

Kairos

ISSN : 3097-3481

Éditeur : Université Toulouse - Jean Jaurès

3 (31) Automne | 2026

La mienneté du corps

Faire corps en milieu contraint

Réappropriations sensibles et tactiles du corps en milieu
psychiatrique par le design

*Embodiment in Constrained Environments. Sensory and Tactile
Reappropriations of the Body in Psychiatric Environments through Design*

Sophie Larger

 <http://interfas.univ-tlse2.fr/kairos/326>

Référence électronique

Sophie Larger, « Faire corps en milieu contraint », *Kairos* [En ligne], 3 (31)
Automne | 2026, mis en ligne le 24 septembre 2026, consulté le 16 octobre 2026.
URL : <http://interfas.univ-tlse2.fr/kairos/326>

Droits d'auteur

CC BY-NC-ND

Faire corps en milieu contraint

Réappropriations sensibles et tactiles du corps en milieu psychiatrique par le design

*Embodiment in Constrained Environments. Sensory and Tactile
Reappropriations of the Body in Psychiatric Environments through Design*

Sophie Larger

PLAN

Introduction

1. Le corps contraint : entre isolement et déliaison
 2. La tactilité comme médiation sensible
 3. Réinvestir les perceptions : vers un design du corps-mien
- Conclusion

TEXTE

Introduction

- 1 La maladie psychiatrique perturbe les liens que l'on entretient avec soi-même, avec les autres et avec le monde, affectant notre manière d'habiter notre corps et les espaces que nous traversons. Cet article explore comment le design peut contribuer à restaurer ces continuités fragilisées à travers la conception de dispositifs sensoriels développés dans le cadre de la recherche-crédation Ré-confort¹. En mobilisant les concepts de « Moi-peau »² (Anzieu), d'« objet et espace transitionnels »³ (Winnicott), de l'« habiter »⁴ (Heidegger) et des « hétérotopies »⁵ (Foucault), il interroge les conditions d'émergence d'un corps mien, vécu comme lieu de réappropriation et d'apaisement.
- 2 La recherche-crédation par le design Ré-confort prend racine dans une réflexion sur les crises contemporaines de la psychiatrie⁶ et du lien social⁷.
- 3 Dans un contexte où les lieux de soin reflètent souvent les tensions et les dysfonctionnements de notre société, le design propose une approche singulière, poétique et sensible, afin de réintroduire l'hospita-

lité et de soutenir l'expérience d'habiter. Le projet *Ré-confort* explore une esthétique de l'apaisement visant à soutenir les relations au sein des institutions psychiatriques et à réduire le recours à l'isolement. Entre 2021 et 2024, près d'une cinquantaine d'ateliers participatifs ont été menés dans plusieurs unités psychiatriques auprès de patients et de soignants. Ces ateliers associaient explorations sensorielles, manipulations d'artefacts, expérimentations corporelles et séances de co-conception. Ils avaient pour objectif d'identifier les situations génératrices d'apaisement, d'explorer les relations entre corps et environnement, puis de concevoir collectivement des dispositifs susceptibles de soutenir les processus de régulation émotionnelle. Cette démarche participative associait patients et soignants à la conception du projet ainsi qu'à la production de connaissances et de dispositifs.⁸

- 4 Cette recherche s'inscrit dans une démarche de recherche-crédation⁹ par le design, entendue comme une forme de recherche où la production de connaissances s'élabore conjointement à la conception et à l'expérimentation d'artefacts, ceux-ci participant pleinement au processus d'investigation¹⁰. Dans cette perspective, les objets, espaces et situations conçus ne constituent pas uniquement des résultats de recherche, mais également des instruments d'enquête permettant d'explorer les relations entre corps, environnement et soin. La recherche repose sur une méthodologie participative et itérative associant observations de terrain, entretiens, ateliers de co-conception et expérimentations in situ menés auprès de patients et de soignants dans plusieurs établissements psychiatriques. À travers ces allers-retours entre théorie, conception et usage, les concepts d'habiter (Heidegger), d'espace transitionnel (Winnicott), de Moi-peau (Anzieu) et d'hétérotopie (Foucault) sont mis à l'épreuve du terrain et interprétés plastiquement. Le projet *Ré-confort* ne cherche donc pas à appliquer un cadre théorique préexistant, mais à produire des connaissances situées à partir de l'expérience sensible et de la transformation des milieux de soin. Cette posture engage un positionnement situé, assumé depuis une pratique de designer-chercheuse.
- 5 Cet article s'organise en trois temps. La première partie analyse les effets de l'isolement psychiatrique sur l'expérience corporelle et les processus de déliaison. La deuxième montre comment la tactilité et les dispositifs sensoriels conçus dans le cadre de *Ré-confort*¹¹ peuvent constituer des médiations favorisant la reconnexion à soi,

aux autres et à l'environnement. Enfin, la troisième partie interroge la manière dont ces expérimentations participent à l'émergence d'un « corps mien » et ouvrent la voie à un design de l'apaisement fondé sur l'habiter, la perception et la relation.

1. Le corps contraint : entre isolement et déliaison

- 6 Cette recherche est née d'un constat : la difficulté des équipes hospitalières en milieu psychiatrique à réduire le recours à l'isolement, dont les effets peuvent être traumatisants tant pour les patients que pour les soignants et accroître le sentiment de séparation avec les autres, mais surtout avec soi-même.
- 7 L'isolement et la contention mécanique en psychiatrie sont des mesures controversées¹², bien qu'encadrées par la loi et définies comme des pratiques d'exception. Leur utilisation soulève des interrogations sur le respect des droits fondamentaux des patients, l'éthique des soins psychiatriques et l'efficacité de ces mesures dans la gestion des comportements violents ou dangereux en milieu hospitalier¹³.
- 8 L'isolement se matérialise dans un espace dédié, la chambre d'isolement, présente dans la majorité des unités psychiatriques¹⁴. Son usage est encadré par un ensemble de règles strictes, qui énoncent les conditions et les procédures à suivre pour sa mise en œuvre et son suivi. Ces règles visent à garantir la sécurité du patient et de son entourage, tout en limitant les dérives potentielles de cette pratique coercitive¹⁵.
- 9 Si l'isolement est pensé institutionnellement comme une mesure de protection et de gestion de la crise, il peut être vécu par certains patients comme une expérience profondément marquante, dont les effets se prolongent bien au-delà du temps de l'hospitalisation. Comme en témoigne un patient cité par Mathieu Bellahsen :

« Après ma dernière hospitalisation de 2021, j'avais accumulé un bon stock de traumatismes dus aux violences psychiatriques. Retrouver une place confortable dans un lit normal me paraissait compliqué [...] Il est dur de retrouver le silence après avoir vécu de telles choses et, surtout, de dormir sur ses deux oreilles. »¹⁶

- 10 Ce témoignage met en lumière la persistance des traces psychiques laissées par l'expérience de l'isolement et de la contention. Il invite à considérer ces pratiques non seulement du point de vue de leur fonction sécuritaire, mais également à partir de leurs effets sur l'expérience vécue du corps, de l'espace et de la relation à soi.
- 11 La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016¹⁷ qualifie l'isolement et la contention de mesures de dernier recours, à appliquer uniquement après l'échec des stratégies moins contraignantes. Elles ne peuvent être décidées que par un psychiatre et pour une durée strictement limitée dans le temps. Cette législation impose aussi des prescriptions concernant la surveillance intensive des patients, l'accompagnement thérapeutique ainsi que la tenue de registres détaillant chaque épisode d'isolement ou de contention.
- 12 En 2021, un amendement important a été apporté avec l'introduction de l'article 84 dans la loi de financement de la Sécurité sociale, limitant la durée maximale de l'isolement à quarante-huit heures et celle de la contention à vingt-quatre heures¹⁸. Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) doit être informé si ces mesures sont renouvelées, ce qui assure un contrôle judiciaire plus strict en cas de prolongation.
- 13 Malgré ces réglementations, les pratiques d'isolement et de contention sont encore couramment utilisées en France, alors que leur emploi devrait rester restreint aux cas de danger immédiat pour le patient ou son entourage. Dès 2016, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté alertait sur « *une utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels* », soulignant également les effets potentiellement traumatiques de ces pratiques et la nécessité de développer des alternatives organisationnelles, spatiales et relationnelles¹⁹.
- 14 L'expérience de l'isolement et de la contention est souvent vécue de manière extrêmement négative par les patients :

« Et je pense que c'est lié à la contention, ça doit changer un truc dans le rapport soignants/patient, la première fois j'ai eu l'impression d'être un corps sur une table d'autopsie. Et puis qu'il n'y avait plus rien à faire, que si le lieu où on soigne ne peut pas me soigner, alors c'est qu'il n'y avait plus rien à faire. Je ne pouvais même pas mourir, j'étais bloquée, il n'y avait plus de « je », mais c'était quand même à

moi de lutter. Ça a impacté mon rapport à la psychiatrie, ça m'a rendue hostile et critique. »²⁰

- 15 Ces mesures engendrent des sentiments de peur, d'anxiété, de solitude et d'humiliation et sont perçues comme des pratiques maltraitantes et punitives, plutôt que comme thérapeutiques. Les patients témoignent d'un sentiment d'impuissance face à la perte de contrôle sur leur propre corps et de dépendance totale envers le personnel soignant pour répondre à leurs besoins élémentaires.
- 16 Cette rupture de l'autonomie et le sentiment d'impuissance qui l'accompagne peuvent altérer la relation thérapeutique, en diminuant la confiance des patients envers les soignants et en compromettant la qualité des soins futurs. Ces expériences peuvent ainsi mener à une réduction de l'adhésion thérapeutique et même provoquer des symptômes de stress post-traumatique (Chieze et al., 2019).
- 17 Pour les soignants, l'application de ces mesures représente aussi une source de stress et de conflits éthiques. Bien qu'elles soient souvent perçues comme nécessaires pour gérer des situations de crise, elles exposent les soignants à un risque d'accidents (agressions, blessures) et peuvent affecter leur propre bien-être psychologique.
- 18 L'efficacité de l'isolement et de la contention dans la gestion des crises psychiatriques est ainsi de plus en plus remise en question²¹. Des revues de la littérature ont conclu qu'il existe peu de preuves scientifiques soutenant l'efficacité de ces pratiques dans la prévention de la violence en milieu psychiatrique²².
- 19 Des stratégies alternatives commencent à émerger, comme l'intervention précoce, les techniques de désescalade verbale et l'aménagement d'espaces apaisants au sein des établissements de santé mentale. Ces approches visent à proposer un cadre moins contraignant aux patients tout en garantissant la sécurité. Elles s'accompagnent également d'un renforcement de la formation du personnel soignant sur la prévention de la violence, la gestion des crises et les droits des patients²³.
- 20 Face à ces constats, le design peut offrir un terrain d'exploration sensible pour faire émerger d'autres manières d'être en relation dans l'institution de soin. En introduisant des objets, des aménagements et des situations qui sollicitent le corps, l'imaginaire et la relation, j'ai

cherché à explorer les conditions d'un autre rapport à soi et au soin, non plus fondé sur la contrainte, mais sur l'attention et l'expérience esthétique partagée. Les espaces psychiatriques, loin d'être de simples infrastructures, sont des outils thérapeutiques exerçant une influence profonde sur les émotions, les interactions sociales et le processus de réhabilitation des patients. *Ré-confort* interroge donc la capacité du design à transformer ces environnements psychiatriques contraints en espaces plus hospitaliers, relationnels et habitables en mettant le corps au centre du projet de design.

- 21 Entre 2021 et 2025, près d'une cinquantaine d'ateliers ont été menés dans plusieurs unités fermées de psychiatrie (EPS Ville-Évrard, UHSA Paul Guiraud, GHU Paris et CH Valvert). La diversité de ces terrains (unités sectorielles, unité hospitalière spécialement aménagée pour personnes détenues et services hospitaliers aux organisations distinctes) a permis d'éprouver les dispositifs *Ré-confort* dans des contextes institutionnels variés, tout en mettant en évidence la nécessité d'adapter chaque aménagement aux usages, aux contraintes spatiales et aux cultures de soin propres à chaque établissement.

2. La tactilité comme médiation sensible

- 22 La maladie psychiatrique est une maladie du lien. Le patient en crise est souvent décrit comme étant dispersé, fragmenté²⁴. Il perd la capacité de se relier, du fait de cette dispersion, de cette incapacité à faire corps avec lui-même. Pour se relier aux autres, il faut déjà pouvoir se relier à soi-même. La construction psychique que Didier Anzieu nomme le *Moi-peau* repose sur une enveloppe sensorielle primaire, formée à partir des interactions tactiles précoces avec l'environnement²⁵.

« La recherche du contact corporel entre la mère et le petit est un facteur essentiel du développement affectif, cognitif et social de ce dernier. »

« Le plaisir du contact du corps maternel et de l'agrippement est donc la base à la fois de l'attachement et de la séparation. »²⁶

- 23 Pour entrer en relation avec autrui, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur une enveloppe contenant (un cadre à la fois physique et relationnel) qui garantit une forme de sécurité intérieure, où le toucher joue un rôle central.

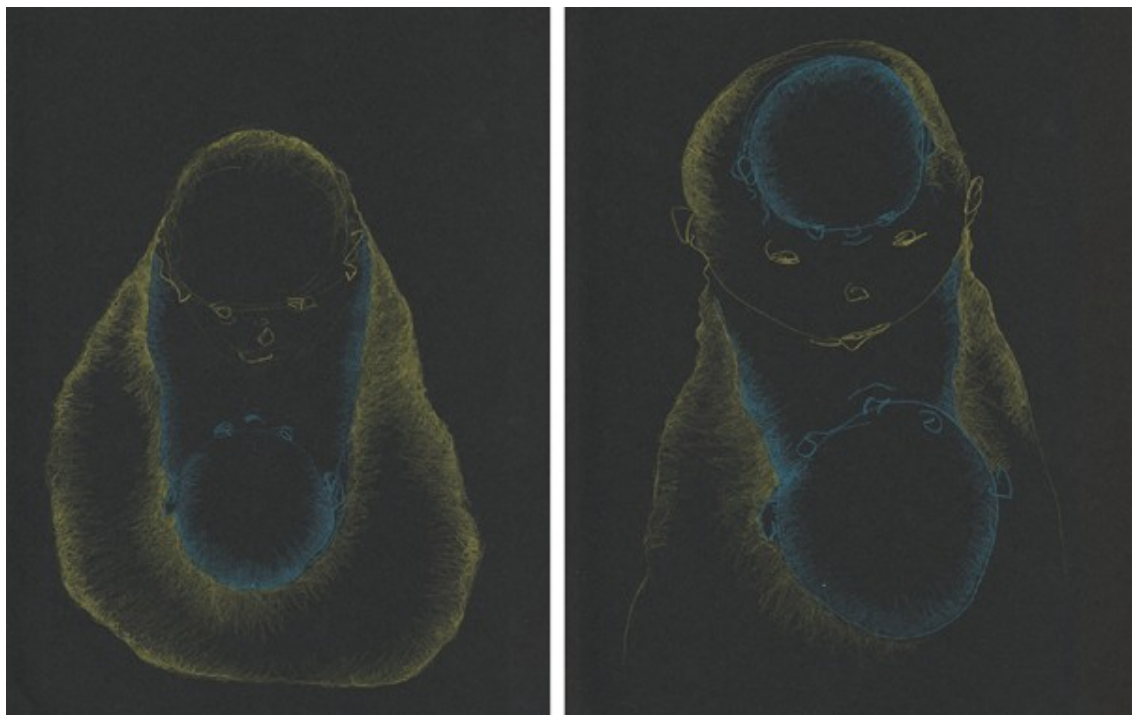


Figure 1 : Croquis de recherche - Représentations graphiques du concept de Moi-peau de Didier Anzieu : figures du sac-contenant et de l'écran.

Crédit : Sophie Larger

- 24 Le Moi-peau, selon Anzieu, fonctionne comme un sac, c'est-à-dire une enveloppe contenant qui structure et maintient l'unité du moi face aux tensions internes et aux stimulations externes, un écran qui protège et qui amortit les excitations, les projections et les intrusions sensorielles et relationnelles et un tamis permettant le passage, la sélection et l'élaboration des expériences psychiques à partir des perceptions corporelles. Dans un contexte psychiatrique, où cet ancrage peut être altéré, les relations au monde et aux autres sont souvent traversées par des difficultés à poser des limites claires entre soi et l'environnement.
- 25 Si le toucher participe à la construction de notre enveloppe primaire, les psychiatres et les psychologues s'appuient principalement sur le langage et la parole comme médiums privilégiés dans leurs interactions thérapeutiques. C'est ainsi que j'ai choisi de mobiliser en priorité

ce sens : le corps « touchant-touché » tel que le définit le phénoménologue Merleau-Ponty.

« Quand une de mes mains touche l'autre, le monde de chacune ouvre sur celui de l'autre parce que l'opération est à volonté réversible, qu'elles appartiennent toutes deux, comme on dit, à un seul espace de conscience, qu'un seul homme touche une seule chose à travers toutes deux. » ²⁷

- 26 En partant de l'hypothèse que proposer des expériences tactiles contribuerait à restaurer les liens et les interrelations, mon approche s'inscrit dans une esthétique incarnée qui implémente l'esthétique au-delà du corps cérébral, redéfini en un corps sentant, vivant et actif. Cette approche procède d'une théorie générale de la cognition, appelée cognition incarnée²⁸, qui désintellectualise la cognition, au sens où elle ne la considère pas comme étant de part en part intellectuelle et lui reconnaît des dimensions émotionnelles et sensorielles. Le corps, avec ses sensations, perceptions, affects ou encore sa physiologie propre, est ainsi le principal acteur de l'expérience esthétique.
- 27 La démarche adoptée s'inscrit dans une perspective résolument interdisciplinaire, articulant des concepts issus de champs théoriques et pratiques distincts, parfois historiquement opposés, tels que la psychanalyse, la phénoménologie et la philosophie. Je mobilise notamment le concept de Moi-peau²⁹ et celui d'espace potentiel³⁰, qui permettent d'appréhender la dimension corporelle et psychique de l'expérience du soin.
- 28 Une lecture phénoménologique des ressentis³¹ vient également soutenir l'analyse de l'expérience vécue des participants, en s'attachant à ses dimensions sensibles et affectives. Ces apports sont traversés par les concepts philosophiques d'habiter³² et d'hétérotopies³³, qui offrent des cadres de compréhension spatiale et existentielle. Ils permettent de penser les lieux de soin comme des espaces traversés par des tensions, des formes de mise à l'épreuve du monde, mais aussi comme des lieux autres, porteurs de replis, de résistances ou de possibles.
- 29 Ce cadre conceptuel pluriel permet ainsi d'aborder les espaces psychiatriques comme des dispositifs complexes où se jouent des en-

jeux existentiels, relationnels et politiques. Dans cette continuité, les réflexions de Foucault et Heidegger sur la notion d'habiter offrent un éclairage particulièrement pertinent. Tous deux, dans une conférence adressée aux architectes (Foucault en 1967, Heidegger en 1951), interrogent à leur manière le rapport entre l'être humain et l'espace. Chez Foucault, les architectures ne sont pas de simples enveloppes fonctionnelles, elles produisent des formes de subjectivation en organisant les régimes de visibilité, de circulation et de pouvoir. À travers ses analyses des institutions comme l'hôpital, la prison ou l'école, il montre comment l'espace structure les rapports au corps, au savoir et à la norme. L'hétérotopie désigne ainsi un espace réel mais autre, en tension avec l'ordre social dominant, un lieu marginal où peuvent émerger d'autres manières d'être. Heidegger, quant à lui, aborde l'habiter comme le trait fondamental du *Dasein*, une manière d'être au monde, en relation avec la terre, le ciel, les mortels et le divin. Là où Foucault analyse des régimes spatiaux de pouvoir, Heidegger propose une ontologie de l'habiter, comme inscription sensible et poétique dans le monde.

« L'analyse heideggérienne concerne également chacun de nous et vient nous interpeller à la première personne, dans la mesure où habiter désigne notre façon ordinaire d'être-au-monde, l'expérience intime que nous faisons de la manière immédiate et banale dont nous existons. »³⁴

- 30 Ma recherche ne vise pas à comparer ces deux pensées, mais à les articuler de manière opératoire. Elles m'ont permis de formuler cette hypothèse : habiter un lieu de soin et en particulier un espace psychiatrique, c'est chercher une forme de présence à soi, aux autres et au monde, malgré la violence institutionnelle et la vulnérabilité psychique. À partir de cette hypothèse située, nourrie à la fois par les apports théoriques et par l'expérience du terrain, j'ai conçu des dispositifs expérimentaux, qui cherchent à ouvrir des interstices dans des espaces très codifiés et à y faire émerger une plasticité relationnelle et sensorielle.
- 31 Ces approches théoriques ont guidé la conception des dispositifs tactiles et sensoriels destinés à favoriser l'apaisement et à soutenir la relation thérapeutique. Développés à partir d'ateliers menés avec les patients et les soignants, ils s'inspirent des concepts de « Moi-peau »

(Anzieu) et d'« espace transitionnel » (Winnicott). Grâce à des matières souples et texturées, à la couleur et aux ambiances lumineuses, ils invitent à l'exploration sensorielle et contribuent à renforcer progressivement l'ancrage corporel et relationnel.

- 32 Ré-confort est envisagé comme un support d'expérience où peuvent s'articuler intériorité et extériorité, jeu et symbolisation, favorisant ainsi une forme de reliance psychique. Cette approche a orienté l'élaboration d'expériences tactiles destinées à réactiver un rapport habité au corps, à l'espace et aux autres, dans des environnements marqués par la vulnérabilité psychique et la perte de repères sensoriels.
- 33 Cette recherche interroge cette tension : peut-on imaginer un espace autre au cœur même de l'institution ? Peut-on, par le design, créer des zones de décalage au sein de structures régies par des protocoles et des logiques d'enfermement ? Plutôt que de m'opposer frontalement à l'institution, j'ai cherché à y introduire des failles discrètes, des dispositifs frugaux qui réinscrivent du soin, au sens fort du *care*³⁵ : attention à la fragilité, à la sensorialité, à la relation³⁶. Sans juger les pratiques psychiatriques, il s'agit de concevoir des interventions minimales qui suspendent temporairement le cadre dominant, pour ouvrir des possibles relationnels et sensibles, aussi bien pour les patients que pour les soignants, tous affectés, chacun à leur manière, par la dureté des pathologies et du cadre institutionnel.
- 34 Dans le cadre de l'hôpital psychiatrique, le rapport au corps reste un sujet à la fois fondamental et tabou. Les corps des patients, souvent qualifiés de « corps éclatés », sont affectés par des expériences de vie traumatiques qui entravent la construction d'une enveloppe psychique protectrice³⁷. Travailler sur le corps implique ainsi d'affronter ces fragilités et ces peurs, une étape indispensable pour les dépasser et consolider cette enveloppe. À cela s'ajoute une dimension culturelle essentielle : le rapport au corps, à l'intimité et au toucher varie fortement selon les sociétés, les contextes de communication et les normes implicites de proximité. Edward T. Hall³⁸ a notamment mis en évidence l'importance des distances interpersonnelles et des contextes culturels dans les interactions humaines³⁹. Ces variations culturelles influencent la manière dont les gestes, les contacts physiques ou même la simple présence corporelle sont perçus et vécus et

doivent donc être prises en compte dans toute démarche corporelle en contexte de soin.

- 35 Pour instaurer une dynamique de reconnexion progressive pour les patients et soignants, j'ai structuré mon approche autour de trois échelles de contact charnel : la main, le corps et l'espace. Cette progression commence par une rencontre douce avec soi-même à travers un geste élémentaire : une caresse réalisée avec l'organe principal du toucher, la main. Ce premier contact, guidé et délicat, commence par une simple pression du majeur sur une petite balle d'environ six centimètres de diamètre, épousant naturellement le creux de la paume. Toucher et être touché dans cette interaction minimale permet de prendre conscience de son propre corps, d'éprouver une émotion sensorielle immédiate et de ressentir un apaisement à travers un geste simple.



Figure 2 : Atelier *Mains sensibles* avec les soignants - GHU Paris, unité G05. L'atelier mobilise des balles tactiles comme médiatrices d'une expérience de reconnexion sensorielle et relationnelle.

Crédit : Sophie Larger

- 36 La deuxième étape engage le corps dans son ensemble. Peut-on rencontrer son propre corps dans la douceur et le réconfort ? Cette question est particulièrement cruciale pour les patients schizo-

phrènes qui décrivent fréquemment des douleurs diffuses, comme si leur chair était traversée par une souffrance insaisissable. Aller à la rencontre de ces corps endoloris nécessite un climat de confiance et une disponibilité accrue, conditions préalablement instaurées par l'échelle initiale du toucher.

- 37 Lorsque le corps se relâche sous l'effet d'un enveloppement doux, lorsqu'il se détend et s'abandonne à la sensation d'apaisement, il devient alors possible d'élargir cette expérience à l'espace environnant. L'individu peut ainsi s'ouvrir aux vibrations d'une ambiance réconfortante, chaleureuse et immersive. C'est dans cette optique que le *Coussin Vague*, un objet lesté en textile souple, a été conçu pour induire un apaisement tactile par son poids et sa forme enveloppante. Placé sur différentes parties du corps (épaules, genoux, pieds ou mains), il favorise une sensation de contenance et de détente articulaire. Son usage s'inscrit dans une approche de réassurance sensorielle, soutenant la présence à soi et la relation soignant-patient dans un cadre bienveillant et non-verbal. Cette dynamique a notamment été observée lors de l'atelier *Corps Sensibles*, mené dans l'unité des Tilleuls du CH Valvert. Dans ce contexte, la salle d'activités a été reconfigurée en un lieu d'apaisement grâce aux objets *Ré-confort*, composés de coussins sensoriels, de textures variées et de supports corporels. Ces dispositifs ont permis une transformation tangible de l'espace et des relations. Les postures inhabituelles, les rires et les sourires témoignaient d'une atmosphère joyeuse et détendue, où la frontière entre soin, jeu et expérimentation s'effaçait. Cette approche relève d'un design socioplastique⁴⁰, qui engage une transformation conjointe des relations, des corps et des ambiances institutionnelles, en mobilisant l'expérience sensible comme levier de reconfiguration. Le *Motif enveloppant*, un autre dispositif composé de coussins et de couvertures confectionnés à partir de tissus colorés, notamment le wax, prolonge cette esthétique de l'enveloppement. Par sa richesse tactile et symbolique, le wax introduit des motifs narratifs et des couleurs vives qui réchauffent l'espace et éveillent les sens, tout en inscrivant le soin dans une dimension multiculturelle



Figure 3 : Atelier « Habiter le salon Ré-confort » avec Paola Cordova, EPS Ville-Évrard, unité 93G02. Exploration corporelle et sensorielle d'une ancienne chambre fermée transformée en espace d'apaisement.

Crédit : Sophie Larger

- 38 La troisième échelle de contact, celle de l'espace, engage le corps dans son interaction avec son environnement immédiat et les autres, à travers des formes de langage non verbal. Prendre en compte le langage corporel dans les dispositifs de design en milieu psychiatrique s'avère essentiel pour comprendre les dynamiques sensibles qui échappent au verbal. Le corps, dans ses gestes, ses postures, ses proximités, agit comme un vecteur de communication à part entière, porteur d'informations implicites, affectives et relationnelles. Comme l'a montré Jacques Cosnier⁴¹, la communication non verbale, loin d'être un simple complément du discours, constitue une forme autonome et fondatrice du lien humain, souvent sous-estimée par la prééminence donnée à la parole explicite dans les institutions de soin. Cette perspective est renforcée par les travaux de Grigorij Krejdlin, qui conçoit le corps comme un véritable système sémiotique, capable de produire du sens à travers la gestuelle et les postures corporelles, parfois même en l'absence totale de mots⁴². Dans les espaces d'apaisement Ré-confort, cette dimension corporelle est centrale : les dis-

positifs sont pensés pour accueillir et interpréter les mouvements, les attitudes, les rythmes des corps dans leur interaction avec l'espace, favorisant ainsi une reconnexion sensorielle et une restauration du lien à soi et à l'autre.

3. Réinvestir les perceptions : vers un design du corps-mien

- 39 Les espaces Ré-confort sont composés de différents dispositifs : les Balles et Nappes tactiles, les Coussins air, les Nuages d'apaisement, les Coussins vagues, les Motifs enveloppants, les Coussins galets, les Paysages couleur. Ces éléments activent des modalités perceptives variées (matière, lumière, couleur, son) pour composer de véritables esthétiques de l'apaisement qui favorisent une écoute et une reconnexion douce à son corps.

« Une meilleure écoute de nos perceptions sensorielles (en leur consacrant plus d'attention et de réflexion explicites) pourrait améliorer nos facultés de cognition et d'action » ⁴³

- 40 La proprioception, un sens souvent méconnu mais essentiel pour percevoir la position et le mouvement du corps, occupe une place clé dans cette recherche. Les corps des participants, qu'ils soient patients ou soignants, explorent ces dimensions à travers des gestes, des déplacements, des appuis. Le projet Ré-confort vise à éveiller une conscience corporelle affinée, en s'inspirant notamment des principes de la soma-esthétique développés par Richard Shusterman. Cette approche invite à une attention accrue aux perceptions internes, mobilisant ainsi une forme d'« éducation somatique » susceptible de transformer notre rapport au corps, à l'espace et aux autres.
- 41 Il est important de souligner que les rapprochements opérés ici entre des domaines *a priori* éloignés (neurologie, design, danse, esthétique, psychanalyse) ne relèvent pas d'un syncrétisme naïf, ni d'une confusion entre registres de pensée. Ils constituent des agencements transversaux que permet précisément la recherche-crédation, en tant que méthode exploratoire qui mobilise les *percepts* autant que les *concepts*. Si les premiers relèvent d'un registre sensible et expérientiel, les seconds appartiennent à des champs disciplinaires codifiés

(ou épistémès) ; leur mise en relation par le biais de dispositifs sensibles permet d'ouvrir des perspectives inédites sans pour autant nier leurs différences fondamentales. Ainsi, l'accompagnement par des danseuses professionnelles a permis de renforcer cette attention corporelle située, tout en apportant un éclairage sensible complémentaire. Ce compagnonnage a non seulement validé certaines hypothèses sur l'apaisement ou l'ancrage somatique, mais a aussi ouvert de nouvelles pistes d'exploration autour du geste, du rythme et de la présence. La création agit alors comme un espace tiers, capable d'articuler des savoirs hétérogènes, de faire émerger des formes de connaissance autrement inaccessibles, à l'image de l'« espace potentiel » décrit par Winnicott⁴⁴, où peuvent se jouer des formes intermédiaires d'expérience entre réalité psychique et réalité partagée.

- 42 En me réappropriant ces concepts dans le cadre d'une pratique de design située, j'ai cherché à traduire cette pensée de l'habiter en formes concrètes. Cela m'a conduite à organiser les dispositifs selon une symbolique sensible du lieu : du sol qui ancre au ciel qui ouvre, chaque objet propose une modalité d'habitation corporelle et relationnelle.
- 43 Une logique métaphorique organise les objets *Ré-confort* : une progression symbolique entre le bas (terre) et le haut (air). Les *Balles tactiles* et *Coussins galet* ancrent le corps dans la terre, favorisant un enracinement apaisant. Les *Coussins air* et les *Nuages d'apaisement* évoquent la légèreté, invitent à une respiration.
- 44 Ces objets, produits d'itérations avec les participants des ateliers, incarnent le concept d'habiter tel que le définit Heidegger : se relier à la terre, au ciel, à soi-même, aux autres et peut-être au sacré.
- 45 Ces espaces d'apaisement ne constituent toutefois pas un modèle reproductible à l'identique. Leur conception doit être pensée à partir des caractéristiques propres à chaque établissement : architecture existante, organisation des soins, culture institutionnelle, profils des patients accueillis et pratiques professionnelles des équipes. Les propositions développées dans le cadre de *Ré-confort* relèvent ainsi moins d'une solution standardisée que d'une méthodologie de conception située permettant de faire émerger des formes singulières d'hospitalité adaptées aux besoins locaux. L'objectif a été de proposer, par le design, des alternatives sensibles et concrètes, pen-

sées comme des hétérotopies au sein même d'une institution qui, par définition n'est pas une *hétéro-topie*.

- 46 Ré-confort réintroduit la question de l'habiter, répare ce qui a été fragmenté et accompagne l'émergence de nouveaux milieux de soin. Il invite à penser ces lieux comme des espaces autres, où peuvent émerger des formes d'habiter alternatives, réparatrices, hospitalières, attentives à la vulnérabilité.

Conclusion

- 47 À travers cette recherche-crédation, le design s'affirme comme une pratique située, capable d'ouvrir des brèches sensibles au sein d'institutions fortement normées. Les dispositifs tactiles et relationnels conçus dans ce cadre ne relèvent pas d'un simple confort fonctionnel, mais engagent une éthique de la présence et de l'attention : ils réactivent un rapport au corps, aux autres et à l'espace, souvent mis à mal dans les contextes de soins psychiatriques.
- 48 Le corps retrouve sa place à travers un geste simple, une attention douce à soi et aux autres. De mon corps où je me connecte, je peux me reconnecter à l'autre, me sentir légitime pour partager mes ressentis dans un cadre propice, rendu possible par une esthétique et un design de l'apaisement et du réconfort.
- 49 Cette approche, à la fois théorique, expérientielle et poétique, ouvre des perspectives pour penser le soin non seulement comme acte médical, mais aussi comme acte d'habitation : une manière d'être au monde avec délicatesse, à partir de sa propre vulnérabilité.
- 50 Au-delà du contexte psychiatrique, cette recherche invite à considérer les situations observées à l'hôpital comme l'expression exacerbée de fragilités qui traversent l'ensemble de nos sociétés contemporaines. Les difficultés à habiter son corps, à trouver sa place parmi les autres, à maintenir des continuités sensibles avec son environnement ou à disposer d'espaces de retrait et de réassurance ne concernent pas uniquement les personnes hospitalisées. L'hôpital psychiatrique apparaît alors comme une hétérotopie révélatrice, un miroir grossissant des vulnérabilités individuelles et collectives qui caractérisent notre époque.

- 51 Les expérimentations menées dans le cadre de *Ré-confort* montrent que l'émergence d'un corps mien ne relève pas uniquement d'un processus psychique individuel. Elle se construit dans une relation dynamique entre le corps, l'espace et les autres. Les qualités sensibles de l'environnement, les expériences tactiles, les objets médiateurs et les situations relationnelles participent à la constitution d'une enveloppe contenant permettant au sujet de se sentir à nouveau présent à lui-même. Le corps mien apparaît ainsi moins comme une donnée que comme une expérience continuellement jouée, soutenue ou fragilisée par les milieux dans lesquels nous évoluons.
- 52 Dans ce contexte, l'apaisement ne peut être envisagé comme une simple question thérapeutique. Il devient un enjeu social, spatial et politique. Face à l'accélération des rythmes de vie, à la saturation sensorielle des environnements contemporains et à la fragilisation des liens sociaux, la possibilité même de faire l'expérience d'un corps mien constitue un défi collectif. Le design de l'apaisement s'impose alors comme une voie possible pour concevoir des espaces capables de soutenir les continuités entre soi, les autres et le monde.

NOTES

- 1 Présentation illustrée de la recherche-crédation *Ré-confort* (thèse de doctorat SACRe soutenue le 20 novembre 2025 à l'École des Arts Décoratifs – PSL) disponible en ligne : https://www.sophielarger.com/files/ugd/c3eae3_6fb70bde68d8457fbc720314c2d0c366.pdf?index=true, consulté le 14 juin 2026.
- 2 Anzieu Didier [1996] *Le Moi-peau*, nouv. éd. rev. et augm., Dunod, coll. « Psychismes ».
- 3 Winnicott Donald W. [2002] *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, Gallimard, coll. « Folio Essais ».
- 4 Heidegger Martin [1958] *Essais et conférences* (trad. A. Préau), Gallimard, coll. « Tel ».
- 5 Foucault Michel [2009] *Le corps utopique, les hétérotopies* (éd. D. Defert et F. Ewald), Lignes.
- 6 Skiredj-Hahn Catherine [2020] « Crise et misère de la psychiatrie », *Vie sociale et traitements*, n°145, p.63-69 [DOI : 10.3917/vst.145.0063].

- 7 Paugam Serge [2020] «Le lien social est-il en crise ?», *50 questions de sociologie*, PUF, p.123–126 [DOI : 10.3917/puf.martu.2020.01.0123].
- 8 Reich Y., Konda S. L., Monarch I. A., Levy S. N., Subrahmanian E. [1996] « Varieties and Issues of Participation and Design », *Design Studies*, vol. 17, n° 2, p. 165–180.
- 9 Raïche-Savoie G., Déméné C. [2022] «La pluralité de la recherche en design: tentative de clarification et de modélisation de la recherche-action, de la recherche-création et de la recherche-projet», *Sciences du Design*, n°16, p.10–29 [DOI : 10.3917/sdd.016.0010].
- 10 Frayling Christopher [1994] « Research in Art and Design », *Royal College of Art Research Papers*, vol. 1, n° 1, p. 1–5.
- 11 Pour une présentation visuelle des ateliers et des dispositifs sensoriels développés dans le cadre de Réconfort, voir le film documentaire Réconfort (8 min) (2024, Crédit de l'auteur), disponible en ligne : <https://vimeo.com/1201781931?share=copy&fl=sv&fe=ci>, consulté le 16 juin 2026.
- 12 Michel A., Beck M. [2023] «La chambre d'isolement, un soin thérapeutique qui a ses limites», *L'Aide-Soignante*, n   37, p.26–27 [DOI : 10.1016/j.aid-soi.2023.06.010].
- 13 Dubois-Harvard Lauren [2023] *Protocoles d'isolement et contention: la France parmi l'Europe*, mémoire de master, Médecine humaine et pathologie, Université de Franche-Comté – UFR des Sciences de la santé, (dactyl.), p. 1–342.
- 14 Derrien M., G  nard E. [2023] «Du cachot à la chambre d'isolement: la punition de cellule dans les institutions pénitentiaires et psychiatriques (France, XIX   – XXI   siècle)», Rossi E. (dir.), *Routines punitives*, CNRS   ditions, p.187–214 [DOI : 10.3917/cnrs.rossi.2023.01.0187].
- 15 Michel A., Beck M. «La chambre d'isolement, un soin thérapeutique qui a ses limites», *op.cit.*, p. 26–27.
- 16 Bellahsen Mathieu [2023] *Abolir la contention*, *Libertalia*, p. 189.
- 17 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913312, consulté le 09/01/2026.
- 18 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044553428>, consulté le 09/01/2026.
- 19 <https://www.adesm.fr/isolement-et-contention-rapport-du-controleur-general-des-lieux-de-privation-de-liberte/>, consulté le 04/06/2026.

- 20 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isollement et contention en psychiatrie generale - recommandations 2017-03-13 10-13-59 378.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isollement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf), consulté le 09/01/2026.
- 21 Bellahsen Mathieu Abolir la contention, *op. cit.*
- 22 [https://www.cg1pl.fr/app/uploads/2016/05/Rapport-isollement-et-contention Dossier-de-presse.pdf](https://www.cg1pl.fr/app/uploads/2016/05/Rapport-isollement-et-contention_Dossier-de-presse.pdf), consulté le 07/01/2026.
- 23 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, consulté le 09/01/2026.
- 24 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01205908v1/document>, consulté le 07/01/2026.
- 25 Anzieu Didier *Le Moi-peau*, *op. cit.*
- 26 Anzieu Didier *Le Moi-peau*, *op. cit.*, p. 49.
- 27 Merleau-Ponty Maurice [1964] *Le visible et l'invisible* (éd. C. Lefort), Gallimard, p.153.
- 28 Versace Rémy [2021] « Mémoire et cognition incarnée : comment le sens du monde se construit-il dans nos interactions avec l'environnement », *Intellectica – La revue de l'Association pour la Recherche sur les sciences de la Cognition* (ARCo), n°74, p.7-22.
- 29 Anzieu Didier *Le Moi-peau*, *op. cit.*
- 30 Winnicott Donald W. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, *op.cit.*
- 31 Lyotard Jean-François [2009] *La phénoménologie*, Presses Universitaires de France.
- 32 Bonicco-Donato Céline [2019] *Heidegger et la question de l'habiter*, Paranthèses.
- 33 Foucault Michel, *Le corps utopique, les hétérotopies*, *op. cit.*
- 34 Bonicco-Donato Céline, *Heidegger et la question de l'habiter*, *op. cit.*, p. 10.
- 35 J'ai mobilisé le concept de *care*, tel que développé par Joan Tronto, pour penser un design attentif à la sollicitude, à la responsabilité et à la relation. Tronto met en lumière la dimension à la fois éthique et existentielle du souci de l'autre, que nous rapprochons ici, à sa suite, de la notion heideggérienne de Sorge.

- 36 Tronto Joan C. [2009] *Un monde vulnérable: Pour une politique du care* (trad. F. Durand-Bogaert), La Découverte.
- 37 Goyty Maïder [2014] *Du morcellement vers la réappropriation corporelle : approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie dans une unité de transition de psychiatrie adulte*, Médecine humaine et pathologie, Université de Bordeaux, (dactyl.), p.1-259.
- 38 Hall Edward T. [1978] *La Dimension cachée* (trad. M. J. Gabain), Seuil.
- 39 Rive J., Roger A. [2014] «XX. Edward T. Hall. La communication interculturelle», in Mayrhofer U. (dir.), *Les Grands Auteurs en Management International*, EMS Éditions, p.375-390 [DOI : 10.3917/ems.mayrh.2014.01.0375].
- 40 Vial Stéphane [2014] *Court traité du design*, Presses Universitaires de France, coll. « Quadrige », p.104 [DOI : 10.3917/puf.cheri.2010.01].
- 41 https://icar.cnrs.fr//pageperso/jcosnier/articles/II-1_Com_Non_Verba_le.pdf, consulté le 09/01/2026.
- 42 Krejdlin Grigorij [2008] «Le langage du corps et la gestuelle (kinésique) comme champs de la sémiotique non-verbale: idées et résultats» (trad. F. Daucé), *Cahiers slaves*, n° 9, p.1-23 [DOI : 10.3406/casla.2008.1012].
- 43 Formis Barbara [2009] «Richard Shusterman, *Conscience du corps. Pour une soma-esthétique*», *Mouvements*, n° 57, p.155-157.
- 44 Winnicott Donald W. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, op.cit.

RÉSUMÉS

Français

À partir d'une recherche-crédation menée en milieu hospitalier psychiatrique, cet article explore comment des objets et aménagements conçus dans le cadre de la recherche Ré-confort engagent le patient dans une expérience sensorielle susceptible de recréer une continuité entre soi, les autres et son environnement. À travers le prisme des concepts du « Moi-peau » (Anzieu, 1996), d'« objet et espace transitionnels » (Winnicott, 1971), de l'« habiter » (Heidegger, 1951) et des « hétérotopies » (Foucault, 1967), il s'agit d'interroger les conditions de l'émergence d'un corps mien, vécu comme lieu de réappropriation et d'apaisement.

English

Drawing on a practice-based research project conducted within a psychiatric hospital setting, this article explores how objects and spatial arrangements designed as part of the *Re-confort* research engage patients in sens-

ory experiences capable of restoring continuity between the self, others, and the surrounding environment. Through the lens of the concepts of the “Skin-Ego” (Anzieu, 1996), “transitional objects and spaces” (Winnicott, 1971), “dwelling” (Heidegger, 1951), and “heterotopias” (Foucault, 1967), the article examines the conditions under which a *body-as-one’s-own* may emerge, experienced as a site of reappropriation and soothing.

INDEX

Mots-clés

Esthétique, Imaginaire, Perception, Design, Habiter.

Keywords

Aesthetics, Imagination, Perception, Design, Dwelling

AUTEUR

Sophie Larger

Designer et docteur en design SACRe - PSL, Sophie Larger est enseignante-chercheuse à l'École nationale supérieure des Arts Décoratifs de Paris-PSL, responsable du groupe de recherche Symbiose à EnsadLab et co-coordinatrice de la chaire Vulnérabilités et Capabilités. Sa recherche-crédation interroge l'« habiter-soigner » en psychiatrie à l'intersection du design, du soin et des sciences humaines. sophie.larger@ensad.fr