vie hospitalière. La perte de l'appétit chez l'enfant résulte de ses insécurités, de sa maladie, mais aussi du système alimentaire. Tout ce qui concerne la gestion des services alimentaires hospitaliers, incluant les plats et les mets, appauvrit règle générale la situation alimentaire et agit sur l'appétit des enfants. Le système hospitalier ne peut pas contourner entièrement une gestion automatisée de l'alimentation. Pour sa part, le régime alimentaire s'élabore principalement sur la base des normes de santé nutritionnelle et d'apport calorifique. De nouvelles pratiques alimentaires qui transforment le rapport à la nourriture émergent en marge du système traditionnel et laissent entrevoir sa reconfiguration éventuelle. Les établissements de santé modifient les modalités habituelles alimentaires pour les adapter aux besoins des enfants. Par exemple, les horaires du repas se veulent plus flexibles. On a vu naître aux États-Unis le modèle du service à la chambre pour mieux répondre aux demandes individuelles des enfants qui connaissent des horaires d'appétit irréguliers. À titre d'exemple, l'Hôpital Barbara Busch

propose aux enfants de commander un repas à la chambre en envoyant leur commande par agenda électronique. Pour les patients atteints d'une maladie chronique, certaines unités intègrent même à leur menu ce que la santé tente de combattre : la mauvaise nutrition. Il ne s'agit plus de faire manger une nourriture santé aux enfants, mais de les faire manger tout court. Pour les enfants, manger est une des activités importantes de la vie à l'hôpital et plusieurs hôpitaux consentent à créer des menus sur mesure, ce qui par ailleurs, prétendent-ils, contribue à favoriser des liens plus étroits avec le personnel (Buzalka, 2005). Même pour les patients dont l'appétit n'est pas compromis, la nourriture demeure un symbole de confort et de plaisir et joue un rôle important dans l'état général de santé. La capacité du patient à faire des choix et à être autonome dans la prise alimentaire participe de l'appréciation du repas. La nourriture, les objets de table, leurs règles de configuration, la mise en plat et les parcours qu'ils commandent sont vus comme des composantes narratives jouant un rôle dans la dynamique interrelationnelle et la structuration signifiante des repas.

Du reste, le lexique d'usage qui entoure la nourriture et l'acte de manger, et la caractérisation du goût en milieu hospitalier, particulièrement en fonction de certaines pathologies, représentent un champ théorique d'étude de l'esthétique qui demeure sous exploré.

Pour certains, ces transformations que vivent plusieurs institutions annoncent un rapport plus positif à la fois à la maladie et à la vie à l'hôpital, ou à tout le moins estompent les malaises qu'engendre le quotidien de la maladie dans le milieu hospitalier. Pour d'autres, cet univers demeure trop fortement marqué par son identité historique. La configuration des espaces, leurs couleurs, les odeurs et les rassemblements d'objets typés, dont les vêtements - qui ne font qu'ajouter à l'identification de l'*être malade* en le distinguant du soignant - sont autant de référents qui coexistent dans l'énonciation du lieu. Suivant une démarche holistique et introspective que nous offre l'anthropologie contemporaine, nous examinons l'importance que revêtent trois ensembles de phénomènes ou catégories conceptuelles que l'on s'attache à privilégier pour comprendre l'expérience vécue de l'alimentation dans l'espace physique et social de la chambre. Les phénomènes de la familiarité, de la polysensorialité et de la relation singulière au corps nous apparaissent centraux et indéniablement moins explorés dans l'exercice du design en milieu hospitalier. Nous regardons le milieu hospitalier comme un lieu non familier d'habitation exposant l'individu hospitalisé à des expériences quotidiennes tout aussi non familières. L'hôpital se présente comme un espace livrant une expérience polysensorielle singulière, qui commande forcément une lecture plus attentive de la signification conférée à l'expérience de tous les sens. L'hospitalisation contraint également le patient à vivre le quotidien dans une spatialité réduite au lit et, par conséquent, à des relations particulières au corps. Enfin, nous examinons la contribution possible d'une reconsidération

des objets de la table. Par leur plus grande proximité au corps, intrinsèques à l'acte de manger, les objets de table ne peuvent se penser comme simples supports à la nourriture, ils sont actifs dans la construction du sens donné aux pratiques alimentaires.

Familiarité

Le concept d'espace comme milieu (*place identity*) est utile là où se déploient les activités et les relations qui construisent le quotidien. Il est associé à celui de familiarité, qui représente, comme l'explique Haapala (2004, p. 40), l'essence même de ce que l'homme participe à construire d'un point de vue existentiel. Haapala souligne que notre rencontre avec un lieu s'interprète toujours en relation avec ce que l'on connaît et ce qui nous identifie : le sens même que l'on donne au monde « s'analyse en termes de familiarité et de non-familiarité » (2004, p. 43). Les espaces domestiques et scolaires forment les ancrages de la vie de l'enfant. Ce dernier établit des relations significatives avec ces environnements physiques et matériels, sur lesquels il agit ou avec lesquels il interagit. Les relations qu'il tisse avec son environnement quotidien assurent une forme de continuité existentielle. Les routines et les rituels qui l'engagent dans ses rapports au lieu lui donnent son identité et sa stabilité. Serfaty dira de la séparation avec les objets du quotidien que « leur absence signe [...] un deuil, celui de la continuité temporelle de l'identité et, à la limite, de la confirmation de l'existence de cette identité. Pas d'objets qui témoignent de ce que l'on a vécu et nous a fait, et donc d'une mémoire intime de soi » (2003, p. 108). C'est de « l'habitus », conceptualisé par Bourdieu, dont on parle aussi ici qui rend possible à la fois la personnalisation et la socialisation de l'individu. Or, dans le milieu hospitalier, c'est le plus souvent en termes de dépersonnalisation que se qualifient les rapports au lieu. La chambre demeure un espace plutôt inflexible, son aménagement se soumettant à des règles systématiques de standardisation, auxquelles se soustraient aussi les objets relatifs au repas : les couleurs, les textures, les lumières, la distribution des équipements et l'organisation immobile des espaces de vie. Le caractère standardisé et technique de l'espace dépersonnalise assurément l'expérience que l'on peut en faire et, à moins d'une hospitalisation de très longue durée, en limite considérablement l'appropriation personnelle. La chambre apparaît donc comme un espace prescrit réduisant l'appropriation. Comment alors l'enfant et sa famille interprètent-ils d'une part, leur relation à leur chez soi et aux dimensions les plus significatives, c'est-à-dire « la centralité, l'enracinement, l'attachement, l'intimité, le refuge, la sécurité et la propriété, le *self-identity* » (Moser, 2003, p. 109 ; Serfaty, 1976, 2003) ; et d'autre part, leur mise en suspension en milieu hospitalier ? Les concepts voisins de la familiarité, de l'attachement et de l'appropriation servent ici à éclairer les formes relationnelles, les activités, les rituels et le sens des objets qui marquent l'identité.

Relation au corps

L'expérience de la chambre d'hôpital nous transpose dans une relation singulière avec le corps. Elle souligne la perte de l'intimité qui est chère au maintien de l'identité. Elle entraîne également une perte de mobilité, ou induit un espace d'actions limitées. La relation à la chambre en est une quasi concentrique. La chambre contraint le patient à un espace de vie comprimé, qui le confronte continuellement à l'espace du corps propre. On reprendra ici le propos de Ouellet (2003, p. 190) sur le rapport particulier à l'œuvre d'art, lorsqu'il évoque que la relation étroite et consciente de l'œuvre comme espace se substitue à celle du corps. Cette « intercorporéité », concept emprunté à Merleau-Ponty, se manifeste dans le rapport au lit. Elle se vit à travers l'immobilité (complète ou partielle) du corps et la compression et la fixité du champ visuel qui s'impose au patient. La réflexion phénoménologique que nous a léguée Merleau-Ponty met en perspective le monde comme un monde sensible en relation au corps. La matérialité qui nous entoure ne peut s'expliquer, ou ne prend sa réelle signification, que dans son dialogue avec le corps. Le rapport au corps ne se comprend que par la réciprocité entre le monde intérieur et le monde extérieur. Évidemment, vivre une maladie centre d'emblée le patient sur le corps, vers l'intérieur. L'hôpital, qui a pour raison objective la guérison, engage le patient dans une posture de combat contre la maladie, dirigeant ses énergies vers l'intérieur. Le langage médical faisant référence aux interventions thérapeutiques participe de la métaphore du combat du corps contre la maladie, ce qui renforce la relation intérieure au corps (Pouchelle, 2002). Cela dit, l'immobilité nouvelle dans laquelle le patient se trouve le projette simultanément dans une relation vers l'extérieur avec l'environnement qui l'entoure, dans une expérience intensifiée du ressenti. La situation d'hospitalisation le rendrait plus disponible à la perception et à la sensation de l'espace de rencontre matérielle et sociale qu'est la chambre. Les sens sont non seulement à l'œuvre dans l'interprétation subjective de l'espace, mais, comme le souligne Haapala (2004, p. 44), ils n'en sont que plus aiguisés lors de l'expérience d'un espace inconnu.

Polysensorialité

Dans la littérature traitant de la santé, les significations des relations sensorielles au monde sont habituellement passées sous silence. Jusqu'à tout récemment, les études portant sur la variation des perceptions physiologiques sensorielles (visuelles, olfactives, acoustiques, thermiques) les ont abordées en termes de conditions normées environnementales de l'habitat. C'est à Babel et Darneau, que revient la critique de l'hôpital comme un lieu de négation de tous les sens (1977, p. 104). Les auteurs disent de l'hôpital qu'il est « un système de répression sous justification philosophique » (1977, p. 110), attribuant à sa tutelle théologique la construction de « l'hôpital-silence », froid, incolore et inodore. La façon dont nous entendons

l'expérience esthétique invite à la réflexion sur les relations sensorielles au lieu. La dynamique sensorielle est active dans les pratiques et les savoirs de l'*Être*, de l'*Être malade* et de l'*Être malade dans le milieu hospitalier*. Elle éclaire la situation alimentaire hospitalière. Pour reprendre les propos de Howes (1991) sur le primat visuel de la sensorialité occidentale, on doit en effet se rendre à l'évidence que les dimensions tactiles et visuelles ont été les plus investies dans les interventions sur le lieu, bien que les dimensions sonores, olfactives et gustatives participent tout autant de la connaissance sensible et informent l'expérience esthétique d'un lieu.

Les recherches sur les sens ont longtemps soutenu que, en raison de la proximité au corps et l'expérience intérieure du corps qu'engage l'acte de manger, le sens du goût était moins objectivable que les sens de l'ouïe ou de la vue, qui comme sens extérieurs se soumettent davantage à un entendement commun. Elles l'ont aussi soustrait de ce qui relève communément des sens à l'œuvre dans l'expérience esthétique et l'ont principalement confiné au contexte de la sphère domestique (Korsmeyer, 1999, 2004). Il faut reconnaître que, au-delà de la faim, de l'altération du goût et de la senteur que peuvent occasionner certains traitements médicamenteux ou certaines pathologies, la gustation est marquée par maints aspects : la perception du plaisir et du non-plaisir, les modes de socialisation alimentaires et l'expérience du toucher et de la gestuelle. Les valeurs masculines et féminines sont également opératoires dans la différenciation des pratiques alimentaires et dans l'expérience du goût (Korsmeyer, 1999, 2004). Pour sa part, le sens olfactif est, sans doute, l'un des plus complexes qui entourent la maladie et l'alimentation. La prégnance des odeurs est d'ailleurs reconnue comme étant plus forte que celle des images. Comme pour tous les autres sens, l'olfaction peut parfois affecter les comportements de manière prévisible. On s'intéresse alors aux réponses sensorielles, mais comme Malnar et Vodvarka (2004, p. 136) le soulèvent, c'est dans leur interprétation symbolique et mnémonique, à partir de leurs associations et de leur réception et selon la disposition de l'individu dans le quotidien, qu'elles informent l'expérience du lieu. La relation entre les odeurs et les symboles qu'elles évoquent, entre les odeurs et les émotions qu'elles soulèvent, et la relation d'accoutumance à laquelle elles se prêtent, agissent sur l'expérience du lieu. Dans la chambre d'hôpital, l'alimentation se confronte aux odeurs « ambiantes », celles que livrent la médication, l'entretien des lieux, les odeurs corporelles du patient et celles de tous ceux qui visitent la chambre. Comment se perçoivent alors les odeurs de la nourriture lorsqu'elles cohabitent avec celles de la chambre ? Quelle interprétation de la familiarité, ou de la personnalisation de l'espace, soulèvent-elles ? Howes énonce un point intéressant lorsqu'il parle du caractère transitoire de l'odeur qui exhale de la cuisine d'un plat. L'odeur qui se diffuse de la cuisine peut mettre en appétit, mais surtout elle guide et prédispose à la gustation. Howes (1991, p. 28) explique l'existence d'une « relation intrinsèque » entre

l'olfaction et la gustation. L'olfaction constituerait un « processus d'adaptation » à la gustation. Cette étape d'adaptation n'existe pas dans le contexte hospitalier. Les mets sont apportés sur des assiettes, couvertes d'une cloche qui assure le respect des normes sanitaires et conserve la chaleur de la nourriture. En revanche, les problèmes d'appétit procèdent de la rencontre saisissante des odeurs alimentaires intensifiées par le soulèvement de la cloche. Enfin, l'étendue des émissions sonores qui émergent dans un contexte donné peut exercer une influence sur l'état d'être et les actions, que l'on s'y intéresse ou non. Dans le contexte de la chambre d'hôpital, le patient est confronté à un univers sonore particulier qui l'entoure, quelle que soit sa disposition à l'écoute, qui module les qualités physiques et sensibles de l'environnement auxquelles il donne sens.

Revisiter le rôle particulier des objets de la table

Enfin, il importe de regarder l'espace même de la table. Il prend la forme d'une surface amovible qui se déplace au-dessus du lit et reçoit un plateau d'objets de table typés. Dans le cadre d'essais thérapeutiques qui amélioreraient la situation alimentaire, il n'est pas dénué d'intérêt de reconsidérer l'objet de table. L'augmentation de l'appétit via le « redesign » des objets demeure toutefois hypothétique. On aura d'ailleurs compris que l'amélioration de la situation alimentaire ne nous semble pas relever d'une stratégie unique, nous éloignant ainsi d'une approche centrée sur le produit qui demeure encore trop souvent le voeu pieu du design. Nous interrogeons donc la contribution de modèles dynamiques interactifs, ludiques ou ritualisants entourant l'acte de manger dans lesquels s'inscrivent les objets afin de stimuler l'appétit des enfants.

L'intervention thérapeutique auprès des enfants utilise de plus en plus le jeu comme l'une des approches qui facilite l'accès à l'information et la mise en confiance. Le travail de Linquist (1985) sur la thérapie par le jeu a grandement contribué à inscrire la relation de l'enfant au monde par le jeu. À cet égard, Piette (1997) apporte un éclairage sur la notion de jeu par son analyse comparative des auteurs qui traitent du rite et du rituel du jeu. Piette emprunte à Goffman le concept de « cadrage contextuel de référence », spécifique à tout rituel, où s'effectue un ensemble de gestes et de séquences d'actions. Le rituel se constitue selon des modalités variées. Celle qui nous intéresse concerne l'amplification d'un geste, d'un décor ou d'un discours, qui participe à donner un sens cérémoniel ou une forme festive. L'introduction d'un rituel dans l'acte de manger permettrait-elle de lui conférer un sens plus festif ? La dualité entre la « fiction et la réalité », intrinsèque à l'acte rituel, rendrait-elle possible son intériorisation et son interrogation ? On peut envisager que le type de cadrage qu'offre le rituel du jeu à l'enfant serve, par exemple, à l'apprentissage. L'investissement de l'enfant dans l'acte

peut favoriser l'émergence de formes de prise en charge de son alimentation. La promotion d'une plus grande autonomie des patients, dans ses multiples manifestations, est l'un des angles auquel s'intéresse l'institution humanisante (Llorca, 2002, p. 10). Les rituels, suivant leurs formes, déclenchent aussi un processus de partage social de l'expérience pouvant réactiver les différents niveaux de réponses impliqués dans cette expérience.

Loin de réduire l'objet à son rôle instrumental, nous interrogeons le potentiel de nouveaux registres d'objets qui participeraient à la mise en scène d'une gestuelle autre pouvant faire naître chez le patient une plus grande réceptivité de l'acte de manger et qui pourraient conduire à diverses formes d'appropriation. Selon notre perspective, le rôle de l'objet prend toute sa valeur dans les dimensions expérientielles, relationnelles et constitutives de sa signification. L'objet a, par ses qualités plastiques, la capacité de réveiller l'attention, de solliciter la sensibilité et, même, d'entraîner un rapport plus intime avec l'utilisateur. Il faut noter que nous n'évoquons pas le concept de beauté lorsque nous parlons de qualités plastiques. On s'en éloigne d'ailleurs pour considérer entre autres, la familiarité, la *manipulabilité*, l'interactivité, la créativité et même la *consolabilité* comme des dimensions qualitatives de l'alimentation. On suppose ici que l'objet de table peut interpeller le patient grâce à de nouvelles formes interactionnelles soutenant la stimulation de l'appétit. Cette interactivité peut-elle avoir pour effet de favoriser la concentration ? Peut-elle engager l'enfant dans une attitude ouverte à l'objet, une réflexion ou une socialisation ? Nous connaissons bien le pouvoir interactif et discursif des objets et nous pouvons donc à nouveau songer qu'ils participent à l'élaboration de nouveaux modes de communication utiles à la fois aux patients et aux intervenants. On suppose qu'ils peuvent aussi favoriser l'autonomie de l'enfant et son engagement dans l'amélioration de sa santé. Dans l'acte de manger, les sens interpellés sont autant de parcours pouvant participer à élargir ou à intensifier la conscience de l'expérience. Therrien explique :

« Dans une telle expérience, la perception n'est pas seulement dirigée vers l'objet perçu, mais elle appréhende également le sujet percevant lui-même. Or, c'est proprement cette auto-appréhension de soi qui permet, à même notre sensation esthétique, d'éprouver un plaisir redoublé, non simplement celui relatif à l'objet perçu, mais celui que nous ressentons à pouvoir percevoir. D'où ce sentiment accru de notre existence ; découvrant ainsi que nous nous sentons percevoir, nous prenons doublement plaisir à apprécier la perception, sachant qu'elle appréhende ce qui est vivant en nous-même. » (Therrien, 1998, p. 10)

Les objets de table sont considérés comme des agents potentiels de soutien, de renforcement ou même de changement dans le développement de stratégies d'amélioration des pratiques

nutritionnelles chez l'enfant. L'objet de table peut permettre à l'enfant d'extérioriser ses appréhensions, de réfléchir à son propre engagement dans la guérison, d'être créatif dans ses gestes alimentaires, de favoriser des postures plus ludiques et, enfin, de prendre part à un processus de partage social de l'expérience avec les gens qui l'entourent. Nous croyons que les composantes sensibles des objets de table peuvent avoir un effet important sur la relation que l'enfant hospitalisé peut développer avec la nourriture. L'importance de leur signification dans l'expérience esthétique de manger mérite qu'on en repense leur forme et leur matérialité actuelles.

Si l'objet de table revisité constituerait selon nous un apport dans l'amélioration des pratiques nutritionnelles, cette approche matérielle comporte toutefois des limites. L'acte de manger est une expérience singulière et, dans le contexte hospitalier de surcroît, elle se nuance encore davantage selon la pathologie, la durée de l'hospitalisation et selon les lieux même du quotidien. L'expérience de l'objet de table interactif ne sera pas la même pour tous. De même, il faudrait anticiper les effets de l'habitude. Au plan de la gestion, il convient aussi de savoir comment pourraient s'introduire de nouvelles modalités alimentaires. L'objet n'est d'ailleurs pas toujours une solution au problème. Il suffit parfois que l'enfant se retrouve en situation d'échange avec d'autres enfants malades pour que son appétit s'améliore (Klees, 1981, p. 104).

Conclusion

C'est dans cette volonté de compréhension du quotidien que se rencontrent l'éthique et l'esthétique. Insatisfaite du courant plus traditionnel d'esthétisation de l'environnement, la posture privilégiée ici se fonde sur une lecture plus humaine des enjeux de la vie qui souligne l'importance d'aborder les formes de la vie quotidienne dans toute leur complexité ou leur richesse. Nous paraphrasons Haapala (2004, p. 52) qui souligne que lorsque l'on parle de l'expérience quotidienne, de son esthétique, il est difficile de tracer une frontière claire entre les aspects éthiques et esthétiques de la vie.

La familiarité, la sensorialité du lieu et le rapport particulier au corps se posent à nous comme les significations saillantes de l'expérience alimentaire en contexte d'hospitalisation. Ces significations tendent en commun à identifier des perspectives susceptibles d'apporter des conditions alternatives ou complémentaires aux soins et aux pratiques alimentaires déjà établies. La compréhension de ces significations permet d'envisager différemment, non seulement les pratiques qui entourent l'acte de manger, mais le lieu lui-même dans son symbolisme et dans les relations sensorielles qu'il offre et qui agissent sur l'alimentation.

Selon la volonté toujours accrue d'humaniser les environnements hospitaliers par l'individualisation des approches thérapeutiques, il est plausible de voir s'implanter de nouvelles modalités ou de nouvelles pratiques alimentaires qui, en outre, mettent en relief la possibilité de conditions permettant un plus grand investissement des patients dans l'acte de manger par l'engagement, le partage, l'interactivité et l'appropriation du lieu. Le passage d'une logique de l'objet fonctionnel à celle de l'objet relationnel ne sera possible qu'au moment où l'alimentation ne sera plus comprise comme une simple fonction biologique. Une approche collaborative dans l'élaboration d'interventions sur le système alimentaire, ou sur les lieux et ses objets du quotidien, concourrait à l'amélioration de la santé. Cette attitude dessine par là même de nouvelles relations entre tous les intervenants impliqués dans la santé et les patients. On peut s'attendre à ce que la manière dont nous prenons acte du lieu, de ses relations particulières et de l'expérience subjective des patients agisse sur les activités de travail des intervenants médicaux et soutienne une coopération plus productive. Sous cet angle, nous partageons les vues de Beydoun lorsqu'il dit de l'éthique qu' « elle cesse d'être elle-même lorsqu'elle ne permet pas l'échange, le partage, la délibération, le bon sens, le dialogue et même le doute, et quelques fois le dépassement du droit qui risque de stopper le questionnement » (Beydoun, 2002, p. 54).

Bibliographie

Abiven, M. (1976). *Humaniser l'hôpital*, Paris, Fayard.

Amourous, C. (2004). *Que faire de l'hôpital?*, Paris, L'Harmattan.

Aronowitz, S., « Short presentation on everyday life », dans Ockman, J., (dir.), *The Pragmatist Imagination. Thinking about Things in the Making*, New York, Princeton Architectural Press, p. 204-208.

Babel, A. et F. Darmau (1977). *L'hôpital usine*, Paris, Éditions Syros.

Beaufils, B. (2002). La qualité de vie, analyse bibliographique, *Le portail des situations de handicap moetur*, en ligne : www.apf-moteurline.org, consulté en mars 2006.

Berleant, A. (2004). « Ideas for a social aesthetics », dans Light, A., et J. M. Smith (dir.), *The Aesthetics of Everyday Life*, New York, Columbia University Press, p. 23-38.

Beydoun, A. (2002). « L'éthique médicale et les croyances : table ronde », dans Llorca, G. (dir.), *Hôpital et éthique ; Actes du Colloque du 13 mars 2002 du bicentenaire des Hospices civils de Lyon*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 53-82.

Bloch, M. E.F. (1998). *How We Think They Think: Anthropological Approaches to Cognition, Memory, and Literacy*, Boulder, Colorado, Westview Press.

Brady, E. (2004). « Sniffing and savoring : The aesthetics of smells and tastes », dans Light, A., et J. M. Smith (dir.), *The Aesthetics of Everyday Life*, New York, Columbia University Press, p. 177-193.

Buzalka, M. (2005). « Why kidfood is king in pediatric foodservice », *Food Management*, décembre, en ligne : <http://www.food-management.com/article/10539>, consulté en février 2006.

Classen, C., Howes, D. et A. Synnott (1994). *Aroma. The Cultural History of Smell*, London, Routledge.

Claveranne, J.-P. et C. Pascal (2004). *Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance*, Paris, Éditions Médica.

De Certeau, M. (1994). *L'invention du quotidien*, Paris, Gallimard.

Dewey, J. (1980) [1934]). *Art as Experience*, New York, Putnam.

Feertchak, P.-E. (1999). « L'ergonomie, source de nouveaux marchés », dans Colin, C. (dir.) (1999). *Confort, Inconfort*, Paris, Les Villages, Hazan, p. 42-52.

Foster, C. (1998). « The Narrative and the Ambient in Environmental Aesthetics », *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, n° 56, vol. 2, p. 127-137.

Foster, C. (1999). « Texture : old material, fresh novelty », dans van Bonsdorff, P., et A. Haapala (1999). *Aesthetics in the Human Environment*, Lahti, Finland, International Institute for Applied Aesthetics Series vol. 6, p. 48-69.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France.

Foucault, M., et al. (1979). *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Mardaga.

Frascara, J. (Ed). (2002). *Design and the Social Sciences: Making connections*, London, Taylor & Francis.

Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*, Bordeaux, Grasset.

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Éditions de Minuit.

Gustafson, P. (2001). « Meanings of places : Everyday experience and theoretical conceptualizations », *Journal of Environmental Psychology*, vol. 21, p. 5-16, en ligne : <http://www.idealibrary.com>, consulté en juin 2005.

Haapala, A. (2004). « On the aesthetics of the everyday : familiarity, strangeness, and the meaning of place », dans Light, A., et J. M. Smith (dir.), *The Aesthetics of Everyday Life*, New York, Columbia University Press, p. 39-55.

Howes, D., (dir.) (1991). *The Varieties of Sensory Experience. A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*, Toronto, University of Toronto Press.

Howes, D. (1991). « Olfaction and transmission », dans Howes, D., (dir.), *The Varieties of Sensory Experience. A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*, Toronto, University of Toronto Press, p. 128-147.

Howes, D. (1991). « Sensorial anthropology », dans Howes, D., (dir.), *The Varieties of Sensory Experience. A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*, Toronto, University of Toronto Press, p. 167-191.

Howes, D. (1991). « Summon all the senses », dans Howes, D., (dir.), *The Varieties of Sensory Experience. A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*, Toronto, University of Toronto Press, p. 3-24.

Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses universitaires de France.

Le Breton, D. (1998). *Les passions ordinaires : anthropologie des émotions*, Paris, Armand Colin.

LeVine, R. A. (1984). *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press.

Light, A., et J. M. Smith (dir.) (2004). *The Aesthetics of Everyday Life*, New York, Columbia University Press.

Lindquist, I., *L'enfant à l'hôpital : la thérapie par le jeu*, (Adaptation du livre : Lindquist, I. (1985). *L'enfant à l'hôpital : la thérapie par le jeu*, Paris, Les Editions Sociales Françaises.), en ligne : www.apache-france.org/media/therapie_jeu.pdf, consulté en octobre 2005.

Llorca, G. (dir.) (2002). *Hôpital et éthique ; Actes du Colloque du 13 mars 2002 du bicentenaire des Hospices civils de Lyon*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

Klees, M. (1981). « L'enfant hospitalisé », dans Heuskin, L. et L. Schouters-Decroly, *L'assistance aux patients hospitalisés; Formation des Conseillers Laïques*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, p. 103-114.

- Klinger, M. (1990). « Question de distance : une approche biographique en institution psychiatrique », dans Goguel d'Allondans, T. et A. Adam, *Pathologies des institutions : réalités, prévention, alternatives*, Toulouse, Editions Erès, p. 31-44.
- Korsmeyer, C. (2004). *Gender and Aesthetics. An introduction*, New York, Routledge.
- Korsmeyer, C. (1999). *Making Sense of Taste. Food and Philosophy*, Ithaca, Cornell University Press, 1999.
- Malnar, J. M. et F. Vodvarka (2004). *Sensory Design*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Maffesoli, M. (1985). *La connaissance ordinaire. Précis de sociologie compréhensive*, Paris, Méridiens.
- Maquet, J. (1979). *Introduction to Aesthetic Anthropology*, Malibu, Udena Publications.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *L'œil et l'esprit*, Paris, Gallimard.
- Moore, C. & H. Mathews. (Eds). (2001). *The Psychology of Cultural Experience*, New York, Cambridge University Press.
- Moser, G. & Weiss, K. (2003). *Espaces de vie : aspects de la relation homme-environnement*, Paris, Armand Colin.
- Niewiadomski, C. et P. Bagros (2003). *Penser la dimension humaine à l'hôpital. Une démarche d'histoire de vie de collectivité dans un service hospitalier*, Paris, Éditions Seli Arslan.
- Ockman, J., (dir.) (2000). *The Pragmatist Imagination. Thinking about Things in the Making*, New York, Princeton Architectural Press.
- Ouellet, P. (2003). *Le sens de l'autre; Éthique et esthétique*, Montréal, Liber.
- Pelc, I. (1981). « Être hospitalisé », dans Heuskin, L. et L. Schouters-Decroly, *L'assistance aux patients hospitalisés; Formation des Conseillers Laïques*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, p. 23-32.

Piette, A. (1997). « Pour une anthropologie comparée des rituels contemporains », *Terrain*, n° 29, septembre, en ligne: <http://terrain.revues.org/document3261.html>, consulté en septembre 2006.

Pouchelle, M.-C. (2002), « Pour une histoire et une anthropologie des effets iatrogènes du “combat” contre la maladie », in *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, (Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas), vol. LIV, fasc.1,1, p. 35-50.

Ricoeur, P. « De la morale à l'éthique et aux éthiques », en ligne : www.philo.umontreal.ca/textes/Ricoeur_MORALE.pdf, consultée le 19 mars 2003.

Saito, Y. (2001). « Everyday Aesthetics », *Philosophy and Literature*, vol. 25, p. 87-95.

Sand, A. (1981). « Sociologie et santé », dans Heuskin, L. et L. Schouters-Decroly, *L'assistance aux patients hospitalisés; Formation des Conseillers Laïques*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, p. 17-22.

Sanders, E. B.-N. (2001). Virtuosos of the experience domain, dans *Proceedings of the 2001 IDSA Education Conference*, en ligne: <http://www.sonicrim.com/red/us/pub.html>, consulté en juillet 2004.

Seamon, D. (2004). « Sources : Phenomenology, place, environnement, and architecture : a review of litterature », en ligne: <http://www.phenomenologyonline>, consulté en juin 2005.

Serfaty-Garzon, P. (2003). *Chez-soi : les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin.

Serfaty-Korosec, P. (dir.) (1976). *Appropriation de l'espace; Actes de la conférence de Strasbourg*, Strasbourg, Université Louis Pasteur.

Squires, S. & B. Byrne. (2002). *Creating Breakthrough Ideas : The Collaboration of Anthropologists and Designers in the Product Development Industry*, Wesport, CT, Bergin & Garvey.

Stuedler, F. (1974). *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin.

Therrien, C. (1998). « Gadamer, l'esthétique et les ressources de la santé », *Revue canadienne d'esthétique*, vol. 2, en ligne : www.uqtr.quebec.ca/AE/vol_2/index.html, consulté en septembre 2006.

van Bonsdorff, P., et A. Haapala (1999). *Aesthetics in the Human Environment*, Lahti, Finland, International Institute fo Applied Aesthetics Series vol. 6.

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines.

Welsch, W. (1997). *Undoing Aesthetics*, London, Sage Publications.

Welsch, W. (1997). « Aesthetics Beyond Aesthetics », *Literature and Aesthetics. The Journal of the Sydney Society of Literature and Aesthetics*, octobre, p. 7-23.