



HAL
open science

Réa-ccueillir : favoriser l'hospitalité en réanimation

Léa Israel-Boos

► **To cite this version:**

Léa Israel-Boos. Réa-ccueillir : favoriser l'hospitalité en réanimation. Architecture, aménagement de l'espace. 2023. dumas-04282522

HAL Id: dumas-04282522

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04282522v1>

Submitted on 13 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Réa-ccueillir

favoriser **l'hospitalité**
en réanimation

**“Concevoir des espaces porteurs
d’hospitalité, c’est être capable
d’éprouver ce que l’autre vit pour agir.”**

Delanoë-Vieux, C., Michèle, D. (2019, p.41)
Pour un manifeste de l’hospitalité,
Séminaire Art et Design, entre hostilité
et hospitalité dans les lieux de soin.

Résumé

L'hôpital, considéré jusqu'au XVIII^e siècle comme lieu d'accueil pour les personnes cherchant refuge, est aujourd'hui un lieu de soin dont le rôle est d'accueillir et de surveiller l'état de santé des patients. Cependant, les problématiques d'efficacité, de rentabilité et d'utilité qu'il rencontre actuellement tendent progressivement à le déshumaniser. Néanmoins, l'hospitalité, de par son lien inhérent avec l'hôpital, mais également de par ses caractéristiques d'accueil de l'altérité, peut favoriser une meilleure prise en compte des vulnérabilités des usagers de ce lieu de soin. Lors d'un projet mené au sein du service de réanimation du CHU de Nîmes, des possibilités d'intervention par le design furent ainsi proposées en agissant sur l'espace dans le but d'y favoriser l'hospitalité. Dans ce mémoire, nous proposons donc un cadre réflexif théorique et pratique afin de comprendre comment le design peut agir en faveur de l'hospitalité en milieu hospitalier et notamment dans un service de réanimation médicale.

hospitalité - réanimation - design hospitalier - participation - vulnérabilité - espace

Abstract

Until the 18th century, the hospital was seen as a place for people seeking refuge. Today, it is a place of care whose role is to receive and monitor patients' health condition. However, the issues of efficiency, profitability and usefulness that it is currently facing are gradually tending to dehumanise it. Nevertheless, hospitality can help to take better account of the vulnerabilities undergone by users of this place of care because of its inherent link with the hospital and its characteristics of welcoming otherness. As part of a project carried out in the intensive care unit at the CHU in Nîmes, different opportunities for intervention through design were proposed to encourage hospitality by acting on space. In this research dissertation, we propose therefore a theoretical and practical reflexive framework to understand how design can act to promote hospitality in hospitals, and in particular in a medical intensive care unit.

hospitality - intensive care - hospital design - vulnerability - space

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier ma directrice de mémoire Béatrice Gisclard pour sa patience, sa flexibilité et surtout ses précieux conseils tout au long de l'écriture de ce mémoire. Également, j'aimerais remercier l'ensemble de l'équipe du Master Design Innovation et Société pour les enseignements qui m'ont permis de découvrir et d'en apprendre davantage sur le design en nourrissant continuellement mes réflexions à ce sujet.

Aussi, je tiens à remercier le laboratoire de recherche Projekt qui m'a accueillie en stage durant ces 6 mois et qui m'a donné l'occasion de faire de belles rencontres tout en enrichissant mes connaissances en design. Merci également au service de réanimation médicale du CHU de Nîmes, mon terrain de recherche, qui m'a aimablement accueillie et accompagnée. Je remercie Sylvain Garnier, son directeur, qui a ouvert les portes de son service au design. Un grand merci à Virginie Viviez qui a été un maillon indispensable à l'élaboration de cette recherche de par son efficacité et sa disponibilité. Je remercie également Julie Calmettes pour m'avoir permis de travailler à ses côtés durant son enquête de terrain de thèse et pour ses conseils avisés.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis qui m'ont accompagnée, encouragée et soutenue tout au long de cette période intense. Une mention spéciale au trio infernal sur qui j'ai pu compter durant les moments de stress et de doute. Merci aussi à Laurine pour tous les moments de travail et de discussions autour d'un matcha coco glacé qui ont su me motiver dans l'écriture de ce mémoire.

Enfin, un grand merci à mon époux, Romain, pour les relectures assidues, les discussions nourrissantes et le soutien indéfectible.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 13 |
| Chapitre 1 : La réanimation, entre hospitalité et vulnérabilités | 17 |
| 1.1 L'enjeu d'hospitalité en milieu hospitalier | 18 |
| 1.1.1 L'hospitalité, hier et aujourd'hui | |
| 1.1.1.1 L'hospitalité à travers les siècles | |
| 1.1.1.2 L'hospitalité, aujourd'hui | |
| 1.1.2 L'hospitalité en milieu hospitalier | |
| 1.1.2.1 Un lien inhérent entre hospitalité et hôpital | |
| 1.1.2.2 L'hospitalité à l'hôpital | |
| 1.1.3 L'hospitalité liée à la question de l'intimité | |
| 1.1.3.1 L'intimité, à la frontière de l'hospitalité | |
| 1.1.3.2 Prendre en compte l'intimité en milieu hospitalier | |
| 1.2 Les vulnérabilités en réanimation | 25 |
| 1.2.1 Les vulnérabilités des patients en réanimation | |
| 1.2.1.1 Une dépendance à un soin technique, une cohabitation avec la technologie | |
| 1.2.1.2 Un dévoilement de l'intimité | |
| 1.2.1.3 Un environnement bouleversant | |
| 1.2.1.4 De lourdes séquelles sur le long terme | |
| 1.2.2 Les vulnérabilités des proches lors de leur venue en réanimation | |
| 1.2.2.1 Un manque de connaissances sur la réanimation | |
| 1.2.2.2 Les proches, entre attente et incertitude | |
| 1.2.2.3 Une singularité de chaque proche | |
| 1.3 L'espace, un enjeu pour accueillir les vulnérabilités en réanimation | 32 |
| 1.3.1 Éclaircir la notion d'espace | |
| 1.3.2 La réanimation, un espace peu adapté à ces vulnérabilités | |
| 1.3.2.1 Un espace multiscalaire | |
| 1.3.2.2 Un espace hostile | |
| 1.3.2.3 Un espace transparent | |
| 1.3.3 Espace et hospitalité en réanimation | |

| | |
|---|----|
| 1.3.3.1 Espace et soin | |
| 1.3.3.2 La prise en compte des vulnérabilités dans l'espace hospitalier par l'hospitalité | |
| 1.3.4 Rendre l'espace de la réanimation plus hospitalier | |
| 1.3.4.1 Les possibilités d'intervention sur l'espace en réanimation | |
| 1.3.4.2 Le design, vecteur de soin | |
| Chapitre 2 : La démarche de design en réanimation | 45 |
| 2.1 La recherche-projet en design au sein d'un service de réanimation | 46 |
| 2.1.1 Le cadre de la recherche-projet | |
| 2.1.2 Le designer en service de réanimation : un rôle multiple | |
| 2.1.3 Des limites inhérentes à l'hôpital : un possible frein à la démarche de design | |
| 2.2 Appréhender la complexité du milieu par l'observation | 49 |
| 2.2.1 Une immersion du quotidien : devenir familier au lieu | |
| 2.2.2 Comprendre l'environnement de la réanimation par l'observation participante | |
| 2.3 Une implication constante des usagers | 53 |
| 2.3.1 L'utilisateur en service de réanimation : un rôle d'expert, indispensable au projet | |
| 2.3.2 Les récits d'usages de l'environnement | |
| 2.3.3 Les ateliers participatifs avec les usagers : recueillir des besoins et exprimer des idées | |
| 2.3.4 Valoriser le projet par la mise en exposition | |
| 2.3.5 L'itération, un moyen d'éprouver continuellement les idées avec les parties prenantes | |
| Chapitre 3 : Le projet sur l'hospitalité en réanimation | 63 |
| 3.1 Le parcours d'hospitalité : présentation du diagnostic et des opportunités | 64 |
| 3.1.1 Le diagnostic du terrain : la formalisation concrète du parcours d'hospitalité en réanimation | |

| | |
|---|----|
| 3.1.2 Les opportunités de projet | |
| 3.2 Aménager les espaces d'accueil pour mieux accueillir | 66 |
| 3.2.1 L'attente en réanimation : un espace d'attente "minute" | |
| 3.2.2 Les entretiens entre proches et soignants : l'aménagement de la salle d'entretien des familles | |
| 3.2.3 Préserver son intimité : un espace de repli | |
| 3.3 Mettre en place des artefacts pour mieux appréhender l'espace | 75 |
| 3.3.1 La compréhension de l'environnement de la réanimation par les enfants : le livret d'accueil | |
| 3.3.2 La circulation autonome des proches dans le service : la création d'une signalétique complémentaire | |
| 3.4 Agir sur la chambre du patient pour préserver son intimité | 81 |
| 3.4.1 La préservation de l'intimité des patients : les pancartes "en soin" | |
| 3.4.2 Un mode de communication alternatif : le tableau de communication | |

| | |
|---|----|
| Chapitre 4 : Le design en faveur de l'hospitalité | 87 |
| 4.1 Aborder et interroger l'hospitalité avec les usagers | 88 |
| 4.1.1 <i>Faire avec</i> pour échanger | |
| 4.1.2 <i>Faire avec</i> pour s'approprier le projet | |
| 4.2 Soutenir l'espace pour prendre soin | 92 |
| 4.2.1 Permettre une meilleure appréhension de l'espace | |
| 4.2.2 Révéler les limites de l'espace | |
| 4.2.3 Révéler un design à démocratiser | |
| 4.3 Favoriser l'accueil des vulnérabilités | 96 |
| 4.3.1 Encapaciter l'utilisateur accueilli | |
| 4.3.2 Valoriser l'utilisateur par la portance du lieu | |
| 4.3.3 Permettre un "espace fait à l'autre" | |

| | |
|----------------------|-----|
| Conclusion | 101 |
| Bibliographie | 105 |
| Annexes | 113 |



Introduction

Jusqu'au XVIII^e siècle, l'hôpital est un lieu d'accueil majeur faisant preuve d'une tolérance importante quant aux demandes émises par les nécessiteux y cherchant refuge. Instituée par l'Église, l'hospitalité inconditionnelle y est ainsi prodiguée. Cependant, au fil des siècles qui suivent, l'hôpital se formalise comme lieu de soin destiné à surveiller l'état de santé d'une population (Dodier, Camus, 1997). Ainsi défini, il garde sa fonction d'accueil, mais le sens-même de l'hospitalité semble avoir changé. En effet, cette dernière est aujourd'hui davantage caractérisée comme *“ce qui permet à des individus, des familles de lieux différents de se faire société, se loger et se rendre des services mutuellement et réciproquement”* (Gotman, 1997, p.5). Son origine sémantique est néanmoins épargnée. Le terme *hospes* signifie celui qui reçoit et qui offre l'hospitalité tandis que *hostis* caractérise celui qui est reçu et s'apparente ainsi à l'hostilité (Zarka, 2016). Le rapport ambigu entre ces deux termes, à la fois contraires et inséparables d'après Zarka (2016), engendre ainsi un questionnement sur les limites de l'hospitalité qui, si elles sont franchies, pourrait engendrer son contraire : l'hostilité. Également, il interroge si une hospitalité inconditionnelle telle que Derrida (1995-1996) la décrit est vraiment pertinente aujourd'hui.

Ainsi, l'hôpital fait face à de nouveaux défis au regard de l'hospitalité, notamment ceux d'accueillir les personnes en situation de précarité tout en étant destiné à soigner les maladies plus techniques. Également, les problématiques d'efficacité, de rentabilité et d'utilité auxquelles il fait face tendent lentement à déshumaniser ce lieu de soin (Ngono, 2014). C'est donc dans le milieu hospitalier et plus précisément dans le service de réanimation médicale du CHU de Nîmes au sein duquel nous avons effectué un stage de six mois, que la place de l'hospitalité est questionnée dans le cadre d'une recherche-projet présentée ici. Dans sa fonction, la réanimation accueille des patients en situation d'urgence vitale dont les soins prodigués sont nécessaires à leurs survies (Dumont, 2019). Ainsi, il convient de comprendre les vulnérabilités relatives aux usagers d'un service de réanimation, à savoir les patients et leurs proches, afin d'agir en faveur de l'hospitalité. La démarche de design employée au sein de cette recherche-projet nous permet de comprendre en quoi l'espace de la réanimation peut agir en faveur de ce geste d'hospitalité et ainsi être vecteur de soin pour ces usagers (Roxberg et al., 2019).

Nos questions de recherche et de projet sont donc les suivantes :

Question de recherche : Le design peut-il participer à favoriser l'hospitalité en milieu hospitalier ?

Question de projet : Comment l'espace peut-il devenir un soutien effectif dans l'accueil des vulnérabilités en milieu hospitalier ? Le cas du service de réanimation du CHU de Nîmes.

Pour y répondre, nous avançons les trois hypothèses suivantes :

- **Hypothèse 1** : Le design peut contribuer à un questionnement collectif sur l'hospitalité au travers de méthodes participatives avec les usagers d'un service de réanimation.
- **Hypothèse 2** : Le design peut agir par un soutien effectif à l'espace du service de réanimation, de manière à prendre soin de ceux qui l'occupent (patients, proches et soignants).
- **Hypothèse 3** : La prise en compte des vulnérabilités présentes en réanimation peut favoriser le geste d'hospitalité. En cela, elle peut participer à un questionnement sur ses frontières.

Afin de répondre à ces problématiques, nous exposerons dans un premier chapitre, grâce à la littérature actuelle, l'évolution historique de la notion d'hospitalité en analysant son lien avec l'hôpital, les vulnérabilités éprouvées par les patients et les proches en réanimation ainsi que le rôle que peut avoir l'espace du service de réanimation sur le soin et sur le geste d'hospitalité. Dans un deuxième chapitre, notre démarche de design sera explicitée quant à notre posture en tant que designer, mais également les méthodes mises en place dans cette recherche. Le troisième chapitre énoncera les propositions faites dans le cadre de ce projet se voulant favoriser l'hospitalité au sein du service de réanimation. Enfin, le dernier chapitre nous permettra de d'analyser ce projet au regard de notre problématique de recherche, en discutant les trois hypothèses énoncées précédemment.



Chapitre 1

**La réanimation,
entre hospitalité
et vulnérabilités**

1.1 L'enjeu d'hospitalité en milieu hospitalier

1.1.1 L'hospitalité, hier et aujourd'hui

L'hospitalité est issue du latin *hospitalitas*¹, de *hospitalis*, « d'hôte, hospitalier », et de *hospis*, « hôte ». Elle définit à l'époque antique² « l'action de recevoir comme hôte, les liens d'hospitalité et rapports entre les hôtes ». Hostilité et hospitalité partagent la même origine sémantique, *hospes*, celui qui reçoit, qui offre l'hospitalité, et *hostis*, celui qui est reçu. L'hôte est ainsi dans un même temps l'ami et l'être hostile, l'ennemi (Zarka, 2016). Chargée de son histoire, l'hospitalité s'est installée progressivement dans le contexte médical. Nous tenterons d'en tracer les contours.

1.1.1.1 L'hospitalité à travers les siècles

Il est possible de déceler des formes d'hospitalité très tôt dans l'histoire. Certaines traces apparaissent dès la période de la Haute Antiquité³. Dans la Bible, le chapitre 18 de la Genèse décrit par exemple l'accueil par Abraham de trois hommes de passage : « *Voilà qu'il vit les trois hommes qui se tenaient debout près de lui ; dès qu'il les vit, il courut de l'entrée de la tente à leur rencontre et se prosterna à terre.* ». Avant d'évoquer l'objectif de leur visite, Abraham leur lava les pieds et leur apporta de l'eau et de la nourriture. Ces lois, entourant l'hospitalité, étaient dûment respectées durant l'Antiquité, notamment ici en Mésopotamie⁴ où se déroule cet événement, pour éviter toute honte ou réprobation morale. Un autre exemple d'hospitalité se trouve dans le chant premier (120-135) de l'Odyssée⁵, rédigée par Homère au VIII^e siècle avant Jésus-Christ, lorsque Pallas Athénée fut reçu par Télémaque dans son palais : « *Salut, étranger, tu seras chez nous, traité en ami, viens d'abord souper, tu diras ensuite ce dont tu as besoin* ». Ici, à nouveau, l'objet de la venue n'est abordé qu'une fois le processus d'accueil réalisé. Plusieurs autres passages abordent également des formes d'hospitalité, décrivant un accueil inconditionnel du voyageur, quels que soit son allure ou ses motifs de passage. Une attention particulière est portée aux cadeaux offerts par l'hôte au voyageur, à la fois pour le remercier de l'occasion donnée d'accomplir une bonne action, mais aussi en signe de sa richesse. Rendre l'hospitalité est ainsi perçu d'une

certaine façon comme un honneur accordé à l'hôte. L'absence de ce type de cadeaux peut engendrer une certaine hostilité (Gouirand, 2011). Cette forme d'hospitalité pouvant être qualifiée d'antique, s'apparente donc à une période où elle est pratiquée et révérée et par conséquent où l'accueil est spontané et inconditionnel (Le Guennec, 2019).

À côté de l'hospitalité antique, une nouvelle forme publique et commerciale apparaît dès le V^e siècle avant Jésus-Christ autour des hôtelleries, dont les premières apparaissent en Grèce. Ce n'est cependant que deux ou trois siècles plus tard, après la guerre de Troie, que ces dernières font leur apparition dans l'Empire romain. L'accueil gratuit et interpersonnel n'est alors accordé qu'aux personnes ayant des liens amicaux ou fraternels avec l'hôte. La création d'autres lieux d'accueil est ainsi nécessaire pour les voyageurs sans abri. Cependant, certaines de ces auberges ont mauvaise réputation : les hommes les fréquentant sont considérés comme réalisant un métier infâme et les femmes comme des prostituées. En Germanie cependant, l'hospitalité gratuite perdure jusqu'au Moyen Âge et est préférée à cette nouvelle forme d'hospitalité publique. En Gaule, l'hospitalité gratuite est moins courante mais également pratiquée (Gouirand, 2011). En effet, cette forme d'hospitalité y est notamment donnée par les moines. Pour en bénéficier, les voyageurs se doivent de garantir leur foi afin d'en bénéficier. Il leur est alors offert un lavage de leurs pieds, un don d'argent, le renouvellement de leurs vêtements, ainsi que de la nourriture. Le but de cette action est non seulement d'assurer une action matérielle, mais principalement aussi une action spirituelle en priant ensemble. L'accueil monastique du IV^e et V^e siècle reflète ainsi l'hospitalité totale bénéficiant à l'étranger, telle qu'elle était pratiquée durant l'Antiquité (Gouirand, 2011).

Durant les premiers siècles de l'ère chrétienne, l'hospitalité occidentale se développe. Les IV^e et V^e siècles donnent lieu à des pèlerinages chrétiens nécessitant l'accueil des voyageurs. Une organisation de l'hospitalité créée par Basile de Césarée⁶ prend alors la forme d'hôtelleries dispersées dans chaque ville après le Concile de Nicée⁷ en 325. Ces lieux d'accueil sont alors nommés des *Hospitia*⁸ ou des *Xenodochia*⁹. Durant le Moyen-Âge, cette forme d'hospitalité est toujours pratiquée, notamment par les religieux, des ordres hospitaliers et des nobles.

De même, l'hospitalité publique se poursuit, mais ces lieux publics restent souvent mal fréquentés. Elle se centre davantage sur l'apport matériel qu'elle permet par la transaction.

6 Basile de Césarée, né en 329 et mort, selon la tradition, le 1^{er} janvier 379 à Césarée de Cappadoce, est l'un des principaux Pères de l'Église. Il était appelé Basile le Grand en raison de son autorité morale et ecclésiastique.

7 Le premier concile de Nicée est un concile général des évêques de l'Empire romain qui se tint à Nicée en Bithynie, du 20 mai au 25 juillet 325, sous l'égide de l'empereur Constantin I^{er}.

8 Du latin *hospitium*, n. (hospes). Hospitalité, action de recevoir (d'accueillir) comme hôte. Définition tirée du site web suivant : <https://www.gaffiot.org/55276>

9 Du latin *xenodochium* (« hospice, hôpital »), issu du grec ancien, *ksenodokheion* (« lieu pour étrangers, auberge »). Définition tirée du site web suivant : <https://fr.wiktionary.org/wiki/xenodochium>. Il désigne une institution annexée à un monastère ou à la maison de l'évêque, et destinée à offrir asile et assistance aux étrangers en voyage, et particulièrement aux pèlerins, ainsi que le recommandait le canon LXXV du concile de Nicée.

1 Définition tirée de Cnrtl : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

2 L'Antiquité est une période historique succédant à la préhistoire et s'étalant de 3500 av. J.-C. à 476 ap. J.-C. Géographiquement, elle couvre l'Europe, l'Asie occidentale et le nord de l'Afrique.

3 La Haute Antiquité définit le début de l'Antiquité jusqu'en -500 av. J.-C.

4 Située entre le Tigre et l'Euphrate, la Mésopotamie correspond à une région historique du Moyen-Orient qui est représentée par l'actuel Irak et Syrie.

5 L'Odyssée correspond à une épopée grecque antique attribuée à Homère. C'est lui qui l'aurait composée vers la fin du VIII^e siècle av. J.-C., après l'Iliade.

Ainsi, l'hospitalité se détériore au même titre que les relations sociales qu'elle permettait (Gouirand, 2011). La Renaissance est cependant bénéfique pour l'hospitalité en Europe. L'augmentation de la richesse et du commerce, les grandes découvertes, mais aussi les débuts de l'industrie jouent en faveur du développement des auberges. L'accueil est soigné tel que le décrit Erasme au XVI^e siècle en Allemagne :

“La civilité, la joie, les servantes bonnes rieuses, la propreté, le bon marché, tous agréments qui attirent à une auberge.” (Gouirand, 2011, p.152)

La France connaît le même phénomène au XVII^e siècle, comme à Paris près du Louvre où se tient l'auberge *La Boisselière*, réputée pour son hospitalité exemplaire. Cependant, quelques dérives voient également le jour avec la création d'auberges par des bandits. Au Moyen-Orient, des formes de l'hospitalité antique perdurent encore de par l'obligation de garder une pièce vide pour le voyageur à qui on pourrait faire acte d'hospitalité. En extrême-orient, l'hospitalité était surtout pratiquée dans les pagodes en raison de l'état des auberges chinoises (Gouirand, 2011).

Au milieu du XIX^e siècle, plusieurs changements apparaissent, notamment du fait du progrès des transports, du développement de la société industrielle, mais aussi de l'avènement de la bourgeoisie et de la naissance du tourisme. L'hospitalité privée fait entièrement place à une hospitalité de type commerciale prise en charge par des professionnels. Les auberges accueillent alors une clientèle moins fortunée. Les procédures d'accueil évoluent avec le tourisme, transformant l'acte d'hospitalité en acte marchand. Certaines formes d'hospitalité antique se retrouvent cependant encore dans certains endroits, notamment dans les lieux de soins se devant de soigner toute personne (Gouirand, 2011).

1.1.1.2 L'hospitalité, aujourd'hui

Aujourd'hui, l'hospitalité est davantage prise en charge par les services publics, la protection sociale, mais aussi par le secteur privé. Cependant, elle subit une déformation de sa signification, sous l'effet notamment des mouvements entre ouverture et fermeture, projection et neutralisation, réalisés par des groupes, des institutions et des organismes vis-à-vis des étrangers. La définition donnée pour l'hospitalité est la suivante.

“Ce qui permet à des individus, des familles de lieux différents de se faire société, se loger et se rendre des services mutuellement et réciproquement.”
(Gotman, 1997, p.5)

Aujourd'hui en France, l'hospitalité se manifeste concrètement de plusieurs manières. Celle, par exemple, souvent médiatisée de l'accueil des migrants fait encore à ce jour l'objet

de questionnements. Un clivage émerge notamment entre des actions menées à l'égard des migrants par des associations et l'État faisant preuve d'une ambivalence quant au traitement de ces questions (Paumard, 2018).

L'hospitalité fait ainsi de l'échange entre l'accueillant et la personne accueillie un fait primordial. D'après Gouirand (2011), cette différence doit être pensée comme une ouverture à un dialogue et non comme une inégalité. À ce titre, l'étymologie *hostis* de laquelle provient le terme d'hospitalité et qui définit la personne accueillie, exprime selon Verspieren (2006) cette volonté d'égalisation. Il en découle donc que l'hospitalité est une action en faveur de l'effacement de l'inégalité de départ afin d'agir en faveur d'une réciprocité égale entre accueillant et accueilli (Verspieren, 2006). Dans la même approche et en opposition à l'hospitalité inconditionnelle mise en avant par Derrida¹⁰, Florence Dupont différencie la condition d'hôte de celle de l'étranger. Selon elle, l'hospitalité définit alors un hôte et son hôte et la relation créée entre les deux permet de réduire l'altérité en rapprochant ce qui est lointain. Émile Benveniste appelle cela le *“pacte d'hospitalité”* (Benveniste, 1969), où la personne accueillante est partenaire de ce pacte et où les deux parties deviennent ainsi proches l'une de l'autre (Agier, 2018). Prise dans un contexte politique, l'hospitalité peut ainsi être vue comme une solution possible au conflit. L'encyclopédie la relie même à l'humanisme en la définissant comme une vertu (Gotman, 1997).

Pour produire cet acte d'hospitalité, plusieurs caractéristiques peuvent entrer en jeu. Tout d'abord, un déplacement est nécessaire, souvent provoqué par une situation inadaptée ou hostile contraignant un individu à changer de lieu. Cela le mène ainsi à la rencontre d'autres individus qui lui sont étrangers et à qui il l'est de même. Ce faisant, ce déplacement produit pour l'individu une altération de ses défenses, un sentiment de fragilité, une angoisse de l'inconnu et le place en position de vulnérabilité (Gouirand, 2011). Également, l'hospitalité s'inscrit dans un temps donné, marqué par un début et une fin, résultat du choix de la personne accueillante (Agier, 2018). Enfin, l'espace est aussi une caractéristique à prendre en compte. Ce dernier est particulier, car il est conçu afin que l'on accueille autrui tout en le tenant à distance, créant ainsi un rapport social souvent asymétrique (Gotman, 1997).

1.1.2 L'hospitalité en milieu hospitalier

1.1.2.1 Un lien inhérent entre hospitalité et hôpital

L'hôpital, et plus particulièrement l'hôpital public en France, objet de ce mémoire, possède un parcours chargé d'histoire qu'il est nécessaire de comprendre pour mieux

¹⁰ Derrida, J. (1995-1996). *Hospitalité*, Volume I, Séminaire (1995-1996). <https://www.seuil.com/ouvrage/hospitalite-jacques-derrida/9782021485332>

dresser ses caractéristiques actuelles concernant l'accueil. Dès le début de son histoire, l'hôpital public se fonde sur l'hospitalité, de par sa fonction de lieu d'accueil pour les nécessiteux cherchant un refuge. À partir du XVIII^e siècle, il héberge massivement les populations touchées par un certain nombre de difficultés. Il subit également de nombreuses crises médicales du fait des fréquentes épidémies qui le submergent, ayant comme conséquence l'augmentation du taux de mortalité (Dodier, Camus, 1997).

Ces phénomènes apportent deux changements majeurs pour les hôpitaux dont le premier est celui de leur médicalisation. En effet, ils s'adaptent progressivement aux différentes pathologies afin de répondre aux besoins de santé de la population. C'est ainsi que se construit une certaine hiérarchie par une mise en valeur progressive de la fonction des médecins dans les hôpitaux. Également, les critères de sélection d'entrées des populations se durcissent pour optimiser les soins. Le deuxième changement majeur pour les hôpitaux est celui de leur intégration dans l'assistance publique garantissant la possibilité pour toute population d'avoir accès aux soins. Ce *"droit à l'assistance"*, promulgué en 1893, rend l'hôpital davantage administratif que religieux. La loi de 1971 crée le *"service public hospitalier"*, garantissant l'obligation de gratuité des soins, de laïcité et de gestion publique des hôpitaux (Dodier, Camus, 1997).

De nos jours, l'hôpital fait face à de nouveaux défis qui découlent le plus souvent des progrès de la technique basés sur l'efficacité, la rentabilité et l'utilité. Cependant, il garde toujours sa fonction ancienne d'hospitalité. En effet, selon Ngonu (2014), l'hôpital reflète encore aujourd'hui cette ambiguïté, celle d'un lieu destiné aux maladies techniques, mais qui accueille aussi les personnes en situation de précarité. Les défis sociaux et économiques auxquels fait face l'hôpital tendent donc à questionner la place de l'hospitalité en contexte hospitalier.

1.1.2.2 L'hospitalité à l'hôpital

En contexte de soin, l'hospitalité est le premier enjeu de la médecine car elle relève l'importance de la prise en compte des vulnérabilités de chaque individu. En effet, elle fait appel à la sollicitude elle-même convoquée par la situation de fragilité du patient.

Une réflexion s'opère donc sur l'accueil fait au patient, que ce soit autour de l'espace, mais aussi de sa place personnelle et institutionnelle (Ngonu, 2014). À juste titre, l'hospitalité permet de remettre le patient au cœur du parcours de soin en tenant compte de sa singularité et donc de ses attentes et de ses besoins (Hirsch, 2011). Davantage organisée et professionnalisée, l'hospitalité intervient en pratique pour les usagers de l'hôpital. Elle permet, dans un contexte de soin, d'engendrer une relation de solidarité entre le patient, le soignant et la famille, donnant lieu à des moments de partages et de rencontres. Pour Ngonu (2014), les uns et les autres deviennent ainsi réciproquement hôtes les uns des autres. Cette relation de confiance créée avec le soignant est primordiale pour assurer un soin

efficace. Elle doit porter une attention particulière à l'estime de soi du patient ainsi qu'à son accueil dans un environnement médical où il ne doit pas se sentir rejeté (Verspieren, 2006). Cependant, l'hospitalité est parfois perturbée à l'hôpital. L'égale des rapports entre la personne accueillie et l'accueillant qu'elle permet peut être compromise, que ce soit lorsque l'accueillant impose ses règles ou que l'accueilli se montre envahissant ou exigeant. Il est donc nécessaire que l'équilibre soit maintenu par le geste d'hospitalité afin que l'hôpital ne devienne pas qu'un simple hébergement. Ainsi, les compétences relationnelles et professionnelles des soignants sont toutes aussi importantes que la confiance et la gratitude du patient envers ce dont il bénéficie. Il existe également un risque de n'accueillir que certaines maladies afin d'améliorer les soins prodigués, engendrant des apports bénéfiques pour les patients mais aussi des savoirs nouveaux dans le domaine médical. Le danger est alors de limiter l'accès des personnes malades à celles qui correspondent au cadre établi par l'accueillant. Ainsi, l'hospitalité à l'hôpital peut être décrite en ces termes :

"Un hôpital hospitalier est un espace capable d'accorder la place à chacun pour que personne ne se sente étranger dans une institution ontologiquement hospitalière. Un hôpital hospitalier est au sens fort du mot, une institution accueillante, et où l'hospitalité est un espace fait à l'autre. Elle est une relation spatialisée à autrui." (Verspieren, 2006, p.26-27).

La complexité se trouve cependant dans la recherche d'un équilibre entre la dépendance à l'équipe soignante et le maintien à distance du patient dans le but de respecter sa liberté (Verspieren, 2006). L'équilibre à trouver dans l'espace accordé à l'autre peut donc en soi consister en une limite à l'hospitalité s'il n'est pas trouvé. Sa concrétisation en contexte hospitalier est liée à la question de l'intimité.

1.1.3 L'hospitalité, liée à la question de l'intimité

1.1.3.1 L'intimité, à la frontière de l'hospitalité

L'intimité peut consister en une limite à l'hospitalité en milieu hospitalier. Définie comme *"caractère intime et profond, ce qui est intérieur et secret"*¹¹, elle provient du latin *interior* qui fait allusion à ce qui est enfoui, réservé, connu de l'individu seul et considéré comme inaccessible à autrui (Bubien, 2019).

En contexte hospitalier, l'intimité intervient au moment où l'hospitalité dépasse sa mesure.

¹¹ Définition tirée du dictionnaire Le Petit Robert.

L'hospitalité engendre en effet un double principe de frontières : les frontières internes qui forment des règles à considérer pour l'espace commun et les frontières externes qui agissent sur une délimitation des espaces autorisés, au-delà desquelles la personne accueillie n'a pas sa place. L'hospitalité entraîne donc un jeu de frontières qui, si elles sont dépassées, peuvent éprouver l'intimité (Gotman, 1997).

1.1.3.2 Prendre en compte l'intimité en milieu hospitalier

L'intimité est donc à prendre en compte et à préserver lorsque l'hospitalité intervient en milieu hospitalier. En contexte de soin, l'intimité physique et psychique du patient peuvent notamment être atteintes. La relation dissymétrique entre le soignant et la personne soignée peut contribuer à en accentuer le trait. Cette dernière se trouve en effet dans une situation d'exposition et de confiance totale envers la médecine parfois, au détriment de sa dignité (Bubien, 2019). À ce titre, *la charte de la personne hospitalisée*¹² précise que *“le respect de l'intimité de la personne doit être préservée lors des soins”*. Une préservation de l'intimité physique du patient est donc essentielle, que ce soit dans les actes, les gestes, mais aussi les moyens mis en place pour le soigner (Dumont, 2019). Pour Bubien (2019), le corps du patient est transparent aux yeux du corps médical engendrant pour lui une certaine vulnérabilité.

L'auteur ajoute que les questions posées ou encore les examens réalisés sur le patient peuvent être une introduction de corps étrangers au-delà des frontières de la peau (Bubien, 2019), mettant en évidence l'importance de respecter l'intimité psychique du patient. Les regards portés sur le corps du patient se doivent en ce sens d'être évités, car ils peuvent entraîner une impression de dépossession de son propre corps. Le fait de voir ses habitudes bouleversées contribue également à perturber son intimité. La création d'un contexte sécurisant lui permet ainsi l'intégration dans un cercle intime rassurant (Bubien, 2019). Également, Dumont (2019) souligne que les informations relatives à l'état de santé du patient partagées entre soignants doivent être transmises dans un contexte privilégié. Le cadre légal précise l'importance du secret professionnel qui interdit aux professionnels de santé de révéler des informations vues, entendues, comprises ou confiées. Enfin, l'intimité psychique peut aussi être garantie par le maintien d'un équilibre entre les vœux du patient et les possibilités qu'offre le cadre de l'hôpital, notamment autour de la foi religieuse ou encore de l'expression artistique propre au patient. En résumé, la prise en compte de l'intimité implique de :

¹² La charte de la personne hospitalisée constitue une actualisation de la charte du patient hospitalisé de 1995, rendue nécessaire par l'évolution des textes législatifs, notamment les lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 6 août 2004 relative à la bioéthique, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

“Conduire une véritable relation d'aide lors d'une interaction avec le patient en l'harmonisant avec le raisonnement clinique rationnel basé sur une méthodologie qui s'apprend.” (Psiuk, 2008, p.16).

Ainsi, ce premier sous-chapitre montre qu'au fil des siècles, l'hospitalité passe d'une forme inconditionnelle à une forme davantage cadrée voire commercialisée. Aujourd'hui, Benveniste (1969) définit le *“pacte d'hospitalité”* comme la création d'une relation entre l'accueilli et l'accueillant agissant sur une réduction de l'altérité en rapprochant ce qui est à l'origine lointain. Ainsi, l'hospitalité est le geste qui permet de faire un pas vers l'altérité et l'inconnu dans le but d'éviter toute hostilité. Elle se déploie à l'hôpital, autrefois considéré comme un endroit d'accueil pour tous les nécessiteux. La problématique de l'hospitalité est donc inhérente au contexte hospitalier, de par l'enjeu porté par la médecine au soin des vulnérabilités des patients. Or, rendue souvent difficile à l'hôpital, elle reste en questionnement et se doit de prendre notamment en compte l'enjeu de l'intimité des patients (Gotman, 1997). Ainsi, l'hôpital, et plus précisément le service de réanimation, fait l'objet au sein de cette recherche d'un travail sur l'égalisation des rapports entre l'accueilli et l'accueillant dans le but d'assurer le geste d'hospitalité (Verspieren, 2006). Il convient ainsi d'analyser les vulnérabilités subies par les patients au sein de l'hôpital et plus particulièrement ici d'un service de réanimation pour les prendre en compte afin d'assurer une hospitalité effective.

1.2 Les vulnérabilités en réanimation

La réanimation, comprise comme *“un ensemble de moyens mis en œuvre par un médecin pour rétablir ou surveiller une fonction vitale (respiration, circulation, etc) menacée à court ou à moyen terme”*¹³, accueille différents types d'usagers en son sein : les soignants, les patients et les proches. Ces derniers sont tous susceptibles d'être vulnérables. Cependant, nous n'exposerons que les vulnérabilités des patients et des proches de par leur posture en tant que personnes accueillies au sein du service. D'origine latine, le terme *vulnérabilité* provient du nom commun *vulnus* défini par la *« blessure »* ou encore de *vulnerabilis* signifiant *« peut être blessé »* ou *« qui blesse »*. La vulnérabilité concerne ainsi une exposition aux blessures, aux coups mais aussi à la douleur physique ou à la maladie, comme il en est question en réanimation. Également, elle désigne ce qui peut être, du fait de ses insuffisances, attaqué ou atteint facilement. Autrement dit, un sujet peut se retrouver en position de vulnérabilité. Cette dernière est alors désignée

¹³ Définition tirée du Larousse.

par S.Kierkegaard¹⁴ comme le fait de « *s'ouvrir, s'exposer à la blessure de la possibilité* » (Vallejo, 2014). Il s'agit donc ici d'étudier la position de vulnérabilité des usagers accueillis dans un contexte de réanimation, à savoir les patients et leurs proches.

1.2.1 Les vulnérabilités des patients en réanimation

Le patient, lors de sa prise en charge en service de réanimation, est susceptible de se retrouver dans des situations où il est vulnérable. Ceci, dans un contexte où :

« plus précisément, l'objet de la médecine – si tant est que l'on puisse dégager un consensus à ce propos – est bien de soulager l'homme blessé, que sa blessure soit fonctionnelle (chirurgie réparatrice orthopédique), physiologique (traitement d'une infection) ou psychique (aide à vivre avec un traumatisme). » (Boles, Jousset, 2011, p.43).

1.2.1.1 Une dépendance à un soin technique, une cohabitation avec la technologie

Dans un état d'urgence médicale, le patient, parfois inconscient, se retrouve dans un processus de soin dans le service de réanimation. Les soins prodigués sont alors nécessaires à sa survie (Dumont, 2019). Les interventions médicales quotidiennes et les soins invasifs réalisés lui permettent d'être maintenu en vie (Boles, Jousset, 2011). Le patient fait également l'objet de visites des médecins pour surveiller son état de santé. Ces dernières sont complétées par une attention continue de l'équipe paramédicale, à savoir les infirmiers et infirmières et les aides-soignants et aides-soignantes. La chambre du patient est donc un lieu de passage où de nombreuses rotations de soignants sont effectuées pour garantir les soins d'hygiène et de confort, tout en tenant compte des pathologies et de la stabilité du patient. Ces derniers se doivent aussi de savoir gérer des situations d'urgence pouvant nécessiter une intervention à tout moment. L'ensemble de ces soins portés aux patients peuvent cependant être source de déshumanisation pour eux. Pour y remédier, les échanges quotidiens avec les proches peuvent aider à l'humanisation du malade (Roulin, Vignaux, 2010). En effet, les gestes comme les regards peuvent parfois faire référence à davantage de mécanismes et d'habitudes (Riazuelo, 2020). Pour s'assurer d'une bonne prise en charge du patient, d'importants moyens techniques sont nécessaires, engendrant ainsi un certain nombre de gestes techniques spécifiques

(Aissani, 2006). Le plus souvent, il s'agit d'intubation ou de ventilation mécanique. Le patient doit ainsi faire preuve de résilience dans ces situations, en acceptant une cohabitation de son corps avec la technique, nécessaire à sa survie (Riazuelo, 2020).

“On se retrouve face à soi-même. Ça ne donne pas envie de recommencer.”
Ancien patient, consultation post-réanimation, mars 2023

Cette dépendance peut souvent provoquer un sentiment d'impuissance et de honte pour le patient, source pour lui de vulnérabilité physique et émotionnelle (Roulin, Vignaux, 2010). Il ressent le besoin d'être considéré au-delà de la technologie et non seulement comme objet de soin (Vallejo, 2014). Ce dernier peut être comblé par l'équipe soignante en aidant le patient à avoir un sentiment de contrôle sur la situation au travers d'une bonne communication permise par les informations données. Cette singularisation du soin permet la création d'une relation de confiance, de discussions et d'échanges :

“L'éthique c'est le possible, c'est pouvoir faire varier la réalité dans un sens que l'on n'a pas prévu, pour une personne singulière face à une situation particulière. Cela lui a apporté beaucoup sans doute, et cela ne nous a rien enlevé.” (Vallejo, 2014, p.96).

1.2.1.2 Un dévoilement de l'intimité

Lors de son séjour en réanimation, l'intimité du patient est souvent exposée pour différents soins ou examens cliniques, que ce soit par exemple par l'usage du vase pour l'incontinence, des cathéters urinaires ou les différents lavements qu'il subit (Roulin, Vignaux, 2010). Il convient alors de parler de dévoilement de l'intimité. Cette dernière, subjective, vise ici à préserver une image présentable du corps du patient et à garantir une dignité humaine afin qu'il puisse conserver « *une capacité d'action, une intégrité corporelle et un aspect vivant* » (Schrecker, Toupet, 2016, p.45). Lorsque l'intimité est alors dévoilée, elle se définit comme une « *intrusion dans l'espace de l'autre* ». De ce fait, bien que nécessaires en réanimation, les soins portés au patient peuvent porter atteinte à son intimité, notamment parce qu'il est en position de vulnérabilité face au soignant, considéré comme étranger (Dumont, 2019). Dans cette situation, la personne soignée peut ainsi éprouver des sentiments d'indignité ou de déshumanisation :

« Dans la position de réanimés, dans un lit, nous voici nus et faibles comme au premier jour, en situation de devoir nous fier entièrement à ceux qui assurent notre survie. Confiants par nécessité et dépouillés. » (Gazengel, 2006, p.107).

¹⁴ S. Kierkegaard, cité par Vallejo (2014).

Le corps se retrouve à la vue de tous, donnant lieu à un dévoilement contraint de l'intimité propre du patient. Abîmé et fragile, il n'est plus autonome et n'est plus capable de se protéger. À ce titre, le *Moi-peau* correspond à une théorie de la psychanalyse d'Anzieu (1985), où le nourrisson survit et se construit au travers des sensations qu'il ressent à la surface de sa peau. Ainsi en réanimation, le *Moi-peau* se trouve affecté, et empêche certaines personnes soignées de reconstruire leur propre intimité. Cette intimité propre au patient s'en trouve attaquée :

« À l'hôpital dans les services de médecine, il y a à avancer là où cela s'assombrit, dans des lieux qui paradoxalement mettent en pleine lumière la réalité de ce que nous sommes, confrontés à l'impuissance et à notre propre mortalité. » (Riazuelo, 2020, p.49).

1.2.1.3 Un environnement bouleversant

Au-delà des soins techniques qui lui sont imposés et de l'exposition de son intimité, le patient est également vulnérable de part l'environnement particulier de la réanimation qui lui est inconnu et qui lui est difficile à appréhender. Cet inconfort peut être lié aux bruits, à la lumière, aux odeurs mais aussi à la présence de câbles et de branchements ou à la mise en confinement (Kalfon et al., 2010). L'une des sources d'inconfort les plus fréquentes est le bruit incessant, perturbant le sommeil du malade. En effet, les divers branchements, alarmes ou machines ne sont pas stoppés durant la nuit et deviennent alors susceptibles d'entraîner pour lui un stress permanent. Il se peut qu'il ne perçoive plus l'alternance entre le jour et la nuit, provoquant alors chez lui une somnolence diurne excessive. Ces troubles du sommeil sont non seulement liés à l'environnement sonore ou lumineux, mais aussi aux antécédents personnels du patient et aux pathologies qu'il subit. Ils peuvent également être la conséquence de traitements, par exemple de ventilation mécanique, de sédation-analgésie ou de certains médicaments administrés (Chanques et al., 2014). L'absence de connaissance ou d'avancement de la temporalité peut également être source d'anxiété pour le patient. La situation contraignante d'être malade en réanimation le confronte directement à la réalité du temps présent et la place accordée au futur et au passé est reléguée. Privé également de déplacements, le patient peut ressentir un isolement vis-à-vis du reste du monde. Le sentiment d'être loin de ses proches est en ce sens susceptible d'accentuer cette solitude (Kazek, Armand, 2015). Même durant leur visite, une frustration est susceptible de naître par exemple si le patient est trachéotomisé et ne peut pas s'exprimer. Enfin, l'attache du patient pour l'empêcher d'enlever certaines machines nécessaires à sa survie est également source de stress et peut être vécu comme une

véritable contention. La brutalité de tous ces éléments engendre de la frustration mais également une angoisse constante. Cette situation d'immobilité et d'isolement altère, de ce fait, à la fois le fonctionnement physique et social des patients.

Ainsi, tous ces éléments traumatisants ont des conséquences néfastes sur le patient lorsqu'il est en réanimation. Mais ils peuvent également avoir des effets de long terme et entraîner un syndrome post-réanimation, présentant même après sa sortie des symptômes allant de l'anxiété à la dépression (Chanques et al., 2014).

1.2.1.4 De lourdes séquelles sur le long terme

Il découle, en effet, des constats précédents, que la prise en soin et l'environnement de la réanimation est susceptible d'entraîner des conséquences de long terme pour la patient. Durant sa période en réanimation, il fait face à un environnement inconnu, à la solitude mais aussi aux troubles du sommeil, à la dépression et possiblement aux troubles psychiatriques (Boles, Jousset, 2011), entraînant pour lui de lourdes répercussions sur son psychisme. Ces traumatismes se regroupent sous la terminologie de "*syndrome post-réanimation*" ou "*syndrome post-soins intensifs*", se définissant par des "*séquelles importantes, physiques, psychiques ou cognitives*" (Cinotti et al., 2020) ayant pour effet une réduction de la qualité de vie ainsi qu'une situation de handicap et de dépendance importante. De nombreuses personnes passées en réanimation le racontent.

« Je ne veux pas me rappeler. Ça a été trop intense pour moi. »

Ancien patient, consultation post-réanimation, mars 2023

Le syndrome post-réanimation peut prendre différentes formes. Ces dernières vont de troubles du sommeil à l'anorexie, en passant par d'importants troubles d'anxiété, de la dépression ou même du delirium (Chahraoui, 2014), caractérisé par un état de confusion soudain et temporaire. L'accompagnement par l'équipe soignante est donc primordiale pour évaluer les conséquences des soins intensifs sur l'état de santé du patient (Minjard, 2019). Elle se réalise par exemple par la mise en place de consultations post-réanimation. Prises en charge principalement par le médecin réanimateur et un infirmier ou infirmière, ces consultations nécessitent une coordination entre tous les différents acteurs en présence : l'équipe de soin, la famille ainsi que le patient. Le but est de revenir sur les éléments du séjour, de pouvoir régler les pathologies non prises en charge mais également d'avoir un retour du patient sur les soins qu'il a subi. Cette vulnérabilité, présente en post-réanimation, peut également avoir un impact sur les proches, eux-mêmes affectés par la situation.

1.2.2 Les vulnérabilités des proches lors de leur venue en réanimation

Tout comme les patients, les proches de ces derniers sont également vulnérables lors de leurs visites en service de réanimation. Accueillis par l'équipe soignante à leur arrivée, ils font face à une situation inhabituelle à laquelle ils doivent s'adapter. Leahey et Wright (1991, p.401) permettent de définir le cercle des proches. Ils considèrent que *“la famille est constituée d'une ou plusieurs personnes unies par des liens de partage et d'intimité. Tout groupe qui s'identifie comme famille est une famille.”*. La réanimation reçoit donc tous types de publics, que ce soit des personnes âgées, en situation de handicap, des enfants, des adultes. Elle accueille aussi toutes formes de constructions familiales, que ce soit des familles nucléaires ou recomposées, ainsi que des groupes d'amis. Leur rôle est de constituer un soutien moral pour le patient, un interlocuteur pour le médecin mais aussi une aide à l'humanisation du patient pour les soignants.

1.2.2.1 Un manque de connaissances sur la réanimation

Arrivés en réanimation pour la première fois, les proches d'un patient sont informés par l'équipe soignante de sa situation, sur laquelle ils ne disposent d'aucun contrôle. L'organisation de l'accueil des proches et la création d'un environnement rassurant sont donc primordiaux pour limiter les sentiments de stress et d'inconfort qu'ils peuvent éprouver (Vigué, Radiguer, 2020). Présenter, indiquer et expliquer, leur permet de mieux appréhender les lieux de la réanimation et de se lier à ces derniers avec qui ils sont pourtant étrangers. Vigué et Radiguer expliquent que :

“Le lieu et la façon d'informer chaque famille doivent être préparés. Il existe des points importants : créer un environnement, un cadre favorable, réfléchir à comment donner les nouvelles, prendre du temps pour discuter d'informations supplémentaires que le patient ou ses proches désireraient avoir et, enfin, apporter réassurance et aide affective.” (Vigué et Radiguer, 2020, p.254)

Ce temps d'échanges est un moment propice à la transparence et à l'authenticité de l'équipe sur l'état de santé du patient permettant ainsi aux proches de s'ouvrir à leur tour. Le but étant de créer un *“espace de rencontre entre « l'accueillant » et « l'accueilli »* (Bérard, 2005, p.103). Un dialogue et une relation de confiance entre les proches et l'équipe soignante (Bérard, 2005) ouvre en effet à la possibilité d'un climat propice à une bonne prise en soin du patient. Il convient également de relever comme le fait Legrand (2010), que

certaines familles ne parviennent pas à intégrer les informations données par l'équipe médicale, provoquant chez eux une certaine anxiété. Pour pallier ce manque de contrôle sur la situation, elles tiennent à être assurées du confort du patient, de la qualité des soins médicaux et que le maximum est mis en œuvre pour le guérir (Vigué, Radiguer, 2020).

1.2.2.2 Les proches, entre attente et incertitude

À ce premier accueil, fait suite une attente indéterminée plongeant la famille et les amis du patient dans un espace-temps particulier. Dans l'inconnu du service de réanimation, ils font face à l'incertitude et au doute concernant son état de santé. Cette incertitude dans laquelle ils sont plongés provient selon Cresson (2000) à la fois de la dimension affective reliée à la possibilité d'une mort subite du patient, mais aussi du risque cognitif lié à la crainte de la technicité de l'environnement et la présence des professionnels. Chaque intervention médicale entreprise (Legrand, 2010) est également source d'angoisse, du fait des risques qu'elle présente. Cette dernière peut être accentuée par le caractère parfois limité des échanges possibles avec le patient (Boles, Jousset, 2011). Le psychologue François Thomas décrit cette situation :

“Le patient est absent à lui-même et aux autres, on vient lui rendre visite mais on ne peut communiquer ni échanger, la relation a perdu sa réciprocité, renforçant le sentiment d'impuissance, parfois d'inutilité, et faisant par avance percevoir la perte de cet être aimé.” (Thomas, 2018, p.33)

Cette impuissance peut aboutir pour les proches sur une certaine culpabilité et favoriser leurs angoisses (Berard, 2005). Legrand (2010) découpe la situation des proches en trois temps : le fatalisme, l'espoir et la déconstruction de l'espoir. Le fatalisme est défini par le pressentiment d'une issue malheureuse de la part des proches du fait des diagnostics pessimistes des médecins. Le temps de l'espoir est une phase permise par la confiance dans les soins et les paroles délivrées par l'équipe médicale. En effet, la perception de la médecine comme efficace cumulée à l'abondance des machines, donne espoir à la famille et aux amis du malade. Enfin, le temps de la déconstruction de l'espoir apparaît notamment au travers des situations d'autres familles avec qui ils interagissent dans le service.

1.2.2.3 Une singularité de chaque proche

Chaque proche appréhende de manière différente le contexte de la réanimation qui leur est inconnu. Cela dépend notamment de leurs contextes familiaux, de leurs cultures, de leurs croyances mais aussi de leurs personnalités et de leurs antécédents

(Berard, 2005). En ce sens, une approche différenciée et un langage adapté suivant l'interlocuteur doivent être adoptés par l'équipe soignante. Le tout, en offrant un accueil ouvert et rassurant. Certaines réticences existent quant à la visite des enfants en réanimation, notamment du fait de la peur de les placer face à un environnement agressif, technique, clos et bruyant. Cependant, l'évolution de l'accueil des familles permet une meilleure ouverture à l'accueil des enfants. Leur accompagnement lors de leur visite en service de réanimation fait partie du "prendre soin" et doit leur permettre de mettre des mots sur leur vécu et leur histoire, tout en leur permettant de maintenir un lien avec le proche malade. Il existe à ce titre plusieurs recommandations, parmi lesquelles la possibilité ou non d'aller voir son parent, de ne rien lui imposer lors de la visite en chambre ou encore de ne pas se substituer au parent malade. Également, il s'agit de permettre à l'enfant d'appréhender l'environnement de la réanimation grâce à un accueil et un accompagnement personnalisé (Thomas, 2018) notamment par l'adaptation des connaissances du corps et du vocabulaire. Il a donc besoin de repères pour comprendre la situation, permis par des explications sur l'environnement et une communication transparente. À l'inverse, empêcher les visites peut créer de l'anxiété, un sentiment d'abandon ou même des angoisses liées à la potentielle mort du patient. Cependant, les enfants n'ont pas les mêmes besoins suivant leur tranche d'âge. Par exemple, un enfant plus jeune nécessite des explications sur le quotidien du patient alors qu'un adolescent a davantage besoin d'informations prédictives quant à l'avenir de son proche ainsi que sur le fonctionnement du service (Longueville, 2016).

Ainsi, nous avons mis en lumière combien le service de réanimation accueille des patients en situation de vulnérabilité et dépendant des soins administrés par l'équipe soignante. Ces différents soins, l'exposition de l'intimité du patient (Schrecker, Toupet, 2016) ainsi que l'environnement de la réanimation (Kalfon et al., 2010), peuvent causer des dommages sur la santé mentale et physique des patients, à la fois pendant leur séjour à l'hôpital mais aussi sur le long terme (Boles, Jousset, 2011). Dans cette épreuve, les patients impliquent aussi malgré eux leurs proches, qui peuvent notamment être angoissés au regard de leur état de santé (Vigué, Radiguer, 2020) ainsi que de l'inconnu et de l'attente (Thomas, 2018). Aussi, la singularité de chaque proche est à prendre en compte afin de proposer un accompagnement approprié (Thomas, 2018). Toutes ces vulnérabilités sont maintenant à mettre au regard de l'espace de la réanimation afin d'analyser comment ce dernier peine actuellement à les prendre en charge.

1.3 L'espace, un enjeu pour accueillir les vulnérabilités en réanimation

Loin d'être une "toile de fond passive" (Roxberg et al., 2020), l'espace de l'hôpital et particulièrement celui du service de réanimation implique et comprend des

relations mais aussi des topologies différentes, impliquant autant des aspects humains que non-humains (Roxberg et al., 2020). Sa vocation à accueillir et soigner des personnes gravement malades le rend actif dans l'accueil des usagers. Après avoir éclairci notre utilisation du terme "espace", nous exposerons les limites auxquelles il fait face pour accueillir les vulnérabilités : celles d'être divisé, particulièrement angoissant ainsi que transparent. Le lien entre espace et hospitalité est ensuite explicité, de même que la façon dont l'espace peut être rendu plus hospitalier en réanimation.

1.3.1 Éclaircir la notion d'espace

Longtemps étudié, le terme espace signifie, selon le CNRTL¹⁵, un "milieu idéal indéfini, dans lequel se situe l'ensemble de nos perceptions et qui contient tous les objets existants ou concevables". L'espace représente donc un ensemble de choses et de lieux qui peut être reconnu comme :

"Une expérience sensible, une somme de perceptions psychologiques, visuelles, tactiles, musculaires et de mouvements dans un lieu et une unité de temps donnés" (Godart, 2020, p.17).

Cette notion d'espace conjugue ainsi à la fois mental, psychologie, philosophie, social et physique. Ainsi, "par cet assemblage, elle (la notion d'espace) devient un code (social) permettant à la fois de borner, de délimiter, mais aussi de décrypter l'espace (social) considéré." (Godart, 2020, p.17). Dans son écrit *Espèces d'espace*, Percec (1974) amène également une réflexion sur l'espace et son sens en le décrivant successivement chapitre après chapitre. Cette succession d'espaces témoigne de sa manière de les appréhender. En effet, il décrit les espaces comme étant cloisonnés mais reliés, formant un éclatement construit. De plus, il décrit également l'espace comme indéfini et non marqué en affirmant :

"L'espace est un doute : il me faut sans cesse le marquer, le désigner ; il n'est jamais à moi, il ne m'est jamais donné, il faut que j'en fasse la conquête." (Percec, 1974, p.122)

L'espace se différencie de l'environnement tout comme du milieu et du lieu. En effet, l'environnement correspond davantage, selon le CNRTL, à un "ensemble de conditions matérielles et des personnes qui environnent un être humain, qui se trouvent autour de lui". Également, le milieu est défini par un "cadre, un environnement dans lequel vit quelqu'un, considéré comme conditionnant son comportement". Enfin, le lieu est différencié de l'es-

¹⁵ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

pace parce qu'il possède une identité, une appropriation humaine au travers d'une signification pour l'individu. Ainsi, cette recherche s'est concentrée sur l'espace comme moyen d'agir sur l'hospitalité par son aspect polymorphe qui lui permet d'englober les différentes perceptions de l'individu.

1.3.2 La réanimation, un espace peu adapté à ces vulnérabilités

1.3.2.1 Un espace multiscalaire

L'espace de l'hôpital et plus précisément celui de la réanimation est occupé par différents acteurs qui cohabitent dans le service. Retaillé (1997) parle de *"milieu doté d'une puissance capable de grouper et de maintenir ensemble des êtres hétérogènes en cohabitation et corrélation réciproque"*. L'individu, pensé comme acteur spatial, agit dans l'espace et l'occupe différemment en fonction de son rôle, ce qui a pour effet de segmenter ce dernier. En effet, les médecins et le personnel soignant possèdent de par leur fonction une forte familiarité avec le lieu (Stiefel, Marion-Veyron, 2018). Les visiteurs de leur côté, n'y sont que ponctuels, donnant à l'espace un aspect immédiat et instantané (Stiefel, Marion-Veyron, 2018). Cet aspect révèle également une différence d'usage du lieu du fait du rôle différent qu'ont les acteurs de ce dernier ainsi qu'une différence de temporalités dans l'usage du lieu. Les soignants l'utilisent dans l'urgence tandis que les proches y sont dans une attente difficile. L'espace fait ainsi face à cette confrontation de temporalités inhérente au contexte médical (Granier, 2002).

En réanimation, l'unité spatiale permettant d'assurer une bonne communication entre les différents acteurs du lieu n'est ainsi pas toujours permise (Gasquet-Blanchard, 2020). En effet, l'espace définit à ses dépens des démarcations et des limites sociales qui vont au-delà du physique ou du matériel pouvant ainsi devenir un obstacle à la communication. Il existe donc une dialectique socio-spatiale, impliquant une relation entre l'espace et les relations qui interviennent en son sein (Roxberg et al., 2020).

1.3.2.2 Un espace hostile

À ces segmentations de l'espace hospitalier, s'ajoute le fait qu'il est ressenti négativement par les patients et les proches. Au-delà du fait de s'y rendre pour visiter une personne en danger, il est considéré dans la pensée collective comme le lieu de la maladie mais aussi de la mort. Sa perception est très souvent associée à la crainte par le côté aseptisé du lieu mais aussi parfois à cause de sa position géographique excentrée dans

la ville. Du côté des patients, il peut de même être vu comme un endroit surprenant et déstabilisant engendrant ainsi une certaine angoisse (Stiefel, Marion-Veyron, 2018).

Le progrès technique des dernières décennies s'ajoute également à l'appréhension de l'espace hospitalier. L'occupation de l'espace par cette technologie omniprésente donne à voir un espace prêt à rejeter, à combattre la maladie et la mort (Granier, 2002). Jean-Philippe Pierron¹⁶ voit quant à lui une *"hypertélie du modèle biomédical"* en citant Simondon, expliquant que le système technique devient concurrent et impose ses normes à tous les usagers dans un but purement fonctionnel de l'organisation globale. La construction de l'espace de l'hôpital découle donc de l'adaptation aux nouvelles techniques médicales, contribuant à cette vision de l'hôpital comme *"machine à guérir"* et le rendant anxiogène pour les patients et les visiteurs. Cette angoisse peut être relative à la vision du corps malade relié à des tuyaux mais elle peut également provenir de l'ambiance globale de la réanimation. Pour le proche visiteur, ce qu'il voit peut s'apparenter à de la torture, pouvant convoquer un *"sentiment d'inquiétante étrangeté"* (Gey, 2006, p.64), le renvoyant lui-même à son propre corps. De même, l'individu est pleinement mobilisé, autant dans son ouïe par un fond sonore permanent que dans son odorat par des odeurs âcres (Gey, 2006). Enfin, cette perception de l'espace comme hostile peut dépendre de la différence ethnoculturelle (Nobre et al., 2011) entre les individus qui agit sur leur compréhension de l'espace et des soins.

1.3.2.3 Un espace transparent

La topographie des hôpitaux et en particulier du service de réanimation n'est également pas adaptée au maintien de l'intimité des patients (Dumont, 2019). Elle doit prendre en compte un équilibre entre d'une part la nécessité d'assombrir la mort et la maladie et celle de garantir un espace éclairé. La psychologue Hélène Riazuelo affirme que les hôpitaux sont *"des lieux qui paradoxalement mettent en pleine lumière la réalité de ce que nous sommes, confrontés à l'impuissant et à notre propre mortalité"*. Devenant un espace du quotidien, le service de réanimation s'impose comme lieu intime à ces usagers (Riazuelo, 2020).

Les améliorations dans la prise en charge des patients permettent à ces derniers d'être plus souvent conscients au moment de leur prise en charge et ainsi de la spatialité qui les entourent. Cependant, les problèmes spatiaux longtemps ignorés donnent lieu à des espaces non adaptés aux situations (Roxberg et al., 2020). Parfois, ces derniers peuvent être

¹⁶ Tirée d'une intervention de Jean Philippe Pierron *"Pourquoi penser le soin des lieux de soin ?"* lors du séminaire *Architecture et care* animé par Éric de Thoisy dans le cadre de la Chaire de philosophie à l'hôpital du GHU (Groupe hospitalo-universitaire) de Paris.

totallement fermés lorsque s'impose la nécessité de chambres d'isolement pour protéger le malade. Mais en parallèle, le service de réanimation est également un espace permettant une grande transparence. En effet, les chambres sont collées les unes aux autres donnant sur le couloir central, utilisé par les soignants et par les proches entrants dans le service. Les portes des chambres sont ouvertes et offrent la vue sur le reste du service mais aussi par la même occasion sur les différents patients dans les chambres pour permettre le suivi constant de leur l'état de santé par les soignants. De plus, une fenêtre est présente au sein du service de réanimation entre chaque chambre, permettant à chaque personne soignée de voir ses voisins de chambre (cf. figure 1).

Enfin, les oscilloscopes des patients sont également présents derrière les banques des soignants ainsi que dans la salle de staff, leur offrant un suivi constant des patients à n'importe quel endroit du service. Ainsi, la réanimation est un espace transparent, autant pour les patients que pour les proches (Kazek, 2015).

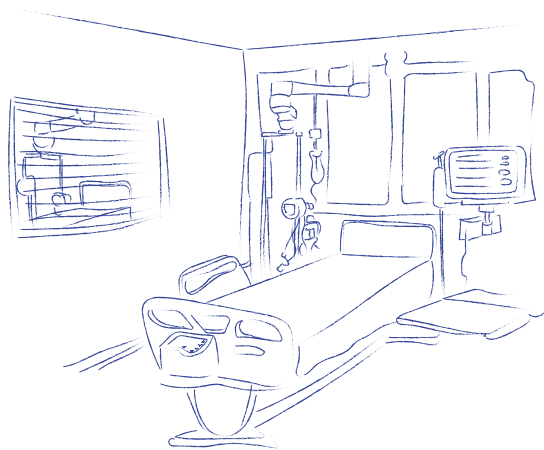


Figure 1 - Croquis d'une chambre de réanimation, Service de réanimation médicale, 2023, Léa Israel-Boos.

1.3.3 Espace et hospitalité en réanimation

1.3.3.1 Espace et soin

Le développement précédent met en lumière combien l'espace de la réanimation n'est pas adapté à l'accueil des vulnérabilités. En ce sens, il montre qu'il constitue un enjeu important dans la prise en soin des patients comme des proches (Roxberg et al., 2019). Van Manen (2014) parle du "monde de la vie" comme l'expérience existentielle des relations, des

corps, des espaces, du temps et du matériel. Dris (2004) définit l'espace comme "le support d'un ensemble d'interactions situées et circonstanciées" (p.180). L'espace comprend donc une dimension sociale de laquelle il est indissociable. Les acteurs qui la composent dans le cas de la réanimation sont les proches, les soignants et les patients. L'espace est contraint par leurs actions et les contient. Il devient ainsi partie-prenante du soin et soutien de la puissance d'agir des soignants et des soignés. La portance du lieu rend ainsi le soin possible (Pierron, 2023).

Le domaine de la psychologie environnementale aborde cette relation entre espace et soin. En effet, elle interroge, sous les termes de *healing environments* (environnement de guérison) ou *healing spaces* (espace de guérison) comment l'environnement peut être vecteur de guérison pour aider le patient à se rétablir (Dodeler, 2014). Par là, le but est non seulement d'accompagner la guérison par l'espace, mais également de concevoir des hôpitaux moins vecteurs de stress et d'anxiété. Le philosophe Heidegger explique quant à lui que "le trait fondamental de l'habitation est [le] ménagement". En 1951, lors de sa conférence "Bâtir Habiter Penser", il relie le mot *bauen* signifiant bâtir en allemand à trois notions : celle d'habiter, celle d'habiter dans la manière dont les mortels sont sur la terre ainsi que celle d'habiter dans un *bauen* qui donne ses soins à la croissance et à l'édification des bâtiments. Bâtir n'est pas seulement habiter au sens simple du terme mais il s'agit, selon lui, d'une composante essentielle dans le fait d'être. Sa réflexion l'amène donc à développer la définition de ce qu'est l'habitation renvoyant, de par ses origines sémantiques, aux termes "épargner" et "ménager". L'espace et son aménagement, à savoir sa fonctionnalité et sa matérialité, sont donc inévitablement liés au ménagement et donc au soin. L'éthique d'hospitalité doit participer à préserver ce lien entre espace et soin (Delanoë-Vieux et al., 2019). C'est pourquoi dans une éthique de l'hospitalité qui passe par le bâtir, aménager n'est pas dissociable du ménagement.

Basés sur cette réflexion de relation entre espace et soin, des premiers travaux ont émergé. En 1860, Florence Nightingale¹⁷, infirmière britannique ayant dirigé le service des urgences en Crimée expose, dans son ouvrage *Des soins à donner aux malades : ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter*, un ensemble de conseils utiles à la prise en soin du patient. Ainsi, elle est l'une des premières à aborder l'importance de la prise en compte de l'espace sur l'état du patient, notamment sur l'action des couleurs et des formes comme moyen de guérison.

Alvar Aalto¹⁸ se situe dans la lignée de cette pensée avec son travail sur le Sanatorium de Paimio en Finlande de 1929 à 1933, qu'il conçoit sur le principe du fonctionnalisme. Ce bâtiment, situé proche de la nature, a pour vocation de soigner et de rétablir des personnes atteintes de tuberculose. Il fait l'objet d'un travail sur l'architecture dans le but d'humaniser

¹⁷ Florence Nightingale (1820-1910), originaire de Londres, est une infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes et de l'utilisation des statistiques dans le domaine de la santé

¹⁸ Alvar Aalto (1898-1976) est un architecte, dessinateur, urbaniste et designer finlandais, adepte du fonctionnalisme et de l'architecture organique.

le soin. L'espace est pensé en fonction de son utilisation et des interactions pouvant s'y dérouler tout en prenant en compte le confort physique et psychologique des patients. Également, une réflexion sur la couleur dans le but d'apaiser les patients est réalisée en collaboration avec l'artiste Eino Kauria¹⁹.



Figure 2 - Réception, Sanatorium de Paimio, 1993, Alvar Aalto.



Figure 3 - Couloirs, Sanatorium de Paimio, 1993, Alvar Aalto.

1.3.3.2 La prise en compte des vulnérabilités dans l'espace hospitalier par l'hospitalité

Le soutien de l'espace pour accueillir les vulnérabilités dans le service de réanimation peut donc passer par le geste d'hospitalité. Pour rappel, l'hospitalité définit *"l'espace fait à l'autre"* (Verspieren, 2006). Elle révèle ainsi la possibilité d'un espace intermédiaire entre l'accueillant et l'accueilli mais elle permet aussi de porter une attention particulière sur l'altérité et la vulnérabilité d'autrui (Barrère, Grout, 2017). En réanimation, les vulnérabilités concernent, telles qu'elles ont été soulignées précédemment, à la fois le patient et ses proches. Le patient, du fait de la cohabitation avec la technologie, du dévoilement de son intimité et de l'anxiété liée à l'environnement qui l'entoure, pouvant ainsi déboucher sur des séquelles sur le long terme. Les proches, du fait de la rencontre avec un lieu étranger et l'incertitude concernant le futur du patient qu'ils sont venus visiter.

¹⁹ Eino Kauria (1903-1997) est un artiste finlandais spécialisé dans la peinture décorative et l'incrustation de bois.

Accueillir ces vulnérabilités signifie à la fois accueillir les individus mais aussi l'individu. L'individuation, définie comme la distinction d'un individu du reste du groupe, le fait d'exister dans sa singularité, doit être préservée au travers du geste d'hospitalité :

" L'accueil est individuel, mais le bon accueil, même dans un accueil de groupe, est celui qui permet à chaque membre du groupe de se sentir accueilli personnellement à travers une reconnaissance à deux niveaux : d'abord comme membre du groupe et ensuite comme individu, comme personne privée dans le groupe." (Gouirand, 2011, p.186).

Ainsi, l'adaptation des espaces de soin en service de réanimation pour accueillir les vulnérabilités de tous peut rendre *"la relation spatialisée à autrui"* possible (Barrère, Grout, 2017).

1.3.4 Rendre l'espace de la réanimation plus hospitalier

Rendre l'espace plus hospitalier en réanimation pour les patients, les proches et les soignants passe par des questionnements autour de sa segmentation (cf. § 1.3.2.1), son hostilité (cf. § 1.3.2.2) et sa transparence (cf. § 1.3.2.3).

1.3.4.1 Les possibilités d'intervention sur l'espace en réanimation

En ce qui concerne la segmentation de l'espace en réanimation, il convient premièrement de permettre à tous les acteurs de le percevoir comme un espace d'échange ayant pour but final le soin. Ceci est permis par le geste d'hospitalité qui participe à créer un équilibre entre accueillant et accueilli (Rosberg et al., 2019). En effet, l'espace doit pouvoir être partagé tout en laissant à chacun la liberté d'exercer son rôle. Il est donc intéressant de s'interroger sur la place des soignants, familiers des lieux, au regard de celle des personnes accueillies et notamment des proches. À ce titre, l'espace de soin peut être rendu plus hospitalier par un travail notamment autour de l'arrivée en service de réanimation. Deuxièmement, la réanimation doit pouvoir offrir un sentiment de sécurité aux patients et aux proches. Malgré les contraintes liées à la sécurité sanitaire et matérielle qui peuvent renforcer le sentiment d'hostilité de l'espace, il convient de trouver un espace hospitalier évitant toute stigmatisation, enfermement, mise à l'écart ou éloignement. L'esthétique se déployant dans tout l'environnement, possède en ce sens un pouvoir d'agir important sur le sentiment de sécurité. Un parallèle peut être fait avec la vision qu'a Gouirand de l'aménagement du territoire :

“L’aménagement du territoire, sans que le public le réalise, est un art qui peut transformer un espace froid, sans attrait, quelquefois même repoussant en un endroit agréable et accueillant.” (Gouirand, 2011, p.221)

Il demeure donc possible au travers de l’espace de développer une dialectique entre la sécurité sanitaire et matérielle du lieu et le sentiment de sécurité, en évitant de les mettre en confrontation.

Enfin, la transparence de l’espace de réanimation peut également être adaptée pour prendre en compte les vulnérabilités des patients et des proches. Tout en gardant la possibilité de surveillance continue sur les patients, certains aspects peuvent être améliorés pour préserver leur intimité et éviter leur exposition aux regards des autres (Dumont, 2019). Pour les proches par exemple, l’entretien avec les médecins peut se dérouler dans une salle intime à l’écart (Vinatier, 2011).



Figure 4 - Balcon de l’espoir, Hospital universitario Virgen Macarena, Séville, Espagne, 2023, Dolores Gonzalez-Caro, Valle Blazquez-Romero, José Garnacho-Montero.

Ces aspects, caractéristiques d’un espace de réanimation, font partie des points centraux du projet *Balcon de l’espoir*²⁰ porté par Dolores Gonzalez-Caro, Valle Blazquez-Romero et José Garnacho-Montero et mené en 2023 dans une unité de soins intensifs²¹ au sein d’un

²⁰ Le projet *Balcony of Hope* : <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-022-06975-9>

²¹ L’unité de soins intensifs (USI) est la structure médiane entre le service de réanimation et l’unité de soins continus (USC). Elle prend en charge une défaillance unique sur une durée limitée et constitue avec l’USC l’unité intermédiaire entre la réanimation et les services de soins généraux hospitaliers.

hôpital universitaire Virgen Macarena à Séville en Espagne (cf. figure 4)²². Grâce à leurs connaissances sur les bienfaits de l’espace sur le malade, leur projet offre un espace accueillant aux proches aux côtés du patient. Un salon ainsi qu’une terrasse sont ajoutés à sa chambre, faisant ainsi deux zones distinctes, l’une à l’intérieur avec toutes les installations nécessaires au patient et l’une à l’extérieur pour avoir accès à la lumière du soleil et à la végétation. La surveillance de la santé du patient est maintenue par un système télémétrique. Ce travail, de par la place faite à la personne accueillie, peut être une image du geste d’hospitalité au bénéfice du patient mais également des proches. Cependant, certains freins peuvent intervenir au moment de sa mise en place, notamment par la quantité de place et de meubles dont il a besoin. Également, le service de réanimation, davantage contraint par la technicité de ses soins, doit pouvoir être adapté différemment en collaboration avec l’équipe soignante dans le but de produire des solutions faisables et durables.

1.3.4.2 Le design, vecteur de soin

La pratique du design peut accompagner la mise en place du geste d’hospitalité en réanimation. En effet :

“Lorsque l’hospitalité se retourne en hostilité, ce qui est le cas quand l’environnement renvoie le visiteur à son statut d’étranger au monde dans lequel il pénètre, un stress inutile s’ajoute à ceux directement liés à la maladie.” (Delanoë-Vieux et al., 2019, p.141)

Le design, par sa capacité d’adaptation à l’environnement en définissant, justifiant, racontant et réinventant sa pratique (Denoual, 2020) peut intervenir en faveur pour agir sur une habitabilité du monde (Findeli, 2015, p.49), et notamment ici du service de réanimation. Les méthodologies de design d’innovation sociale sont déjà appliquées dans le milieu hospitalier dans des laboratoires comme le Lab-ah²³ au GHU (Groupe Hospitalier Universitaire) de Paris et la Fabrique de l’hospitalité²⁴, le laboratoire d’innovation des

²² À notre connaissance, aucune étude de cas de projets de design d’espace en service de réanimation n’a été menée.

²³ Le lab-ah est une délégation culture et design qui a été créée le 1er septembre 2016 au sein du Groupement hospitalier de territoire du GHU de Paris.

Tous les projets du Lab-ah : <https://www.ghu-paris.fr/fr/le-lab-ah>

²⁴ La Fabrique de l’hospitalité provient du programme national « Culture à l’hôpital ». Une signature convention interministérielle a été faite en 1999 permettant la création d’un lien entre l’hôpital et la culture. Une délégation a ensuite été créée en 2001 à la culture rattachée à la direction générale. Elle se place comme une cellule d’accompagnement à la fabrication de l’hôpital de demain.

Tous les projets de la Fabrique de l’Hospitalité : <https://www.lafabriquedelhospitalite.org>

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Les designers deviennent ainsi accompagnants pour “aider à faire” ou à “monter en compétences”, tout en prenant en compte la perception qu’a le patient de sa prise en soin dans le but final d’améliorer son expérience (Pellerin, Coirié, 2017). La Fabrique de l’hospitalité entreprit notamment des travaux pour améliorer la prise en charge des patients et de leurs proches au travers de nombreux projets agissant sur l’hospitalité (Carrier, Bay, 2017). Ainsi, le projet *Bon séjour* agit en soutien au soin donné par les soignants en facilitant le parcours des patients. Il aménage l’hôpital de jour Saint François à Strasbourg pour accueillir différents moments de la journée au travers de différents espaces : le seuil, le vestiaire et la salle à manger (cf. figures 4 et 5). Une appropriation du lieu est également permise par la possibilité de lire, d’écouter, de déambuler dans l’espace. Ce parcours est pensé dans son ensemble pour assurer une continuité, offerte notamment par la signalétique. Des points d’ancrages sont également disposés pour se repérer, découvrir ou se détendre. Le choix des éléments graphiques et architecturaux ainsi que du mobilier laissent la place aux patients pour interpréter et s’approprier l’espace.



Figure 5 - Espace d’attente, *Bon séjour*, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, 2012-2015, La Fabrique de l’hospitalité et Care&co.



Figure 6 - Salle à manger, *Bon séjour*, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, 2012-2015, La Fabrique de l’hospitalité et Care&co.

Ce soin porté à l’environnement permet, comme le souligne Ezio Manzini, de prêter “attention aux choses”. Le designer-soignant donne ainsi à voir une certaine vulnérabilité en prenant en compte les aléas de la vie. Andrès ajoute :

“Les pratiques des designers soignants sur les objets rencontrent alors celles des usagers, des bricoleurs, des aidants et laissent entrevoir la possibilité d’un prendre-soin partagé, commun, attentif aux singularités et aux capacités de chacun.” (Andrès, 2017, p.102)

Ainsi, en s’insérant dans des processus existants et en y ajoutant ses forces (Ingold, 2011), le designer peut participer à tendre vers une “esthétique hospitalière” (Carrier et al., 2015, p.31) tout en prenant en compte les vulnérabilités existantes pour mieux les accueillir en milieu hospitalier.

Ainsi, cette première partie met en lumière combien les patients et les proches accueillis en réanimation sont vulnérables et en trace les causes. Elle montre la façon dont le geste d’hospitalité peut consister en une solution pour les prendre en compte de part l’égalisation des rapports qu’il permet. L’espace et le prendre soin étant liés, l’inadaptation de l’espace de la réanimation à l’accueil de ces vulnérabilités interroge comment l’éthique d’hospitalité peut participer à soutenir l’espace pour lui permettre un accueil singulier et efficient de l’individu accueilli au sein de la réanimation. Cet “espace fait à l’autre” décrit par Verspieren (2019) et permis par le geste d’hospitalité, peut être favorisé au travers d’une méthodologie de design attentive à la place de l’usager et à sa singularité, mise en œuvre au sein du service de réanimation. Cela fait l’objet de la recherche projet présentée ci-après.

← HALL 5
← SORTIE
PAR LE NIVEAU 0



Réanimation chirurgicale →
Accueil des familles →
Coordination des dons
d'organes (C.M.P.O.T) →

RÉANIMATION

Secrétariat de
chirurgicale et

Accueil des fam

← RÉANIMATI

← Accueil des f

← Coordination

← d'organes C.

Chapitre 2
**La démarche
de design
en réanimation**

2.1 La recherche-projet en design au sein d'un service de réanimation

2.1.1 Le cadre de la recherche-projet

Cette recherche-projet s'inscrit dans la réalisation d'un stage mené au sein de l'unité de réanimation du CHU²⁵ de Nîmes. Cette dernière regroupe trois services : celui de réanimation chirurgicale, celui de Surveillance Continue (RUSC) et enfin celui de réanimation médicale, principal porteur du projet. Une unité exploratoire de design, la cellule design, fut inaugurée dans ce dernier par la designer et docteure Marine Royer. Un workshop avec les étudiants du master Design Innovation et Société de l'Université de Nîmes s'y est également tenu. Plusieurs projets furent ensuite mis en place par la designer Julie Calmettes dans le cadre de sa recherche intitulée *“Le care partagé en réanimation, (sur) vivre à plusieurs”* (2022)²⁶, réalisée lors de son stage de master. Par la suite, elle initia une thèse intitulée *“Contribution à une amélioration de l'accompagnement des acteurs (patients, soignants et proches) dans le cadre du syndrome post-soins intensifs : approche recherche-projet par le design dans le service réanimation du CHU de Nîmes”*, dont le présent stage s'inscrit en soutien à la première phase : l'enquête de terrain.

En parallèle de l'accompagnement apporté à la thèse de Julie Calmettes, se déploie dans le cadre de notre stage la recherche-projet décrite dans ce mémoire, sur le terrain d'expérimentation qu'est celui du service de réanimation médicale. Des problématiques liées à l'accueil furent initialement mentionnées par ce service, précisant de nombreux besoins à cet égard. Parmi ces derniers, le manque de compréhension des proches des patients quant aux moyens de se signaler au sein du service et au chemin à emprunter, engendrant des interruptions fréquentes de tâches pour les professionnels pour les accueillir. Ce point de départ permit ainsi de questionner les origines historiques de l'hospitalité (cf. § 1.1.1), son implantation en contexte hospitalier (cf. § 1.1.2) ainsi que son lien inhérent à la question de l'intimité (cf. § 1.1.3). Il engendra également une analyse des multiples vulnérabilités vécues par les patients et leurs proches dans un service de réanimation tel que celui du CHU de Nîmes (cf. § 1.2). Enfin, l'étude de l'espace du service de réanimation (cf. § 1.3) ouvrit un questionnement sur les potentielles vertus du geste d'hospitalité permis par l'utilisation d'une méthodologie de design (cf. § 1.3.3 et § 1.3.4).

L'intérêt de la présente recherche-projet est ainsi de questionner les façons de mettre en place un parcours d'hospitalité favorable à la prise en compte des vulnérabilités des

patients et de leurs proches. Ce travail sur l'espace fait l'objet d'une attention particulière portée à la notion d'intimité, cette dernière étant considérée comme une vulnérabilité essentielle au regard du chapitre précédent. Il convient alors de poser la question de projet suivante :

Comment l'espace peut-il devenir un soutien effectif dans l'accueil des vulnérabilités en milieu hospitalier ? Le cas du service de réanimation du CHU de Nîmes.

La recherche menée sur la base de cette question de projet nous permettra de répondre à la question de recherche posée en introduction de ce mémoire. Pour ce faire, elle s'inspire de la méthodologie du *“Double Diamant”*, proposée par le Design Council en 2005 (Vial, 2017). Ce modèle se fonde sur quatre phases principales permettant de mener un projet de design : Découvrir, Définir, Développer, Délivrer. Également, la présente recherche-projet se veut être un *“design orienté sur les usages”* (Nova, Lécho, Kilchör, Fasel, 2015) (§ 2.3) par l'attention qu'elle porte sur ces derniers. En effet, elle présente à la fois une étude des comportements, des pratiques et des usages au travers d'entretiens, d'observations mais aussi de méthodes participatives auprès des usagers de la réanimation, dans le but d'activer un processus de création pour répondre aux besoins ainsi décelés.

Cette recherche-projet est ainsi menée au contact direct des usagers du service, à savoir en premier lieu le personnel de la réanimation : médecins, internes en médecine²⁷, médecins juniors, cadres de santé, infirmiers, aide-soignants, agents de service hospitalier, psychologues, secrétaires, kinésithérapeutes et assistantes sociales. Elle mobilise également les patients et leurs proches présents dans le service. Les patients ne peuvent cependant pas intervenir en tant que tel notamment à cause de leur état de santé et des possibles intubation, trachéotomie²⁸, ou coma²⁹ (cf. § 1.2.1).

De ce fait, ce chapitre tente de partager de façon thématique l'appropriation de cette méthode de design sur le terrain de la réanimation du CHU de Nîmes dans une recherche-projet exploratoire sur le parcours d'hospitalité. Elle regroupe des techniques impliquant le designer au sein de son milieu de recherche, relatives notamment à son observation et les interprétations qu'il en tire du milieu (cf. § 2.2). Elle possède aussi la caractéristique d'impliquer constamment les usagers du service (cf. § 2.3).

²⁷ Les internes en médecine sont en formation dans le service et sont sous la responsabilité d'un médecin senior.

²⁸ L'intubation est une sonde introduite par voie buccale ou nasale qui permet d'assurer le passage de l'air. Une trachéotomie, elle, permet le passage de l'air par une incision faite dans la trachée. Ces deux soins ne permettent pas au patient de parler.

²⁹ Le coma est un état où le patient est endormi et inconscient.

²⁵ Le CHU (Centre hospitalier universitaire) est un hôpital lié à une université permettant ainsi une formation théorique et pratique à des futurs professionnels de santé (médical, paramédical).

²⁶ Calmettes, J., *Le care partagé en réanimation, (sur)vivre à plusieurs*, 2022.

Ce mémoire de recherche se trouve sous le lien suivant : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03844685v1>

2.1.2 Le designer en service de réanimation : un rôle multiple

Afin d'assurer l'enquête menée sur le terrain, plusieurs rôles sont endossés par le designer pour permettre l'avancée d'un projet collaboratif entre les différents acteurs de la réanimation.

Premièrement, la posture de *“designer-enquêteur”* (Nova, 2021) est employée pour permettre une pratique du design en double mouvement alliant dans un même temps compréhension de l'environnement et intervention sur le terrain. Ensuite, le rôle de médiateur est endossé dans le but de favoriser un travail collaboratif effectif amenant au changement social (Catoir-Brisson, Royer, 2017). Ce rôle induit la fonction de facilitateur dans la prise de parole, notamment durant les ateliers participatifs de cette recherche. En effet, la construction d'un dialogue est inhérente à la réalisation d'un projet et essentielle entre ses participants (Delanoë-Vieux, Coirié, Coubard-Millot, Figuerola, 2019) en faveur de la recherche d'un *“consensus ou d'un apaisement”* (Catoir-Brisson, Watkin, 2022). Entre les savoirs du designer, expert de sa démarche, et les savoirs des participants, experts de leurs domaines, ce rôle se transforme parfois en celui de facilitateur (Royer, 2022). De même, employer le rôle de traducteur est primordial. Il place l'utilisateur comme expert de son sujet et le designer a pour fonction de le traduire (Côté, Bélanger, Gagnon, 2017) : il est alors *“traducteur des expériences des usagers”* (Catoir-Brisson, Royer, 2017, p.74). Au même titre, il convient de faire usage du rôle de *“connecteur de compétences”* décrit par Michela Deni (Deni, 2014), essentiel de part la pluralité des compétences intégrées et mobilisées dans le projet. Il donne lieu à une vision éclairée des besoins notamment par l'importance accordée à la considération transversale et globale de la problématique. Enfin, la présence sur le terrain de la réanimation lors de la démarche du projet induit un rôle informatif. Les informations relatives au projet doivent être transmises aux parties prenantes afin qu'elles aient une vision claire des objectifs de la recherche (Deni, 2014). Les actions entreprises tout comme l'explication de la démarche doivent être communiquées afin d'ancrer le design et le rendre visible pour les acteurs (Pellerin, Coirié, 2017).

2.1.3 Des limites inhérentes à l'hôpital : un possible frein à la démarche de design

La complexité de l'environnement d'un système de santé n'est pas sans poser certaines limites à la démarche de design employée dans le cadre de cette recherche-projet et notamment au regard des méthodes participatives. La participation des usagers peut être limitée et si elle manque, elle peut porter préjudice au projet (cf. § 2.3) (Catoir-Brisson, Watkin, 2022). En effet, le rythme de travail intense des soignants et la pénibilité qu'il implique (Benallah, Domin, 2017) peuvent constituer en une limite à leur participation à l'en-

quête. Les horaires et les imprévus relatifs au fait de travailler dans un lieu de soin comme celui de la réanimation sont parfois susceptibles de retarder ou d'entraver certains temps de travail collectifs. Cependant, des alternatives permettent de contourner le problème en proposant des temps de participation organisés sur un temps court, entre deux soins par exemple, dans un espace proche des chambres des patients pour pouvoir continuer à garder une attention sur leur état de santé.

L'espace hospitalier peut également reléguer le design à un degré d'urgence réduit comparé aux besoins des usagers de l'hôpital. Cet aspect démontre ainsi l'importance d'explicitier le rôle du design (Royer, 2022). A contrario, une attente trop importante peut être portée sur le projet de design. Mais, comme le souligne Royer (2022), ces projets qui demandent une certaine temporalité et une certaine implication sont davantage des accompagnants à l'existant que de réelles innovations.

2.2 Appréhender la complexité du milieu par l'observation

L'immersion au sein du quotidien du service de réanimation (cf. § 2.2.1) ainsi que l'observation participante (cf. § 2.2.2), nous impliquent dans le milieu et nous offrent une première série de données nécessaires à l'avancée du projet. En effet, afin de cibler la recherche et comprendre où se situent les besoins, une découverte du terrain de la réanimation du CHU de Nîmes est nécessaire. Cette investigation est ainsi utilisée dans les premières étapes de la recherche-projet et permet de passer du point de départ au projet (Nova et al., 2015), mais ces méthodes sont également utiles et employées tout au long de la phase de développement du projet.

2.2.1 Une immersion du quotidien : devenir familier du milieu

L'intégration directe et quotidienne à l'environnement de la réanimation et à l'équipe qui y travaille offre une immersion pérenne sur le terrain. Notre présence continue sur les lieux, autant dans l'enquête de terrain que pour les phases de test, permet de saisir les moments, les situations, les usages récurrents du service (Pellerin, Coirié, 2017) mais aussi les mouvements et les rapports entre l'espace et ses usagers (Hallauer, 2015). Cette méthodologie de design en résidence consiste ainsi en la traduction permanente du lieu qui permet à la recherche d'être *“spécifiée, contextualisée et singularisée par un travail de traduction continu, ininterrompu”* (Le Strat, 2018).

La permanence sur le terrain, utilisée par exemple pour des projets architecturaux, a ainsi comme objectif la compréhension plus claire de la complexité d'un environnement

permettant de devenir familier du lieu (Hallauer, 2015). Cette familiarité permet donc un contact direct et fréquent avec les équipes soignantes. Cette résidence donne également un socle de connaissances relatives au sujet de la réanimation et au contexte institutionnel de l'hôpital utile à la suite du projet (Guilloux, Le Boeuf, 2017). Enfin, cette posture permet de faire une ethnographie de l'engagement, relevant les soignants à mobiliser dans le projet pour finalement construire une recherche avec les personnes motivées du terrain (Royer, 2022).

2.2.2 Comprendre l'environnement de la réanimation par l'observation participante

En investissant le terrain quotidiennement, le designer adopte une méthodologie d'observation participante. Le sociologue Laplantine définit cet exercice comme une :

“activité résolument perceptive, fondée sur l'éveil du regard et la surprise que provoque la vision, cherchant, dans une approche délibérément microsociologique, à observer le plus attentivement possible tout ce que l'on rencontre.” (Laplantine, 1996, p.17)

Cette méthode comprend un cheminement sur le terrain doublé d'un engagement dans *“un processus d'attention et d'observation”* (Royer, 2022, p.9) où une attention particulière portée aux personnes doit notamment engendrer, comme le décrit Hilgers (2013), une maîtrise plus fine du terrain. Également, l'observation participante réalisée dans le cadre de l'enquête de terrain mais également tout au long de la conception des projets au service de réanimation du CHU de Nîmes, permet de nourrir une production de données précises permettant d'associer des données du terrain de la réanimation aux données théoriques. Elle permet aussi d'éliminer les idées préconçues en se focalisant davantage sur l'expérience des usagers (Royer, 2022). La captation de l'environnement (Delanoë-vieux et al., 2019) lors de cette enquête de terrain est réalisée au travers de prises de notes et de croquis (cf. figure 7). Ces derniers permettent en effet de capturer des données souvent difficiles à appréhender (Mourat et al., 2015). Ils offrent dans une certaine mesure un objet intermédiaire. La photographie, par la possibilité qu'elle offre de figer le moment et de représenter sa complexité, est également employée. Elle donne l'opportunité de capturer les mouvements, de se focaliser sur les détails mais également d'enregistrer la réalité sans possibilité de l'épurer. La globalité de ce qu'elle capture évite toute perte de données que peut engendrer la prise de notes furtive ou l'impossibilité parfois d'une description au travers des mots. Piette parle de *“double opération ethnographique”* (1998, p.1) par une observation directe et une deuxième observation des images prises.

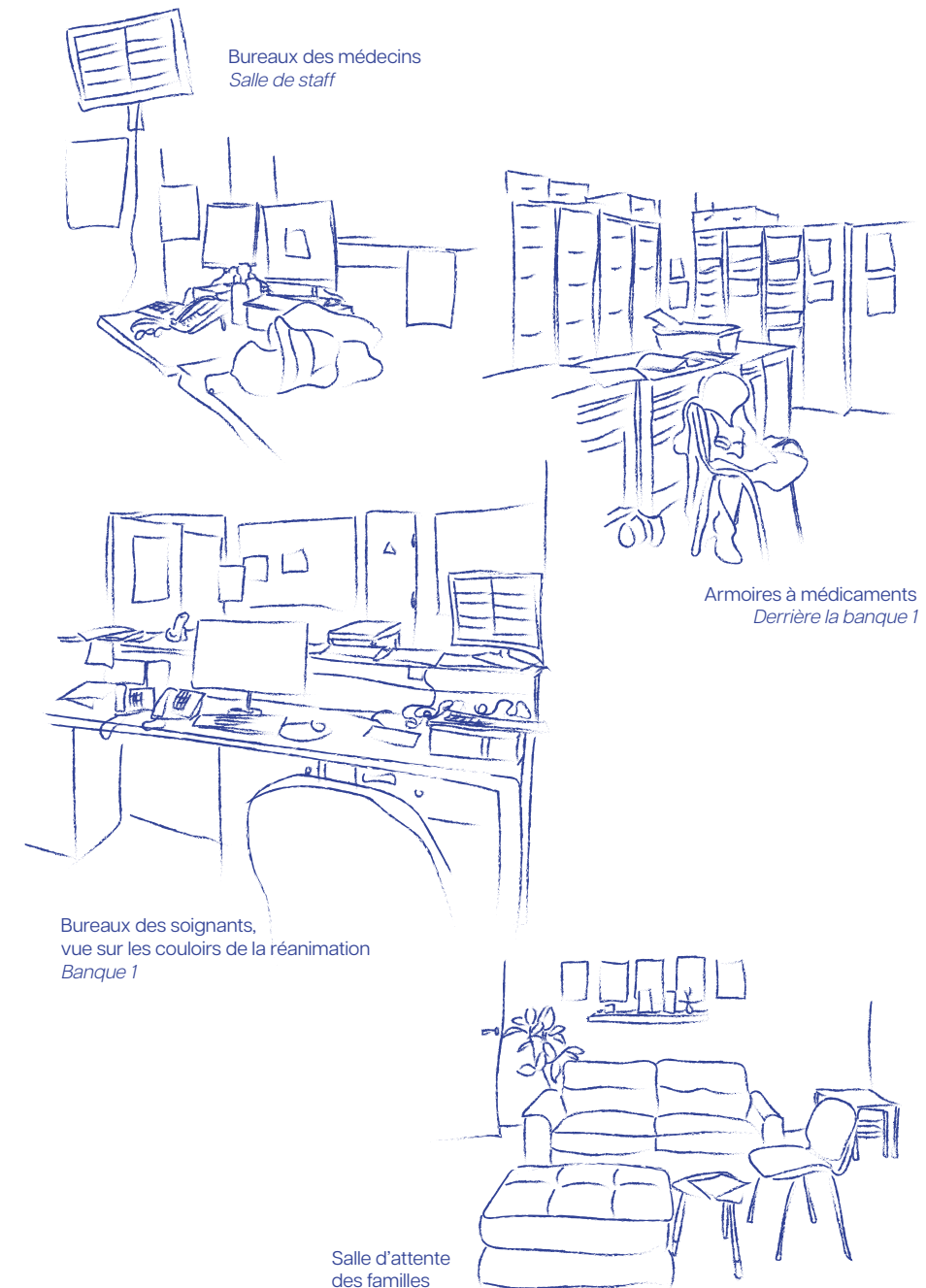


Figure 7 - Extrait de croquis d'observation, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, 2023, Léa Israel-Boos.

Plusieurs moments sont observés sur le terrain en employant cette méthode dans le but d'avoir une image de l'environnement global de la réanimation : les réunions du personnel, que ce soit du staff³⁰ en début de journée, du staff éthique ou avec d'autres professionnels du CHU ; le travail des équipes médicales et paramédicales au sein du service de jour et de nuit et notamment les soins ; les interactions entre les soignants ; et enfin la préparation des médicaments.

L'observation porte également sur le suivi post-réanimation. Il s'agit d'une phase exploratoire d'un projet initié par les équipes que nous avons pu accompagner. Ce suivi est caractérisé par des visites dans les services une semaine après le passage des patients en réanimation, et des consultations post-réanimation³¹ organisées trois mois après leur sortie du service. Il fait d'ailleurs l'objet d'une attention hebdomadaire³² permettant de consulter différents profils de patients sortis de réanimation. À ce titre, onze consultations avec d'anciens patients âgés de 54 à 84 ans sont observées entre février et mai 2023. Menées par un médecin et un infirmier, ces consultations abordent l'état de santé actuel du patient, sa prise en soin ainsi que son vécu en réanimation. Ce dernier aspect est particulièrement utile pour cette recherche car il permet d'avoir un retour direct sur l'environnement de la réanimation, le brouillage que peut percevoir le patient lors de son séjour, mais également sur l'aspect anxiogène et stressant de ce dernier. L'observation participante est également employée dans le cadre de l'enquête de terrain pour la thèse de Julie Calmettes et les entretiens semi-directifs qui y sont menés. En effet, en participant à ces entretiens semi-directifs, certains constats intéressants pour cette recherche-projet et relatifs aux vécus d'anciens patients et de leurs proches sont mis en lumière. Ainsi, onze entretiens avec des anciens patients âgés de 44 à 86 ans et sept de leurs proches sont observés entre avril et juin 2023 au CHU ou à leur domicile³³.

L'observation participante au sein du service et en post-réanimation, implique ainsi de décrire la pratique qu'en font les différents usagers que ce soit le personnel soignant, les patients ou les proches. Elle permet de décrire le quotidien des patients et leurs interactions avec l'équipe soignante, rendus difficile du fait de leur état médical. Ces observations impliquent d'analyser l'attitude des proches des patients de passage dans le service. Elles offrent une source de données primordiales notamment car la possibilité de les questionner est écartée par respect pour la situation émotionnelle difficile qu'ils traversent. Ainsi, l'observation post-réanimation dans le cadre du suivi médical et des entretiens semi-directifs

³⁰ Staff est le terme employé par les professionnels de la réanimation pour définir les réunions d'équipe.

³¹ Le but de ces consultations est dans un même temps d'améliorer les pratiques des équipes mais également de détecter un potentiel syndrome post-réanimation au travers de séquelles physiques et psychologiques du patient (Floccard, Delwarde, 2020).

³² Mises en place récemment, les observations et analyses faites sur les consultations post-réanimation font partie intégrante de la thèse de Julie Calmettes sur l'accompagnement du syndrome post-réanimation. Un récapitulatif des observations relatives aux consultations post-réanimation se trouve en annexe de ce mémoire, p. 116-117.

³³ Un récapitulatif des observations relatives aux entretiens semi-directifs de la thèse de Julie Calmettes se trouve en annexe de ce mémoire, p. 121-122.

de la thèse de Julie Calmettes est particulièrement pertinente car elle implique le patient et les proches qui sont difficiles à interroger voire à observer en réanimation. Cela permet ainsi de décrire la relation qu'ils entretiennent avec le service de réanimation. Les données récoltées au travers de ces différentes phases d'observations sont utiles à chaque étape du projet, permettant ainsi de nourrir continuellement notre recherche en réanimation.

2.3 Une implication constante des usagers

L'immersion et les observations participantes sont des méthodes débouchant sur une perception du milieu de la réanimation. Ces dernières permettent une première série de données utiles à toutes les étapes de la recherche-projet. Cependant, l'implication des usagers est indispensable (cf. § 2.3.1) tout au long du projet, à la fois pour aider à compléter la découverte du service, bien définir la problématique et le projet, mais également dans le développement et les phases de test. Cette implication de l'utilisateur aux côtés du designer se réalise concrètement au travers d'entretiens (cf. § 2.3.2), d'ateliers participatifs (cf. § 2.3.3) et de la mise en exposition de l'avancée du projet (cf. § 2.3.4), le tout de manière itérative permettant d'éprouver continuellement les idées avec les parties prenantes (cf. § 2.3.5).

2.3.1 L'utilisateur en service de réanimation : un rôle d'expert, indispensable au projet

Comme mentionné précédemment (cf. § 2.1.1), sont considérées comme usagers dans le cadre de cette recherche toutes personnes s'inscrivant sur le territoire de la réanimation à savoir les soignants, les soignés et les accompagnants (Carrier, Bay, 2017) mais également le personnel administratif. Ce cadrage de l'utilisateur offre une approche globale de la problématique tirée sur le terrain. Est considéré comme acteur du projet, tout acteur qui interagit, qui échange et qui sait (Royer, 2020).

Le patient, au-delà de son statut de malade, ne peut être réduit à son état de "bénéficiaire" du soin. Il doit être perçu comme un acteur réel de son soin et non comme un bénéficiaire passif (Barrier, 2019). Il est ainsi impliqué dans l'usage du lieu, tout comme ses proches le visitant, malgré la ponctualité de leur passage en réanimation. La mobilisation des patients tout comme celle de leurs proches est donc minimale mais reste nécessaire notamment lors des tests. Les professionnels quant à eux sont les premiers usagers des lieux de par leur fréquence d'usage de ce dernier (Carrier et al., 2015). Leur implication est donc primordiale dans le projet. Ce dernier doit ainsi pouvoir prendre en compte tous ceux qui font usage du service (Barrier, 2019).

L'utilisateur, pris en compte dès l'origine du projet, permet donc de répondre aux besoins concrets et d'engendrer un questionnement autour de la problématique (Catoir-Brisson, Royer, 2017). Son rôle est appelé à être revisité et sa posture repensée en renversant les rôles pré-établis (Catoir-Brisson, Watkin, 2022) au travers de l'intelligence collective. Également, son implication pour porter le projet engendre sa bonne appropriation mais améliore aussi sa pertinence (Coiré, Delanoë-Vieux, 2021). Considérée comme "*une attitude et une force de changement dans la création et la gestion d'environnement pour les personnes*" (Sanoff, 2006), l'intelligence collective est mobilisée au travers de la conception participative. Sanders et Stappers (2008) la décrivent comme une créativité collective appliquée à l'ensemble du processus de conception. La participation des usagers du terrain leur permet de développer des connaissances, de générer des idées mais également d'élaborer des concepts. Un tel engagement peut être considéré comme une "*force stabilisatrice*" (Sanoff, 2006) par la possibilité donnée aux usagers de proposer des idées quant aux besoins évoqués relatifs à leur environnement. Rassembler des personnes autour d'un même objectif permet à tous d'avoir un impact dans la prise de décision mais également de trouver des propositions de solutions ensemble. Cette co-conception amène également la création d'une propriété collective (Donetto et al., 2015).

2.3.2 Les récits d'usages de l'environnement

L'implication des usagers aux côtés du designer dans cette recherche-projet est tout d'abord permise par des entretiens semi-directifs. Selon Imbert (2010), ce type de démarche offre la possibilité au designer d'affiner la description des processus au travers du recueil d'informations qualitatives avec les usagers pris individuellement, et ainsi d'appréhender d'autant plus la complexité des enjeux. Par l'instauration d'une relation de confiance et d'empathie, l'entretien est un moyen de comprendre la différence et l'altérité par une découverte de l'utilisateur dans sa manière d'agir et de penser (Kaufmann, 1996). Il permet une expression libre du participant mais aussi, du côté du designer, une récolte des données sensibles et précises sur le vécu de l'utilisateur. Les témoignages permettent d'avoir un regard différent sur l'environnement que ce qui peut être dit dans le service (Delanoë-Vieux et al., 2019) de par le cadre privilégié et privé qu'offre l'entretien.

Une série de dix entretiens semi-directifs avec différents professionnels³⁴ est ainsi entreprise de février à mars avec les personnes suivantes : un médecin, des internes en médecine, une infirmière, une infirmière matérielle, des psychologues, une cadre de santé ainsi que la secrétaire. L'objectif est de comprendre leur rôle au sein du service de réanimation mais également les interactions qu'ils entretiennent avec les patients et leur famille.

³⁴ Le questionnaire et le récapitulatif des entretiens semi-directifs menés se trouvent en annexe de ce mémoire, p.113-114.

Des entretiens téléphoniques sont également menés avec des anciens patients et leurs proches. Cependant, le temps imparti à ce projet rend difficile leur tenue. Ainsi, pour cette recherche-projet, le vécu des anciens patients est davantage recueilli lors de l'observation des consultations post-réanimation (cf. § 2.2.2). L'ensemble des entretiens semi-directifs permet donc d'appréhender plus en détail le vécu des usagers en service de réanimation que ce qu'offrent l'immersion et les observations. Ils relèvent la façon dont ils appréhendent l'environnement ainsi que leurs interactions, ici entre le personnel soignant et les patients et leurs proches.

2.3.3 Les ateliers participatifs avec les usagers : recueillir des besoins et exprimer des idées

Dans le cadre de l'enquête de terrain en service de réanimation du CHU de Nîmes, le design mobilise également les usagers au travers de moments de "*co-working*" (Deni, 2014), des temps amenant les participants à penser ensemble autour d'un objectif commun. Ceci, à la fois pendant la phase de découverte et de définition de la problématique, mais également durant le processus de développement et de test. Les ateliers participatifs, par cet "*espace-temps*" qu'ils offrent au partage libre, permettent un recueil de données auquel le designer peut ensuite donner forme (Delanoë-Vieux, 2022). Plusieurs techniques permettant de collaborer de manière créative ensemble (Sanoff, 2006) sont mobilisées par le design dans le cadre de ces ateliers participatifs. Des outils sont trouvés pour aider les usagers à trouver les changements qu'ils désirent opérer dans leur environnement. Des conditions favorables sont également mises en place pour favoriser la participation, la créativité mais aussi la mise en forme des idées des participants (Deni, Catoir-Brisson, 2019).

En parallèle des observations réalisées lors de cette phase d'enquête de terrain, un atelier sur l'accueil des proches en réanimation est également organisé. Il est mené à quatre reprises, accueillant ainsi différentes typologies d'acteurs de la réanimation (cf. figure 8). Le but de cet atelier est d'identifier des attitudes (Sanoff, 2006), en permettant aux soignants de verbaliser les problèmes qu'ils décèlent. Parmi eux notamment, celui du signalement des proches à leur arrivée en réanimation, mais également le manque de compréhension de leurs attentes au sein du service. L'atelier offre également aux soignants la possibilité de proposer des solutions alternatives aux enjeux relevés, en générant des idées (Sanoff, 2006). À cet effet, des outils sont imaginés pour les guider dans leur réflexion (Sanders, Stappers, 2008). Une série de cinq questions leur est notamment posée à propos de nouveaux moyens d'accueil pour les proches. En l'occurrence, elles traitent du possible moyen utilisé pour leur permettre de signaler leur présence ou se repérer dans le service, des informations à leur transmettre à leur arrivée et le type de canal d'information à utiliser à cet effet, mais également de l'objectif principal de l'accueil selon eux.

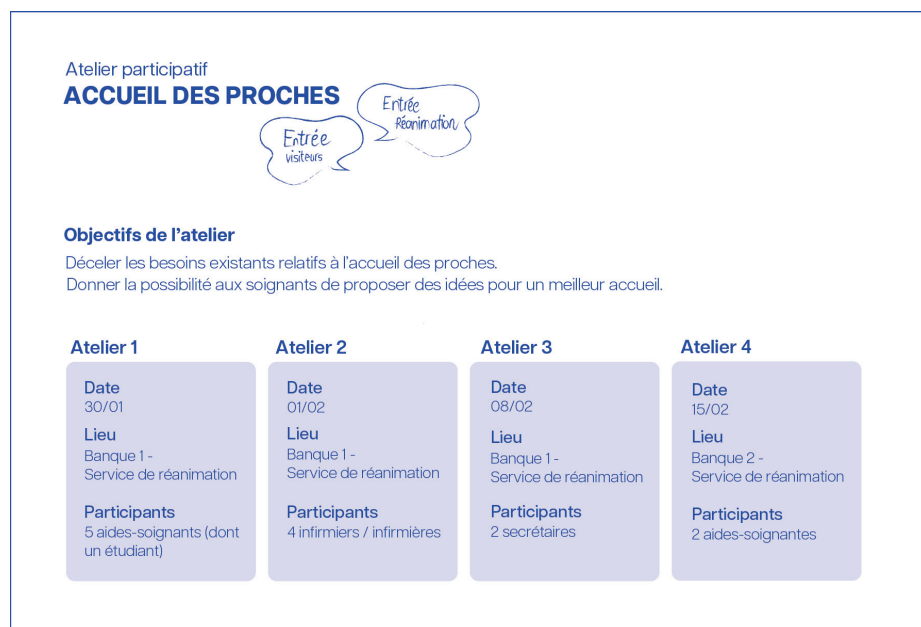


Figure 8 - Atelier Accueil des proches, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, 2023, Léa Israel-Boos.

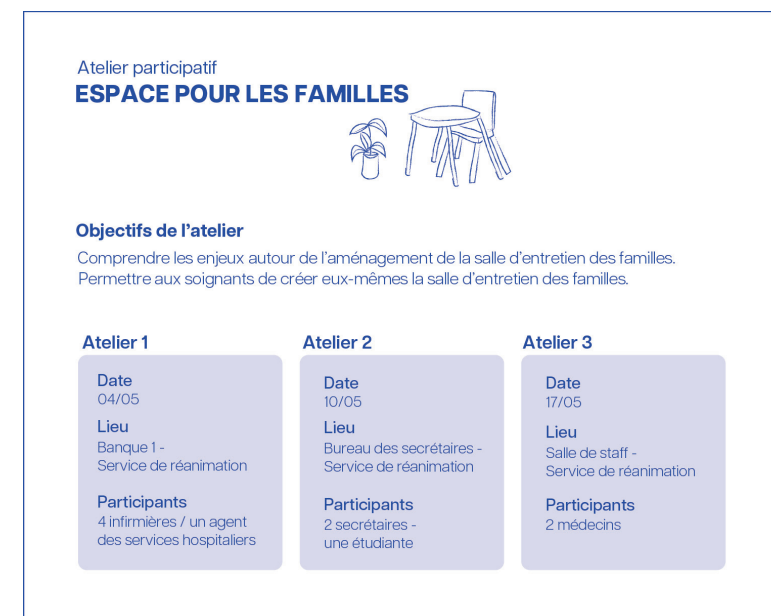


Figure 9 - Atelier Espace pour les familles, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, 2023, Léa Israel-Boos.

Des illustrations de diverses possibilités pouvaient être placées sur un support de médiation présenté sous forme de panneau pour "équiper la conversation" (Catoir-Brisson, Deni, 2019, p.3).

Cet atelier participatif redonne ainsi la parole aux usagers en leur donnant la possibilité de s'approprier réellement le projet et sa problématique. La discussion qu'il engendre offre au designer la possibilité de renchérir pour libérer leur parole (Catoir-Brisson, Watkin, 2022) mettant ainsi en place une "coopération dialogique" entre les participants (Catoir-Brisson, Deni, 2019, p.3). Enfin, l'analyse des idées évoquées lors de ces ateliers, est exposée à l'ensemble de l'équipe soignante³⁵ sous forme de supports de médiations affichés en salle de staff. Les soignants peuvent ainsi prendre connaissance de la démarche en cours et ce faisant continuer de s'approprier le projet (Catoir-Brisson, Watkin, 2022) en réagissant aux différentes propositions.

Une fois l'état des lieux réalisé, une mise en création des idées préalablement proposées est initiée (cf. § 3). Des ateliers de co-conception sont organisés quant à l'aménagement de la salle d'entretien des familles (cf. figure 9), espace accueillant les entretiens entre la famille et les médecins (cf. § 3.2.2). L'objectif est ici de proposer des outils à prendre en main par les usagers pour générer des idées (Sanoff, 2006) afin d'imaginer des solutions en réponse



Figure 10 - Photographies des ateliers, Espace pour les familles, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, mai 2023, Léa Israel-Boos.

³⁵ L'analyse des besoins et les idées proposées par les participants lors de ces ateliers participatifs sur l'accueil des proches se trouve en annexe de ce mémoire, p.121-122.

aux différents besoins évoqués (Catoir-Brisson, Watkin, 2022), relatifs à l'aménagement de cette salle. Durant cet atelier, les participants peuvent ainsi construire l'espace pour les familles tel qu'ils l'imaginent grâce à une maquette. Différents types de mobilier représentés sur des supports en papier sont à leur disposition. Il s'agit de meubles à poser sur le sol (armoires, étagères, tables, chaises, bureaux, plantes, lampes, fauteuils, paravents) et d'objets plus légers pouvant être fixés au mur ou posés sur des meubles (plantes, documentation sur la réanimation, mouchoirs, verres, décoration murale, porte manteau, lampe, ordinateur). Cet atelier en appelle ainsi à la mise en forme des idées et à la créativité des usagers, (Deni, Catoir-Brisson, 2019), qui peut notamment être activée et facilitée par l'utilisation d'images. Catoir-Brisson et Jankeviciute (2014) précisent que dans le cas d'un entretien outillé, cette stimulation de la créativité engendre une certaine satisfaction pour les participants au travers de l'artefact qu'ils produisent. Les trois propositions d'aménagements faites durant les ateliers sont ensuite représentées sous forme de croquis pour ensuite être exposées à l'équipe³⁶. Ceci, pour que les soignants non mobilisés durant les ateliers aient également l'occasion de donner leur avis sur ce nouvel espace.

2.3.4. Valoriser le projet par la mise en exposition

Au-delà de l'exposition des résultats des différents ateliers, l'exposition de l'ensemble de l'avancée du projet à l'ensemble de l'équipe au sein de l'environnement de la réanimation, consiste également en une façon d'impliquer continuellement les usagers dans la recherche-projet. Ainsi, l'exposition rend visible l'analyse de l'observation du terrain, les pistes d'idées pour le projet, les analyses et les propositions faites durant les ateliers, mais aussi, dans certains cas, la justification d'une idée de projet en pause dû à l'attente d'une réponse institutionnelle. Cette exposition est réalisée en salle de staff afin d'être accessible à tous les professionnels.

Elle a pour but de rendre accessible et visible l'ensemble des données sur un seul et même support. Une telle mise en visibilité de la démarche de design passe également par la création d'un dispositif permettant une autonomie de l'utilisateur (Auziol, 2020). En effet, Royer (2020) souligne qu'une présentation de l'avancée et des idées doit être faite tout au long du projet aux personnes présentes sur le terrain. Elle nomme l'"*accrochage-in-progress*" ce moyen de communiquer l'ensemble de la démarche employée, l'exposition du diagnostic ainsi que la soumission des idées tout en offrant aux usagers de participer. Ces derniers peuvent intervenir, dans certains cas, sur l'affichage les rendant ainsi, contributeurs du projet. Cet aspect permet donc un certain mouvement sur l'affichage. Par ce moyen, le

³⁶ Les propositions d'aménagement proposées par les participants lors de ces ateliers participatifs sur l'aménagement de l'espace pour les familles se trouvent en annexe de ce mémoire, p.123.

projet s'en retrouve non seulement valorisé mais ce dispositif favorise également sa bonne réception par les usagers du service.

2.3.5 L'itération, un moyen d'éprouver continuellement les idées avec les parties prenantes

Le projet, par la méthodologie inclusive qu'il emploie, permet une co-production avec les acteurs du terrain engendrant ainsi une meilleure appréhension du sujet (Pellerin, Coirié, 2017). Ce faisant, il fait fréquemment l'objet de discussions avec les soignants sur les idées qui sont proposées, permettant ainsi une remise en question perpétuelle. Le terme d'itération désignant l'action de renouveler ou de répéter peut donc être utilisé. Ainsi, elle se déploie tout au long du projet afin de vérifier la véracité et la validité des idées.

L'itération se réalise en premier lieu par la discussion. Au sein de ce projet, les réunions se tiennent dans le cadre de la formation d'un groupe de travail (cf. § 3.3.1) regroupant différents corps de métiers. Il s'agit ici d'une mobilisation d'usagers volontaires qui s'engagent dans le projet (Haschar-Noé, Basson, 2019). Elles impliquent ainsi directement les soignants, leur permettant également de s'exprimer ouvertement sur les idées de projet émises et d'avoir une part dans la prise de décision (Sanoff, 2006). En considérant par exemple que le livrable imaginé à la suite des observations se doit à terme d'être pris en main par les acteurs (Pellerin, Coirié, 2017), cette participation et cette implication permises par ces discussions contribuent elles aussi à une meilleure acceptation du projet par ces derniers. Ces allers-retours dans les discussions offrent enfin aussi au designer de mieux appréhender les contraintes hospitalières et de comprendre dans son ensemble la complexité du terrain (Carrier et al., 2015).

L'itération se réalise également au travers de tests. Dans la démarche de recherche, s'inscrivent en effet également différents essais servant à éprouver les différentes idées et les différents scénarios mis en place (Pellerin, Coirié, 2017) (cf. § 3.3.1 et 3.4.1). Dans certains cas, des prototypes sont ainsi mis en place au sein du service pour être testés par les acteurs de la réanimation. Ainsi, il est possible d'en observer le fonctionnement et de pouvoir proposer des améliorations si besoin. Ces itérations de prototypage, permettent d'agir sur des "*objets intermédiaires*" et de passer de maquettes à un prototype fonctionnel (Catoir-Brisson, Royer, 2017). Dans la méthodologie de design, elles offrent ainsi la création d'un projet pérenne et effectif et l'évaluation de la pertinence des livrables directement au contact du terrain (Pellerin, Coirié, 2017) tout en continuant à inclure les parties prenantes dans le processus d'expérimentation (Coirié, Delanoë-Vieux, 2021). Les différents prototypes sont efficaces pour révéler les lacunes dans les idées et mettre en avant les problèmes à résoudre. Isa, Steinert et Liem (2015) identifient les vertus de cette méthode, en ce sens, que le processus de conception est nourri en idées, rendant ces dernières

plus innovantes et plus créatives, la pertinence du prototype s'accroît et enfin un retour rapide est possible en réaction au prototype. Ces itérations par le test permettent d'avoir des retours concrets du terrain sur la fonctionnalité du prototype (Guilloux, Le Boeuf, 2017) et ainsi in fine d'avoir un projet adapté au mieux aux besoins et aux contraintes du terrain (Carrier, Bay, 2017).

La méthodologie employée démontre ainsi l'importance de la prise en compte des usagers tout au long du projet, et notamment ici des soignants. Les observations participantes (Laplantine, 1996) permettent en premier lieu d'affiner notre connaissance de de la réanimation et de ses usagers. L'implication de ces derniers au travers de divers outils permet quant à elle des partages d'expériences primordiaux pour élaborer le projet (Delanoë-Vieux, 2022). L'itération qu'implique la méthodologie de design entraîne un questionnement continu des idées au travers de discussions et de tests. Elle met en lumière certaines contraintes présentes en milieu hospitalier (Carrier et al., 2015). L'utilisateur, ainsi mêlé aux questionnements relatifs à la recherche-projet, peut ainsi fréquemment exprimer ses besoins, proposer ses idées et donner son avis sur le projet (Sanoff, 2006). Cette méthodologie mise en place nous permet ensuite d'élaborer le projet détaillé ci-après.



Chapitre 3
**Le projet
sur l'hospitalité
en réanimation**

3.1 Le parcours d'hospitalité : présentation du diagnostic et des opportunités

Les données produites durant la phase d'enquête de terrain grâce à la méthodologie employée permettent de présenter un état des lieux des besoins au sein du service de réanimation du CHU de Nîmes (cf. § 3.1.1). Ce diagnostic donne lieu à la formulation de différentes opportunités de projet se voulant favoriser l'hospitalité (cf. § 3.1.2).

3.1.1 Le diagnostic du terrain : la formalisation concrète du parcours d'hospitalité en réanimation

Le diagnostic du terrain regroupe "un ensemble de thèmes résumant les situations observées" (Nova et al, 2015, p.89) lors de la phase d'enquête de terrain et permet de formaliser le parcours d'hospitalité au sein du service de réanimation. Il prend la forme d'une représentation des données alliant parcours usagers, verbatims, acteurs impliqués et espaces utilisés, permettant de rendre visible la compréhension du designer de l'espace observé de la réanimation. Cette représentation créative de l'ensemble des données³⁷ est affichée au sein même des locaux de la réanimation en salle de staff (cf. figure 11), relevant ainsi d'un acte de communication auprès du public (Nova, 2021). La présentation de ce diagnostic et des différentes connaissances acquises par le designer sur le terrain aux soignants du service de réanimation, leur permet de reformuler les besoins décelés (Pellerin, Coirié, 2017) et offre ainsi un diagnostic partagé (Carrier, Bay, 2017). Le format de présentation de la synthèse de l'enquête de terrain permet de rendre acceptable une vision du service par l'équipe soignante (Delanoë-Vieux, 2022) mais aussi de continuer à cheminer avec l'utilisateur vers la recherche de pistes de solutions (Carrier, Bay, 2017).

Dans la présente enquête de terrain, la représentation du parcours d'hospitalité ainsi réalisée permet de pointer les espaces où des besoins nécessitent d'accueillir une intervention par le design, en y prenant systématiquement en compte l'intimité des patients et des proches. Ces espaces identifiés par l'enquête de terrain sont l'entrée du service de réanimation, la salle d'entretien des familles, la salle d'attente, les couloirs et enfin les chambres des patients. La présente recherche-projet ne se limite cependant pas à ces espaces, du fait notamment de nouveaux points d'intervention mis en lumière par le travail d'itération réalisé auprès des soignants.

3.1.2 Les opportunités de projet

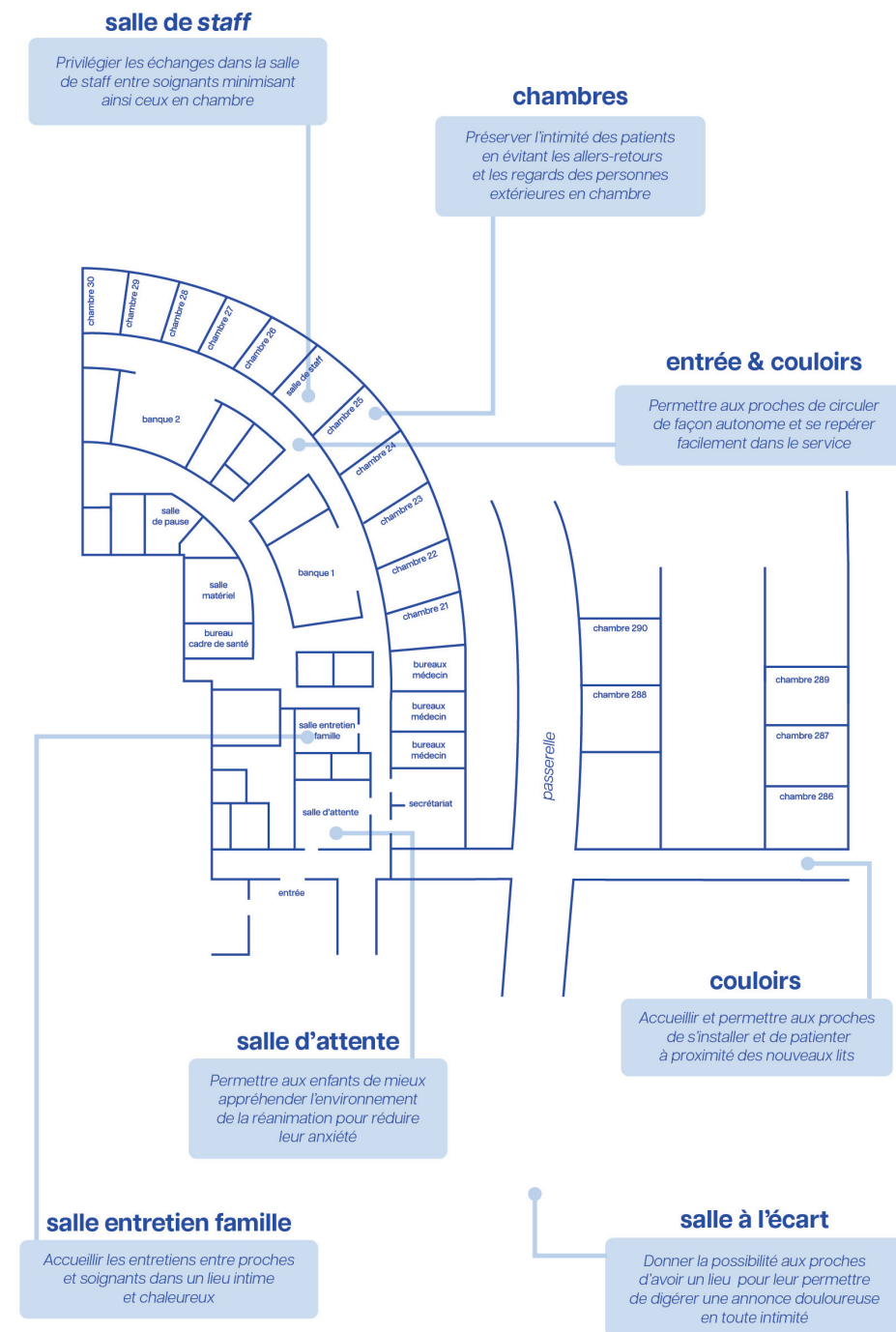


Figure 11 - Diagnostic simplifié de l'enquête de terrain, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, mars 2023, Léa Israel-Boos.

³⁷ La version complète du diagnostic du terrain est disponible en annexe de ce mémoire, p.124-127.

Cette synthèse des données de l'enquête, se couple à une formulation des idées en réponse aux besoins exposés (Guilloux, Le Boeuf, 2017). En effet, l'ensemble de la démarche a pour but de "transformer cette subjectivité recueillie dans une relation de confiance en réponses institutionnelles" (Delanoë-Vieux et al., 2019, p.150). Des stratégies alternatives sont donc pensées dans le but d'intervenir par le design pour le bien-être des usagers. Il est important de préciser que certaines solutions proposées sont davantage de l'ordre d'une optimisation de l'existant que d'innovations en tant que telles (Deni, 2014). Cette formulation des idées passe par le croquis dans le but de créer un échange (Pellerin, Coirié, 2017). Les scénarios élaborés sont ensuite discutés avec les équipes lors de réunions afin de valider les différentes propositions (Carrier, et al., 2015). Également, ces réunions cherchent à défier les usagers dans leurs préconceptions qu'ils pourraient avoir concernant certains aspects du projet (Pellerin, Coirié, 2017).

Du diagnostic et du débat d'idées avec l'équipe soignante, sont retenues six idées participant toutes à la réalisation de ce projet permettant la réalisation du parcours d'hospitalité au sein du service de réanimation du CHU de Nîmes : la création d'une salle d'attente minute (cf. § 3.2.1), l'aménagement de la salle d'entretien des familles (cf. § 3.2.2), l'élaboration d'un livret d'accueil pour les enfants (cf. § 3.3.1), l'ajout d'un complément de signalétique à celle actuelle (cf. § 3.3.2), la reconsidération des portes des chambres des patients (cf. § 3.4), la création d'une salle de repli (cf. § 3.2.3) ainsi que la création d'un tableau de communication (cf. § 3.4.2), idée qui émerge lors d'une itération par la discussion. Ce n'est qu'une fois ces idées présentées et discutées, que le processus de conception peut être enclenché (Delanoë-Vieux, 2022). Les différentes idées mobilisent les outils présentés précédemment (cf. § 2) afin d'aboutir, au travers de la participation des équipes soignantes, à des propositions de solutions. Ces dernières composent le présent projet et concourent ensemble vers l'objectif de fournir un soutien effectif dans l'accueil des vulnérabilités au sein du service de réanimation du CHU de Nîmes. Ainsi, les différentes parties de ce projet sont présentées dans leur ensemble au sein des sous-chapitres suivants. Ces derniers reviennent en détail sur les besoins qui les ont fait naître, à leur formalisation et leur évaluation par les principales parties prenantes. Enfin, il semble important de préciser que ce travail sur l'espace a pu faire l'objet de ralentissements quant à la mise en place de certaines idées notamment par la longueur des délais suite aux demandes faites à l'hôpital (cf. § 4).

3.2 Aménager les espaces d'accueil pour mieux accueillir

"L'accueil matériel : cette catégorie d'accueil correspond aux efforts faits pour aménager le lieu de l'accueil afin de bien recevoir celui qui arrive. Il peut n'y avoir aucun contact entre les deux partenaires, mais le fait que

celui qui reçoit ait mis tout en œuvre pour que le séjour de son hôte soit confortable et agréable est la preuve que ce dernier a été reconnu comme un "ami" et qu'il est traité comme tel." (p.52, Gouirand, 2011)

Au sein du service de réanimation, favoriser l'hospitalité passe par un travail sur les espaces accueillant les personnes extérieures. Deux espaces firent ainsi l'objet de notre travail : un espace d'attente *minute* et la salle d'entretien des familles.

3.2.1 L'attente en réanimation : un espace d'attente *minute*

Peu avant le début de notre recherche-projet, le service de réanimation du CHU de Nîmes agrandit ses locaux et ajouta cinq nouvelles chambres composées d'un lit à son actif, augmentant ainsi sa capacité d'accueil des patients. Ces nouveaux lits se situent à l'écart du service de réanimation (cf. figure 12).

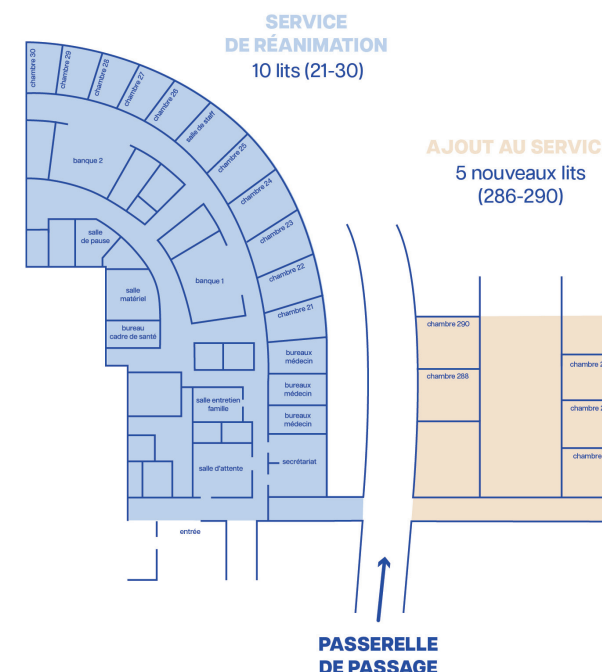


Figure 12 - Plan du service de réanimation, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, 2023, Léa Israel-Boos.

La nouvelle architecture ainsi élaborée présente, après observations et entretiens avec les soignants, un manque de prise en compte de la réalité du terrain et de ses usagers. En plus de provoquer des dysfonctionnements dans l'organisation des équipes et de mettre en lumière le manque évident de personnel de l'hôpital, la création de ces nouveaux lits implique un partage d'espace avec d'autres services. De plus, l'observation et les dires des équipes soignantes confirment un besoin évident d'un espace pour accueillir les proches. En effet, si après être arrivés et s'être signalés auprès des équipes soignantes, ils sont dirigés par ces dernières vers ces nouvelles chambres, ils se retrouvent dans un couloir de passage devant une porte coulissante sans connaître la nature des locaux dans lesquels ils se trouvent (cf. figure 13).

Après discussion avec les équipes soignantes, l'idée d'une salle d'attente *minute* pour les proches émergea donc (cf. figure 14). Son but étant, si l'attente de ces derniers est jugée restreinte par les équipes, de permettre aux proches de s'y installer temporairement avant de pouvoir visiter le patient dans sa chambre. En effet, cet espace d'attente serait placé à côté de ces 5 nouveaux lits, permettant ainsi aux familles d'avoir un endroit où s'installer en attendant de voir leur proche en chambre. La place impartie ne permettant pas la création d'une salle d'attente dans une pièce à part, l'espace utilisé se trouve donc être au sein-même du couloir central donnant sur les lits. La distance autorisée pour la création de cet espace dépend avant tout de la réglementation de l'hôpital d'où le choix de 3 chaises ali-



Figure 13 - Ancien aménagement, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, mars 2023, Léa Israel-Boos.



Figure 14 - Proposition d'aménagement, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, avril 2023, Léa Israel-Boos.

gnées et collées au mur. La salle d'attente minute doit donc permettre un passage optimal des lits médicalisés mais doit également préserver les flux d'usagers dans les couloirs tout en indiquant aux proches qu'ils s'y installent.

Une signalétique dédiée (cf. § 3.3.2) permet de notifier ce nouvel espace aux proches. Idéalement, la surface colorée au sol permet de définir la zone d'attente aux proches, instaurant ainsi cet "espace fait à l'autre" (cf. § 11.2.2) proposé par Verspieren (2006). Après discussions avec les soignants, la proposition a été adaptée selon les possibilités du service de réanimation (cf. figure 15).



Figure 15 - Photographies de l'aménagement de la salle d'attente minute, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, juillet 2023, Léa Israel-Boos.

3.2.2 Les entretiens entre proches et soignants : l'aménagement de la salle d'entretien des familles

Comme le précise les recommandations faites par la SRLF (Société de Réanimation de Langue Française) avec l'association Réaproche et l'IFEP (Institut Français de l'Expérience Patient), les proches du patient ont droit à un accès aux informations relatives à son état de santé. En ce sens, le rôle de la salle d'entretien des familles présente au sein du service de réanimation (aussi appelée salle des familles) est d'être un lieu d'informations pouvant accueillir à la fois les équipes soignantes composées des médecins, infirmiers, aide-soignants, agents des services hospitaliers et psychologues, ainsi que la famille

proche, tout en se situant à l'écart des chambres des patients. L'accueil des proches au sein du service de réanimation, considéré comme un soin, se doit ainsi d'être adéquat, de leur consacrer un temps certain pour l'informer sur la situation du patient et lui offrir une écoute privilégiée. Ces informations sont confidentielles, souvent délicates et abordent, dans certains cas, le sujet du décès. Elles doivent donc être données dans un lieu reculé, calme et intime de la réanimation (Vinatier, 2011) privilégiant un rendez-vous à l'abri des regards. En effet, une entrevue faite au sein même de la chambre du patient peut nuire à l'annonce faite mais également à la santé mentale des personnes présentes. Berard (2005) affirme que :

“Des réactions troublantes (tachycardie, désadaptation au ventilateur) ont été maintes fois observées, par plusieurs équipes soignantes, lors de l'entrée de certaines personnes dans les chambres de patients à la conscience fortement altérée, mais semblant toutefois percevoir et réagir. Pour une première entrevue avec la famille, ces conditions ne me paraissent pas des plus opportunes.” (Berard, 2005, p.102)

L'enquête de terrain révéla ainsi certaines insuffisances concernant l'aménagement de la salle d'entretien des familles. Dans le service de réanimation médicale, cet espace est actuellement utilisé non seulement pour informer les proches mais également pour accueillir les consultations post-réanimation. Les observations firent également état d'un espace clos et sombre doté d'une seule fenêtre donnant sur le couloir de la réanimation. Au centre de la pièce se trouve une table rectangulaire et quelques chaises. Un bureau avec un ordinateur est placé au fond de la pièce aux côtés de la fenêtre. Cet espace d'accueil pour les familles semble ainsi froid et n'est donc pas optimal au regard de la situation complexe dans laquelle ces dernières se trouvent (cf. figure 16). Or précisément, ce lieu est un lieu clé dans le parcours des proches du patient, car ils l'associent à l'annonce du diagnostic. On nous a, à ce titre, partagé :

“Le soir-même, je suis venue et les médecins nous ont accueillies dans une salle avec mes deux filles et nous ont dit : “votre mari, on ne sait pas s'il va se réveiller”. Je m'en souviendrai toujours.” Proche d'un patient, avril 2023.

“Actuellement, les soignants se mettent d'un côté et les familles de l'autre. On essaye de faire autrement mais on ne parvient pas toujours à le faire.” Proche d'un patient, avril 2023.

Précisant qu'il s'agit d'un espace qui doit permettre de rassurer les proches, les soignants soulignent que la segmentation actuelle de la pièce ne permet pas l'hospitalité. Cet espace et le mobilier qu'il comporte ne semblent donc pas adaptés à leur vocation pouvant même engendrer une certaine distance avec les soignants.



Figure 16 - Ancien aménagement de l'espace pour les familles, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, avril 2023, Léa Israel-Boos.



Figure 17 - Proposition d'aménagement de l'espace pour les familles, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, mai 2023, Léa Israel-Boos.

Au travers de son aménagement, la salle d'entretien des familles doit proposer un espace qui leur est adapté tout en prenant en compte la vulnérabilité associée aux informations données. À ce titre, Berard (2005) affirme :

“Je préfère le calme relatif d'un bureau libéré, où je reçois les familles en m'asseyant du même côté que mes visiteurs, pour ne pas ajouter la barrière du mobilier, et leur permettre de sentir par cette proximité que nous sommes là ensemble dans un même but.” (Berard, 2005, p.103)

En effet, indispensable à leur bien-être, l'espace doit être pensé en fonction de ces usagers (Vinatier, 2011) en proposant un lieu rassurant tout en préservant une égalisation entre l'accueillant et l'accueilli afin de proposer une pleine hospitalité (Verspieren, 2006). En effet, Vigué et Radiguer (2020) précisent :

“Le lieu et la façon d'informer chaque famille doivent être préparés. Il existe des points importants : créer un environnement, un cadre favorable, réfléchir à comment donner les nouvelles, prendre du temps pour discuter d'informations supplémentaires que le patient ou ses proches désireraient avoir et, enfin, apporter réassurance et aide affective.” (Vigué, Radiguer, 2020, p.254)

Pour créer cet espace favorable, des ateliers participatifs avec les soignants furent organisés et permirent de cibler trois propositions élaborées par ces derniers (cf. § 2.3.3). La proposition d'aménagement (cf. figure 17) finalement retenue par les soignants se traduit par une table ronde centrale entourée de chaises. Cette forme permet à l'ensemble des parties prenantes présentes lors d'un entretien de s'installer en évitant au maximum une segmentation de l'espace. Également des étagères sont accrochées au mur dans le but de poser les objets utilisés lors d'un entretien. Elles permettent ainsi non seulement d'y avoir accès rapidement mais aussi de ne pas les poser à la vue des proches. En effet, des brochures de décès et des mouchoirs offerts à la vue des proches dès leur entrée dans la pièce peuvent se révéler inconvenants et déplacés. Ensuite, un porte-manteau se trouve sur le mur en face afin que les proches puissent y accrocher leurs affaires et se sentir pleinement à l'aise dans la salle d'entretien. Aussi, un petit espace plus confortable se trouve dans un coin de la pièce. Suite à une annonce compliquée, les proches ont ainsi la possibilité de prendre un temps de calme à l'abri des regards des autres personnes présentes en salle d'attente mais également de l'équipe soignante en restant dans la pièce. Ceci, en s'installant sur une assise plus confortable. En face, dans l'autre coin de la pièce, le bureau et l'ordinateur sont préservés afin d'y avoir accès rapidement lors des consultations post-réanimation. Des aplats de couleurs sont posés au mur afin de délimiter ces deux espaces que sont celui du coin confortable et celui de l'ordinateur. Enfin, une plante

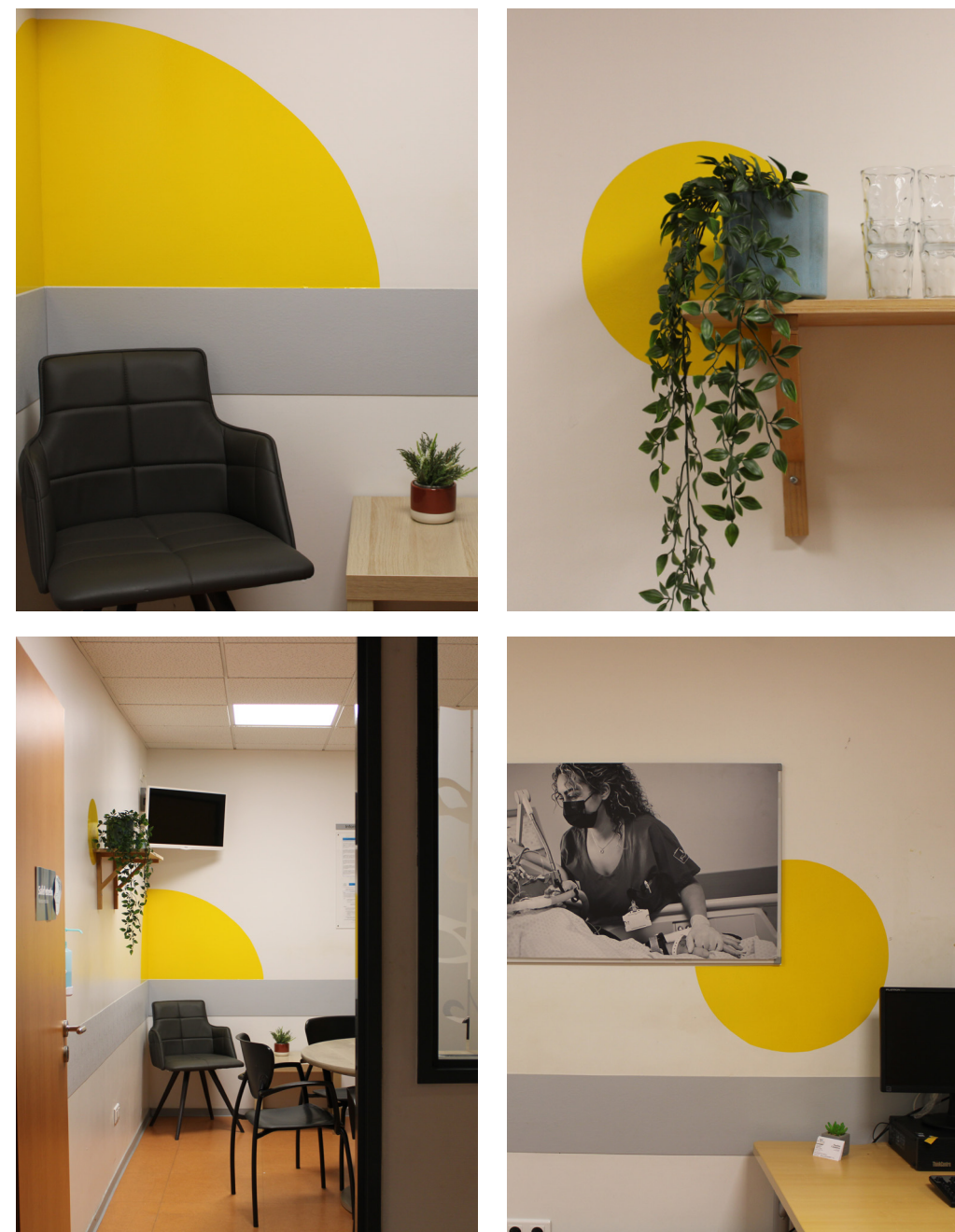


Figure 18 - Photographies de l'aménagement de l'espace pour les familles, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, juillet 2023, Léa Israel-Boos.

est posée sur le sol dans le but d'apporter une touche de verdure plus chaleureuse à la pièce. Cette proposition d'aménagement devait répondre à certaines exigences de l'hôpital concernant notamment le maintien de l'ordinateur dans la pièce, les règles d'hygiène en évitant tout mobilier avec textile mais également le coût financier qui devait rester limité. Après des discussions complémentaires avec les soignants, l'aménagement de la salle d'entretien des familles a été fait (cf. figure 17). Les meubles ont été cherchés dans des magasins d'occasion afin de se conformer aux moyens financiers du service. Les aplats de couleur sur les murs ont été faits en vinyle permettant ainsi de les changer si besoin. La photographie accrochée au mur provient d'une série photographique *Au cœur de la réanimation*³⁸ faite durant la période de Covid-19 par le photographe Rémi Targhetta. Les 47 clichés avaient pu être exposés dans le hall du CHU de Nîmes.

3.2.3 Préserver son intimité : un espace de repli

L'idée d'un espace de repli est ressortie au sein du projet suite à l'enquête de terrain révélant un manque d'intimité évident pour les proches au sein du service de réanimation. La salle d'attente, de par la proximité qu'elle offre, engendre souvent la création d'un certain soutien entre les familles, de discussions et de partages. Cependant, dans certains cas, il a été remarqué que le partage des lieux peut freiner certaines personnes dans l'expression de leur douleur. L'intimité nécessaire à son extériorisation n'est donc pas permise aux proches qui le nécessitent, ce qui peut se révéler sensible pour ces derniers. De plus, il se couple à un stress provoqué par l'attente et l'incertitude (cf. § 1.2.2.2).

“Là [en salle d'attente], ils [les proches] sont dans l'anxiété. Et ça monte, ça monte.” Secrétaire, janvier 2023.

“En général, ils sont super inquiets. Rien que le fait d'être hospitalisé en réanimation, ils [les proches] sont en stress.” Soignant, février 2023.

L'anxiété et la tristesse des proches peuvent ainsi être respectées par la création d'un espace de repli pour ceux qui ont besoin de les vivre individuellement. Cet espace donne à chacun la liberté de l'utiliser afin d'avoir un moment calme pour digérer une nouvelle douloureuse.

Par manque de place au sein du service de réanimation et surtout de moyens financiers, cette idée n'a pu être développée davantage. Cependant, une alternative est trouvée au sein de la salle d'entretien des familles (cf. § 3.2.2) en proposant d'utiliser un mobilier plus confortable dans un coin de cet espace pour laisser la possibilité aux familles de s'y installer et d'y trouver une certaine intimité suite à un entretien avec l'équipe soignante.

³⁸ Le site web : <https://www.chu-nimes.fr/actu-cht/exposition--au-coeur-de-la-reanimation-.html>

3.3 Mettre en place des artefacts pour mieux appréhender l'espace

“Une bonne signalisation est un mot de bienvenue pour l'étranger. Avoir le sentiment que l'on est accepté et reconnu comme un ami est constitutif du sentiment d'être bien accueilli. C'est en aidant à créer ce sentiment chez celui qui arrive que la communication visuelle est un acte d'accueil.”
(Gouirand, 2009, p.189)

L'espace de la réanimation, de par sa configuration actuelle, peut nécessiter la mise en place de certains artefacts dans le but de le rendre plus intelligible et accessible à tout type de public extérieur à l'hôpital. Pour ce faire, un livret d'accueil pour les enfants fut réalisé pour leur permettre de visualiser l'environnement de la réanimation en amont de la visite et une signalétique fut pensée pour guider les personnes dans l'espace du service.

3.3.1 La compréhension de l'environnement de la réanimation par les enfants : le livret d'accueil

L'accueil des proches, notamment dans les informations qui leur sont données, est primordial pour les accompagner dans leur parcours. Un travail fut en ce sens entrepris par Julie Calmettes quant aux brochures d'accueil reçues par les proches lors de leur venue en réanimation. Cependant, l'accueil des enfants en réanimation nécessite une approche différenciée de celle proposée pour les adultes (cf. § 1.2.2.3). De plus, il est important de préciser que la venue des enfants est très peu privilégiée par les équipes soignantes par peur de potentielles conséquences psychologiques négatives pour ce dernier. Certains professionnels comme les psychologues tentent donc, par leurs démarches, d'en démontrer les bienfaits. Plus concrètement, l'accueil des enfants se déroule premièrement avec l'organisation d'un rendez-vous avec le médecin, un infirmier ou un aide-soignant et le psychologue du service chargé de l'accompagner. Ce dernier lui explique l'environnement de la réanimation et le prépare psychologiquement à voir son proche dans une situation inhabituelle. Le tout, en légitimant les émotions que peut ressentir l'enfant et en lui laissant la liberté ou non de venir dans le service. À la suite de ce rendez-vous, l'enfant a ainsi la possibilité ou non de visiter son proche en réanimation. L'enquête de terrain entreprise dans le cadre de cette recherche-projet révéla des insuffisances quant à l'attention portée à l'accueil des enfants. Ceci, notamment par l'absence de supports d'explications adaptés à leurs âges. Or, au même titre que toute autre personne, ils ont besoin d'informations relatives à leurs proches en réanimation.

“Ma femme et ma fille étaient plus inquiètes que moi. Quand on vit la situation de l'extérieur, on ne voit pas les mêmes choses. La famille proche est beaucoup plus inquiète”. Ancien patient, avril 2023.

La psychologue du service affirme également la nécessité pour un enfant d'avoir la possibilité de voir l'environnement afin de confirmer ou d'annihiler certaines pensées ou parfois cauchemars éprouvés en amont de sa visite en réanimation. Elle précise également qu'il a la capacité, à défaut des adultes, de passer rapidement à autre chose. Cette compétence les rend apte à comprendre la situation mais également à la surmonter. Évidemment, il est important de préciser que tout enfant possède sa singularité et ne vit ainsi pas sa venue en réanimation de la même manière que les autres, au même titre que les adultes. Cela dépend de son vécu, de son âge ou encore de son milieu familial. Enfin, la protection des adultes à leurs égards peut avoir des effets néfastes sur la manière dont ils vont vivre la suite de leur passage en réanimation. La visite en réanimation pour un enfant peut donc, selon la psychologue, avoir un aspect positif et réparateur pour l'enfant non seulement parce qu'il obtient des réponses à ses questions mais également pour stabiliser certaines de ces spéculations. Une préparation en amont est donc primordiale mais pourrait être davantage outillée. Cette piste d'idée au sein du projet d'hospitalité se matérialise par la création d'un outil de médiation utilisable par les psychologues lors de l'entretien avec un enfant. Thomas (2018) affirme :

“C'est précisément d'un accompagnement de son vécu, de son imaginaire dont l'enfant a besoin. Par l'effet de nomination, de mise en mots de la situation médicale, il est réinscrit dans son histoire familiale ; la vue de son parent lui permet de dépasser sa création imaginaire et de répondre à son questionnement mais aussi de vérifier, parfois de contrôler, ce qui lui est dit.” (Thomas, 2018, p.32)

Cet outil, au travers d'explications et d'illustrations, permet donc un accompagnement de l'enfant dans son parcours au sein du service de réanimation (cf. figure 19). Ce support doit pouvoir être utilisé par tous les services de réanimation du CHU de Nîmes : la réanimation médicale, la réanimation chirurgicale et la réanimation péri-opératoire. Pour créer cet outil de médiation, un groupe de travail composé de trois psychologues, d'un médecin, d'une aide-soignante et d'une infirmière fut formé. Il fut sollicité à différentes étapes de la création du livret afin de permettre aux différents membres de donner leurs regards professionnels à la fois sur les informations données et leur hiérarchisation, mais aussi le graphisme et l'impression globale de l'outil. Après avoir réalisé une veille des autres supports de services de réanimation existants en France, un premier échange débuta au sein du groupe de travail permettant de clarifier les informations à donner et leurs places dans le livret. Cette épuréation permit la formulation d'un premier jet qui fit l'objet d'une itération (cf. § 2.3.5) auprès



Figure 19 - Photographies du livret d'accueil pour les enfants, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, juillet 2023, Léa Israel-Boos.

des professionnels. Ce support est découpé en différentes parties, qui emmènent l'enfant étape par étape vers la compréhension de ce à quoi il sera confronté en réanimation. Il accompagne ainsi l'enfant durant l'explication de l'équipe soignante, l'aide à exprimer ses émotions, le renseigne sur la chambre de réanimation, sur la situation du patient et sur le déroulé de la visite en chambre.

Ce carnet, nécessitant une impression faite directement à l'hôpital, induit le format classique du carnet, choisi pour sa simplicité tant au niveau de l'impression que de l'imposition et de la reliure. Pour le graphisme, les discussions avec les soignants débouchèrent sur un aspect simple et épuré pour qu'il soit en accord avec les circonstances dans lesquelles les enfants sont accueillis. Également, les typographies et couleurs choisies au préalable par Julie Calmettes pour les brochures d'accueil devaient être préservées afin de garder une certaine cohérence au sein de la réanimation. Un personnage illustré sert de guide de lecture tout au long du livret d'accueil et accompagne l'enfant dans sa lecture. Au départ provisoire, ce personnage fut accepté par une partie du groupe qui souhaitait un personnage simple et neutre de genre et de profession. Cependant, il reste discuté par le reste du groupe de travail quant à son aspect jugé trop simple. Deux niveaux de lecture sont possibles dans le livret : l'un avec des informations simples et factuelles et l'autre avec des explications plus détaillées. Cet aspect permet au psychologue d'expliquer à l'oral certaines informations en utilisant les illustrations en support en s'adaptant à l'âge de l'enfant rencontré. Une fois le premier rendez-vous effectué, le livret est remis à l'enfant et sa famille leur permettant ainsi de le consulter à titre personnel. Cette lecture autonome peut clarifier certaines interrogations de l'enfant autant que pour les parents. Le contenu emprunte des phrases simples et courtes traduisant le jargon médical, complétées parfois par des notes d'informations plus précises. Ensuite, une partie à réaliser en autonomie par l'enfant fut primordiale selon les professionnels afin lui donner la possibilité de s'approprier le carnet et ses connaissances et ainsi, selon la psychologue, d'être proactifs. Ceci est rendu possible par un remplissage de certaines informations. Enfin, une partie leur permet de s'exprimer avant et après une visite en coloriant le personnage à la couleur des émotions qu'il ressent.

3.3.2 La circulation autonome des proches dans le service : la création d'une signalétique complémentaire

Rendre le service de réanimation plus intelligible et accessible pour favoriser l'accueil du public extérieur passe également par un travail sur sa signalétique, partie intégrante du parcours d'hospitalité proposé par ce projet. La signalétique permet d'indiquer aux usagers de l'hôpital l'emplacement des différents services et de se diriger de façon autonome. Au sein du service de réanimation, elle est constituée à l'origine d'informations mises en place par l'hôpital à l'entrée du service et sur les portes des bureaux de médecin.

Un travail fut débuté par Julie Calmettes se traduisant par la mise en place de panneaux d'indications de la salle d'attente, de la salle d'entretien des familles, du bureau des secrétaires et des toilettes.

En amont de l'enquête de terrain, une demande avait déjà été formulée par les équipes quant aux moyens de signalement des proches jugés peu adaptés et dysfonctionnels. Des ateliers participatifs à ce sujet furent donc organisés (cf. § 2.3.3) afin d'analyser les besoins rencontrés quant à l'accueil des proches. Le besoin d'un moyen plus efficace de signalement fut évoqué tout comme la nécessité pour les soignants d'être davantage concentrés sur les soins sans être dérangés. L'interruption des tâches est en effet un problème récurrent dans un service de soins pour ces derniers devant à la fois s'occuper des patients et des proches.

“Des fois, ça sonne donc nous [les soignants] on lâche ce qu'on fait pour pouvoir répondre et on pense qu'on va en avoir que pour 5 minutes.”
Soignante, février 2023.

L'enquête de terrain révéla également un besoin de fluidifier les flux de passage en évitant le trop-plein de circulation et en évitant les allers-retours aux soignants. Elle mit aussi en lumière la nécessité de préserver l'intimité des patients, qui subissent les regards depuis leur chambre, des proches qui circulent dans les couloirs.

“Nous [les soignants], ça nous oblige à aller voir là-bas si c'est bon et à revenir ici pour répondre “oui c'est bon vous pouvez y aller”, à attendre que la personne soit là et à retourner dans son secteur.” Soignante, février 2023.

“Avec les numéros des chambres, leurs regards [aux proches] se portent sur les chambres et en plus ils ne les voient pas.” Soignante, février 2023.
“Après, il y a ceux [les proches] qui s'arrêtent devant chaque chambre et qui regardent.” Soignante, février 2023.

Enfin, les soignants évoquèrent le besoin de simplifier la compréhension du parcours au sein du service en rendant le proche plus autonome lorsqu'il circule dans le service. La sonnette d'entrée est, en effet, peu visible et l'affichage trop dense pour les proches qui ne prennent pas le temps de lire du fait de leur stress et de leur désorientation.

“La première fois [qu'ils viennent en service de réanimation], ils [les proches] ne savent pas trop où aller.” Soignante, février 2023.

Tous ces besoins engendrèrent la formulation de quatre propositions avec les soignants dont trois différentes qui, après avoir été débattues, aboutirent sur une seule. En se basant



Figure 20 - Propositions pour la signalétique du service, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, mars 2023, Léa Israel-Boos.



Figure 21 - Photographies de la signalétique murale mise en place, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, juillet 2023, Léa Israel-Boos.

sur la signalétique préexistante, l'objectif est d'apporter des éléments complémentaires afin de la rendre plus lisible et précise. L'idée principale, au-delà du fait de changer le moyen de signalement, est donc de créer une signalisation pour permettre un accueil effectif. En effet :

“La signalisation est la matérialisation du geste d'accueil absent. Elle est hospitalière, un peu comme si l'on mettait une hôtesse à chaque croisement de routes pour indiquer son chemin à l'étranger, elle pallie l'absence de l'hôtesse.” (Gouirand, 2011, p.188).

Elle peut, en guise d'accompagnement à la familiarisation à un lieu, autonomiser l'accueilli par la possibilité qu'elle lui laisse de circuler tout en étant informé et rassuré. Concrètement, la signalétique proposée présente d'abord des éléments muraux. L'emplacement de la sonnette d'accueil est repensé, la salle d'attente *minute* (cf. § 3.2.1) est signalée et des bulles d'indications sont positionnées dès l'entrée du service (cf. figures 20 et 21). Elle se matérialise aussi par des éléments adhésifs de couleur à coller au sol, autant pour faciliter l'indication des chemins à suivre au sein du service que pour rendre plus visible la numérotation des chambres. Cette signalisation au sol du numéro des chambres dans le couloir, permet d'éviter les regards d'autres personnes dans les chambres des patients. Enfin, les couleurs choisies coïncident avec les panneaux proposés par Julie Calmettes dans sa recherche-projet.

Certains éléments de la signalétique murale ont pu être posés au sein du service de réanimation médicale (cf. figure 21). Cependant, les demandes sont encore en cours pour les autres éléments et la signalétique au sol (cf. figure 20). En effet, les règles d'hygiène et de sécurité sont strictes et nécessaires à prendre en compte à l'hôpital.

3.4 Agir sur la chambre du patient pour préserver son intimité

Le parcours d'hospitalité réalisé dans le cadre de ce projet nécessite un travail autour de la chambre du patient. Comme celle des proches, son accueil peut être amélioré et passe notamment par une plus grande préservation de son intimité. Une réflexion sur l'intimité à laquelle nous avons participé, fut déjà entreprise dans le service par Julie Calmettes en 2022. Elle aboutit sur la pose de vitrophanies sur les vitres de différents espaces occupés par les familles, notamment la salle d'attente et la salle d'entretien, dans le but de les préserver de la vision des passants. Dans la continuité de ce travail, nous nous intéressons à la préservation de l'intimité du patient en chambre au travers d'une pancarte *En soin* et d'un tableau de communication pour le personnel soignant.

3.4.1 La préservation de l'intimité des patients : les pancartes en soin

Dans sa chambre, le patient est dépendant et voit son intimité dévoilée à la vue des soignants qui le prennent en charge. Cette prise en charge, pourtant essentielle à sa survie, est inhabituelle et peut se révéler déstabilisante pour lui (cf. § 1.2.1.2). Les observations et les ateliers participatifs révèlent à la fois l'importance qu'il faut porter à la préservation de l'intimité et combien l'espace n'y est pas adapté. En effet, dans le but de partager des informations relatives à leur travail, les soignants réalisent des allers-retours dans les chambres. Ces discussions induisent des passages de plusieurs personnes durant des moments de soin où le patient est exposé, entravant ainsi son intimité. De plus, cette dernière se retrouve également à être dévoilée sans le vouloir à toute personne entrant dans le service et passant par le couloir central, les professionnels comme les familles qui n'ont pas d'horaires indiqués pour les visites³⁹. Ces dernières sont susceptibles de porter leur regard dans les chambres des patients dans la mesure où, pour leur surveillance, leurs portes sont ouvertes continuellement. Cette ouverture attirant l'œil laisse apparaître les

patients sur leur lit, soit en chemise d'hospitalisation soit davantage dénudés du fait des soins en cours. Ainsi, la priorité est davantage donnée à la surveillance du patient sur la préservation de son intimité.

“Les gens ils regardent ce qu'il y a dans les chambres, il faudrait leur dire de ne pas regarder dans les chambres.” Soignante, janvier 2023.

La piste d'idée est de proposer un moyen visuel incitant les soignants à fermer les portes des chambres durant les soins. Cet objet doit être simple d'accès et ainsi inscrit directement dans l'espace du service. Afin de préserver la surveillance continue nécessaire à une bonne prise en charge des patients impliquant de garder les portes ouvertes, ce dispositif doit permettre à minima de préserver les regards vers les chambres durant les soins. Ainsi cet élément se veut signaler à la fois pour les autres proches mais également pour le reste de l'équipe soignante si un patient est en soin ou non, contribuant à éviter l'exposition des patients aux regards d'autrui (Dumont, 2019) ainsi que les allers-retours des soignants entre les chambres.

Ces pancartes *En soin* sont composées de deux pictogrammes. L'un indique *“soin en cours”* à afficher lorsqu'un patient fait l'objet d'un soin, et l'autre indique *“pas de soin en cours”* lorsqu'il n'en subit pas. Des tests avec trois pancartes ont été faits en les posant sur les côtés des portes et d'autres sur les portes elles-mêmes.



Figure 22 - Pancartes En soin, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, avril 2023, Léa Israel-Boos.

3.4.2 Un mode de communication alternatif : un tableau de communication

Au cours de discussions avec les soignants (cf. § 2.3.5) sur l'hospitalité, ce travail sur l'intimité révèle également un besoin d'éviter ou du moins de réduire les échanges entre soignants au sein des chambres. En effet, ces derniers communiquent entre eux des informations relatives à leur travail à savoir des prescriptions, des renseignements sur l'équipe ou sur les familles. Ces interactions peuvent venir entraver le soin mais également la privacité qu'il implique. Ainsi, pour déplacer le lieu de ces communications, une interaction complémentaire à celle actuellement orale est pensée. Cet artefact n'a pas pour but d'effacer ou de supprimer toute communication orale dans l'équipe, mais bien d'induire un autre mode de communication compatible avec une préservation de l'intimité du patient. Cette interaction complémentaire prend la forme d'un tableau à double entrée ayant pour but de faciliter la transmission d'informations entre professionnels. Il est placé en salle de staff pour être uniquement accessible aux soignants et protéger la confidentialité des informations qui y figurent. Les médecins, les infirmiers et infirmières et les aides-soignantes peuvent ainsi partager certaines indications quant aux patients présents des chambres 21 à 30.

³⁹ Il est privilégié pour les proches de faire les visites l'après-midi pour permettre aux soignants d'assurer les soins le matin.



Figure 23 - Tableau de communication, Réanimation médicale, CHU de Nîmes, juin 2023, Léa Israel-Boos.

De ce fait, cette recherche-projet permet de mettre en place des propositions visant à favoriser le geste d'hospitalité en réponse aux besoins relatifs aux vulnérabilités des patients et de leurs proches décelés pendant l'enquête de terrain. L'ensemble de ces propositions concernent l'espace et entendent permettre un lien bénéfique de l'espace sur le soin par le geste d'hospitalité. Toutes font l'objet de concertation avec les soignants afin de les adapter à l'espace et à l'usage de la réanimation. Le chapitre suivant questionne l'efficacité de ces propositions et plus largement du design dans l'objectif de favoriser le geste d'hospitalité, cet "espace fait à l'autre" (Verspiere, 2006) auprès des usagers d'un service de réanimation. En cela, nous interrogeons également les limites de la démarche de design à cette intervention.

A blue-tinted photograph of an office workstation. In the foreground, a person's silhouette is visible from the back, looking at a computer monitor. The monitor displays a website with the text 'Medecine Interne & Clinique Grand'. To the right, another monitor shows a data table. A third monitor is mounted on a stand to the left, displaying a complex dashboard with various charts and data points. A large window with horizontal blinds is in the background. A white box with 'PAQ' written on it sits on the desk. The overall scene is dimly lit, with light coming from the window.

Chapitre 4
**Le design
en faveur
de l'hospitalité**

4.1 Aborder et interroger l'hospitalité avec les usagers

Le projet d'hospitalité au sein du service de réanimation médicale du CHU de Nîmes donne lieu à des résultats présentés dans ce chapitre qui nous permettent de répondre à la question de recherche suivante posée initialement en introduction :

Le design peut-il participer à favoriser l'hospitalité en milieu hospitalier ?

Nous tenterons d'y répondre au travers des hypothèses énoncées initialement en introduction de cette recherche. Dans un premier temps, nous interrogeons la contribution du design pour l'hospitalité au travers de la mise en place de méthodes participatives qu'il offre au sein du service de réanimation (cf. § 4.1). Ensuite, nous questionnons la manière dont un soutien effectif à l'espace de la réanimation agit sur la prise en soin de ses usagers (cf. § 4.2). Et enfin, il s'agit de comprendre comment le design peut favoriser le geste d'hospitalité par la prise en compte des vulnérabilités des usagers (cf. § 4.3).

Comme le précisent Sanders et Stappers (2008), la démarche participative est une créativité collective appliquée à l'ensemble du processus de conception. Elle tient une place importante dans la méthodologie du design employée tout au long de cette recherche projet (cf. § 2.3), engageant les usagers du service tout au long de son élaboration. Ainsi, ce projet interroge la façon dont le design contribue au questionnement collectif sur l'hospitalité en milieu hospitalier au travers des méthodes participatives qu'il emploie.

4.1.1 Faire avec pour échanger

L'implication de nombreux usagers contribua grandement à nourrir ce projet. Autant dans l'énonciation des besoins que dans la formulation d'idées, les usagers et notamment les soignants ont permis d'alimenter continuellement le projet de données afin de le rendre conforme aux nécessités du service. Cela ne signifie cependant pas que l'investissement fut homogène pour tous et de même intensité au fil des étapes. En effet, les ateliers participatifs ainsi que l'affichage au sein du service furent vecteurs de discussions diverses, autant sur la formulation des besoins que sur la proposition de solutions. Ces échanges, primordiaux pour le designer, le parurent aussi pour les soignants qui refusaient rarement de donner leur avis, les rendant ainsi acteurs continuels du projet. Les ateliers participatifs (cf. § 2.3.3) en particulier, de part la mobilisation des soignants qu'ils demandent, permirent un engagement collectif donnant souvent lieu à un phénomène d'entraînement, lorsque l'engouement et le rassemblement de quelques soignants motivés permettaient d'en inciter d'autres à participer.

Cependant, les exigences du terrain de la réanimation impliquent d'être prises en compte par le designer pour adapter sa démarche participative. Les professionnels soignants nécessitent en effet de garder une surveillance continue de l'état de santé des patients. Choisir des temps de travail spontanés et ludiques fut ainsi privilégié concernant les ateliers participatifs. Les périodes d'heures creuses furent choisies pour les mettre en place, afin de ne pas empiéter sur les moments de forte occupation ni de pause, qui leur sont également nécessaires dans leur travail. Ainsi, ces temps d'échange pour les ateliers se tenaient principalement dans leur espace de travail. Cependant, la prise en compte de ces exigences du terrain ne put empêcher le fait que les discussions furent ponctuées d'allers-retours des soignants surveillant en parallèle l'état de santé des patients. Malgré cela, le format ludique, ponctuel et spontané des temps d'échanges semble tout de même s'accorder à l'environnement de la réanimation, permettant de s'adapter à l'incertitude quant à leur degré d'occupation selon les jours. Il nécessite une présence continue du designer, se devant d'être flexible et de saisir les opportunités, tout en adaptant continuellement le format des différents ateliers.

L'affichage de certaines informations requérant l'avis ou le vote des usagers autour de certains aspects du projet, consiste également en une méthode participative leur accordant une plus grande autonomie pour participer. En effet, cet affichage leur permettait de prendre connaissance des informations y figurant au moment leur étant le plus opportun. Cette solution permettant de s'adapter aux contraintes des soignants en service de réanimation, possède cependant l'inconvénient pour le designer de ne pas assister aux discussions et de pouvoir renchéir à certains propos dans une discussion. Ce manque est partiellement comblé dans le sens où le designer ou d'autres usagers peuvent rebondir en amont aux écrits des autres usagers qui restent affichés. Également, la participation est plus limitée en termes d'opportunité de réponses parce qu'elle se fait à l'écrit et qu'il s'agit, dans ce cas, de donner son avis et non de proposer des solutions.

La sollicitation du personnel soignant se trouva être plus complexe à appréhender dans certains cas notamment quant à la possibilité d'avoir des échanges individuels au travers d'entretiens semi-directifs du fait des mêmes contraintes exposées plus haut. Certains ont quand même pu être réalisés avec certains profils de professionnels, comme par exemple le psychologue, la secrétaire ou encore la cadre de santé. Pour les mêmes raisons, les tests de prototypes qui nécessitent une implication durable de la part des soignants furent susceptibles de s'essouffler au fil du temps. Ils nous demandaient ainsi une implication plus grande mais également une demande récurrente plus forte à l'égard des soignants.

Ainsi, le soin apporté à l'adaptation aux conditions du service de réanimation pour assurer la participation et la collaboration avec l'équipe soignante, permit d'assurer une place pour leur parole soutenue par notre rôle de designer. Néanmoins, la démarche participative est aussi nourrie par un investissement clair et constant de certains usagers clés convaincus par la démarche du design au sein du terrain de la recherche. Ce fut dans notre cas celui de la cadre de santé qui contribua à défendre le design et à lui assurer une place

certaine. Cette assise dans l'équipe soignante permet au designer de s'appuyer sur elle pour franchir certains obstacles administratifs, hiérarchiques ou matériels mais également relatifs à l'équipe des soignants. Cet usager clé facilita en effet les discussions continues avec l'équipe par son biais et permit de faire avancer de manière pratique le projet par son intermédiaire. Assurer ainsi la place du design auprès des usagers engagés dans un processus participatif est ainsi primordial. Cela facilite la démarche participative et permet ainsi aux usagers de participer et de se questionner sur les problématiques du projet tout en sachant qu'il est porté par autrui. La cadre de santé partage :

“Vous avoir avec nous, ça nous permet de nous concentrer sur les soins, c'est bénéfique. Ça nous permet d'avoir une autre approche, un autre regard sur notre travail.” Cadre de santé, juillet 2023

Cette affirmation démontre ainsi l'effet plus durable de ces méthodes participatives sur le service. En effet, ces questionnements autour de l'hospitalité initiés par des méthodes participatives peuvent être pérennes, comme le précise Findeli pour le design dans les politiques publiques (2018, p.17) :

« Ne pourrait-on pas imaginer des actions humaines qui ont un livrable extérieur, comme le fait le design, mais qui, néanmoins, auraient également une incidence sur la construction du monde intérieur de l'agent ? »

La designer Coline Fontaine ajoute dans son intervention de la séance 3 *Faire avec du séminaire Art et Design Entre hospitalité et hospitalité dans les lieux de soin* organisé par le Lab-ah (2019), que l'investissement même ponctuel d'un participant peut faire émerger une réelle réflexion sur le long terme pouvant influencer sur d'autres pans de leur travail. Cependant, les méthodes participatives employées dans cette démarche de design ici n'ont pas permis une implication de tous les acteurs. En effet, les patients et leurs proches en réanimation ont été intégrés au travers de nos observations participantes permettant ainsi de déceler des besoins. Cependant, ils n'ont pas pu pleinement prendre part au projet de part la situation complexe qu'est celle de la réanimation. Ainsi, il serait pertinent de leur inscrire une place au sein d'un projet en aval de leur passage en réanimation afin qu'ils puissent pleinement agir et participer.

4.1.2 Faire avec pour s'appropriier le projet

Selon Tufte (2015), l'innovation sociale par le design permet un accompagnement en faveur d'un changement social. Ainsi, engager les usagers tout au long du projet lui permet d'être mieux approprié par ces derniers. De plus, dans le séminaire *Art et Design*

Entre hospitalité et hospitalité dans les lieux de soin (2019), Coline Fontaine affirme :

“(…) au-delà d'un engagement, “faire avec” les équipes soignantes et les personnes hospitalisées dans un projet qui les concerne est une nécessité, à plusieurs égards, pour : construire des réponses les plus justes possible, démontrer l'impossibilité d'un projet, mettre tout en œuvre pour favoriser une réelle appropriation par les usagers, et, enfin, s'assurer d'une meilleure intégration des propositions dans les environnements pour lesquelles elles sont destinées.” (Coline, 2019, p.30)

Cependant, cette recherche-projet révèle combien l'appropriation par les usagers des changements qu'elle induit est hétérogène. En effet, elle fut dans certains cas aisée, particulièrement pour la salle d'attente minute et la salle d'entretien des familles. Ces transformations réalisées sur des espaces existants fut directement acceptées et approuvées par les usagers récurrents du service et notamment par les médecins. Elles ont, en effet, l'avantage de prendre la forme d'améliorations et l'ajout de certaines fonctions au sein du service et ne demandent pas de changement significatif dans la façon de faire habituelle de l'équipe. Ainsi, elles cumulèrent à la fois un impact réel pour l'équipe et une bonne appropriation, entraînant des réactions positives de leur part.

A contrario, certains aspects du projet sur l'hospitalité nécessitant un changement dans les pratiques eurent davantage de difficultés à s'implanter dans le service. La problématique de l'intimité, présentée comme une vulnérabilité vécue en réanimation (cf. § 1.2.1.2) et une notion inhérente à l'hospitalité (cf. § 1.1.3), fut relevée et questionnée dans ce projet, que ce soit au travers de la salle d'entretien des familles, des pancartes *En soin*, ou encore du tableau de communication et de la signalétique au sol. L'objectif fut notamment de détourner le regard des personnes dans le passage pour favoriser l'intimité des patients. En effet, la signalétique au sol, doit permettre aux proches de regarder le sol et non les chambres des patients, le tableau de communication doit écarter les échanges verbaux faits entre soignants en salle de staff et les pancartes *En soin* doivent induire une fermeture des portes durant les soins. Tous ces changements relatifs à l'espace et s'adressant plus particulièrement aux soignants nécessitent un mouvement dans leurs pratiques qui n'est pas toujours possible ou voulu. En effet, certaines solutions proposées demandent un temps certain aux soignants pour se les approprier. Aussi, les interrogations et l'ouverture portées par la démarche de design ne sont pas toujours compatibles avec une intégration pleine de ces changements par les usagers d'une institution publique (Cortey et al., 2019). Ainsi, pour assurer une pleine intégration du projet design, il serait pertinent de continuer la démarche par l'itération afin d'améliorer continuellement le projet aux besoins de ces usagers.

Ainsi, notre recherche-projet montre que les méthodes participatives du design permettent un questionnement collectif avec l'équipe soignante en tenant compte des spécificités du terrain et en se basant sur des personnes clés au sein de l'équipe soignante. Ce faisant, elles permettent une meilleure appropriation des modifications apportées par le projet de design, dans la mesure où ils ne demandent pas de changement de pratique. Cependant, ces méthodes butent sur certaines contraintes inhérentes au service de réanimation, qui ne leur permettent pas d'échanger avec l'ensemble de ses usagers.

4.2 Soutenir l'espace pour prendre soin

Les propositions faites dans ce projet sur l'hospitalité sont toutes relatives à l'espace. Elles prennent cependant différentes formes, que ce soit des réaménagements complets de l'espace (cf. § 3.2), des outils mis en place pour mieux appréhender l'espace (cf. § 3.3) ou des outils pour détourner l'usage de certains espaces (cf. § 3.4). Le lien entre l'espace et le soin est explicité précédemment, (cf. § 1.3.3) notamment grâce à la pensée de Heidegger sur le ménagement, vu au travers de sa fonctionnalité et de sa matérialité. Il affirme que l'espace et son aménagement sont liés directement au ménagement et ainsi au soin. Ce faisant, cette recherche-projet questionne la façon dont le design peut agir comme un soutien effectif à l'espace du service de réanimation de manière à prendre soin de ses usagers (patients, soignants et proches).

4.2.1 Permettre une meilleure appréhension de l'espace

Dans un premier temps, le design intervient de façon effective pour aider l'espace à être mieux appréhendé par ses usagers. Après l'enquête de terrain, les observations participantes et les ateliers participatifs révélèrent la complexité actuelle de l'espace du service de réanimation, décrit comme transparent, segmenté mais également hostile pour ses usagers. Par conséquent, il fut opportun de s'y intéresser dans un objectif d'amélioration de l'hospitalité en y apportant un soutien par le design. Les propositions portées sur l'espace dans la salle d'entretien des familles et dans la salle d'attente *minute* fut largement remarquée et appréciée par les équipes. De par la transformation visuelle et matérielle qu'il implique, ce réaménagement attire le regard de ses usagers habituels. Les nombreux retours de ces derniers énoncèrent que l'espace est davantage accueillant mais également fonctionnel. L'ajout de certains objets utiles à l'espace sont lourds de sens pour l'équipe. Ces changements dans le mobilier, ajoutés suite aux besoins formulés, n'étaient pas perçus comme essentiels auparavant mais sont maintenant vus comme utiles et salutaires à l'accueil des proches lors des entretiens.

“C'est trop bien, j'ai fait pleins d'entretiens dedans ce week-end, c'est super avec la table, on se sent vraiment proche des gens.” Médecin, juillet 2023

“Souvent, les familles sont un peu abasourdis, alors ça (les fauteuils) c'est pas mal, c'est clair.” Infirmière, juillet 2023

Du côté des proches, il est plus difficile de connaître les retours quant à ces propositions sur l'espace. En effet, un médecin du service de réanimation nous précise que la situation est souvent délicate du fait de l'annonce de mauvaises nouvelles par l'équipe soignante que le lieu et son aménagement n'est souvent pas relevé par les proches. La portance du lieu pour eux est donc difficilement évaluable. Cependant, on peut affirmer que l'aménagement de l'espace peut agir sur une meilleure appréhension de l'espace par les soignants se répercutant ainsi in fine sur les proches accueillis de manière plus hospitalière. Ainsi, la cadre de santé affirme :

“ Améliorer le quotidien des soignants c'est finalement améliorer le quotidien des patients. Une fois qu'ils vont bien ... c'est eux (les patients) qui en pâtissent en fait.” Cadre de santé, juillet 2023

4.2.2 Révéler les limites de l'espace à l'hôpital

Ce projet révèle cependant que le design ne peut agir pleinement sur l'hospitalité au travers de l'espace du fait des contraintes relatives à ce dernier à l'hôpital. Ce faisant, il révèle les limites de l'espace. En effet, le dévoilement contraint de l'intimité des patients nous a conduit sur un travail sur la transparence de l'espace (cf. § 1.3.2.3) et des solutions permettant un déchargement des passages et des interactions en chambres. Initialement abordée dans notre recherche théorique (cf. § 1.1.3), la question de l'intimité prit de l'ampleur avec les recherches sur le terrain. Elle fut considérée comme une vulnérabilité majeure à prendre en compte dans le projet. Le manque évident d'espace qui fut observé aboutit sur l'idée de repenser l'usage même de l'espace pour ses usagers. Cependant, les pancartes *En soin* n'ont pas été prises en main de manière efficace par les équipes, au même titre que le tableau de communication, utilisé mais réduisant les interactions dans les chambres sans les supprimer. Ces moyens mis en place pour répondre aux besoins d'intimité n'ont pas été satisfaisants et il semble donc pertinent de questionner voire repenser l'espace dans sa globalité.

Ainsi, il peut être proposé dans une hypothèse de reconstruction globale du service de réanimation médicale de questionner entièrement les flux de circulation. Rappelons que le service est actuellement construit de sorte à ce qu'il n'existe qu'un couloir central utilisé par tous les usagers mobiles : les soignants et les proches. Cela pèse sur l'intimité des patients

notamment parce que les portes des chambres sont nécessairement ouvertes pour assurer la surveillance. Les passages sont ainsi fréquents au sein du service de réanimation. L'article *Architecture et organisation d'un service de réanimation* propose une réflexion (Gibert et al., 2013) sur une organisation idéale d'un service de réanimation incluant ainsi un questionnement sur son usage, son architecture et sur ses interactions. Deux zones de passages sont créées dans cette proposition : la zone médicale pour les professionnels et la galerie de visite pour les proches venus pour les visites.

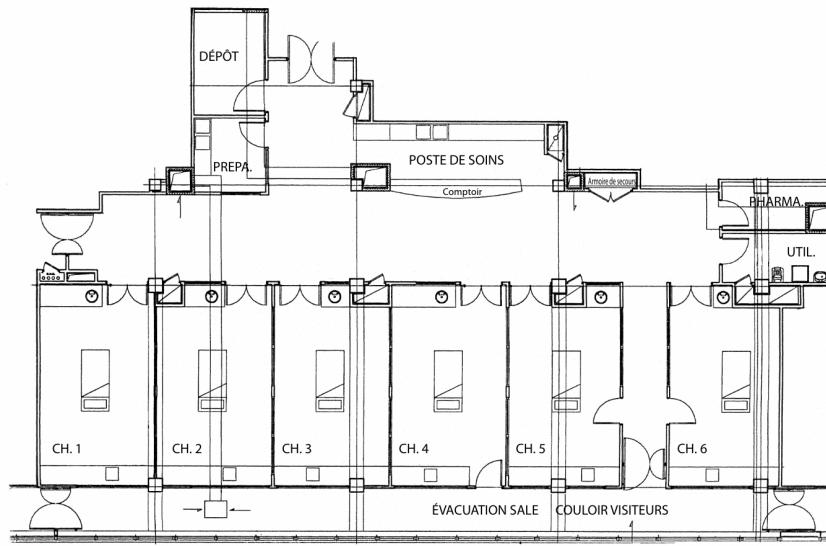


Figure 24 - Organisation autour d'un poste central de soins de 6 chambres de réanimation et de locaux annexes, Gibert, Valentin, Nitenberg, 2013.

Cette double circulation proposée avant tout pour la prévention des infections aurait également la vertu de préserver davantage l'intimité des patients en évitant une vision plongeante dans les chambres. Elle pose cependant la question de la segmentation des locaux, engendrant une séparation encore plus importante entre les différentes typologies d'usagers du lieu. Également, le coût budgétaire et la surface demandée pour ce réaménagement complet du service paraît important au vu de la situation actuelle de l'hôpital. Ainsi, le design au travers de cette recherche-projet, permet d'enclencher une réflexion sur l'intimité et sa préservation dans un service de réanimation. Elle relève la nécessité d'espaces supplémentaires pour y répondre afin de permettre aux usagers qui le nécessitent, des espaces plus intimes et isolés si besoin. Ainsi, cette notion reste un problème majeur, nécessitant qu'on s'y intéresse davantage tant dans les soins que dans l'architecture globale.

4.2.3 Révéler un design à démocratiser

L'intervention du design au travers de l'espace mise en place dans ce projet fut également complexifiée par le fonctionnement de l'hôpital. Plusieurs problèmes se sont posés à nous lors de la mise en place du projet pour l'hospitalité. En effet, de nombreux changements approuvés par le service, notamment au niveau de l'espace et de la signalétique, furent ralentis voire arrêtés par l'hôpital. Il était compliqué non seulement de trouver les services chargés de valider les projets mais également de les convaincre de nous laisser les mettre en place. Le temps était ainsi nécessairement long pour obtenir les droits. Également, la question budgétaire a rapidement été posée. Les dépenses inhérentes au projet purent être palliées par le service de réanimation médicale directement. De ce fait, ce projet révèle que l'intervention du design par l'espace est limitée par un manque de démocratisation du design au sein du service et pose plus largement la question de la place du design à l'hôpital. Notre positionnement au sein d'un service isolé du reste de l'hôpital empêchait au design d'être connu par la direction mais également par les autres services de communication. Les ponts relationnels entre les services ne sont pas encore effectifs, plaçant le design dans une niche. Pour exemple, les meubles nécessaires à l'aménagement de l'espace furent récupérés dans un magasin d'occasion en dehors de l'hôpital. Ce n'est que le dernier jour de notre stage que nous rencontrerons la personne qui s'occupe de récupérer et de redonner aux services les anciens meubles. Cet aspect témoigne de l'importance pour le design de se faire connaître au-delà du service de réanimation médicale afin de créer des liens avec l'ensemble de l'hôpital non seulement pour faciliter la mise en place des projets mais également pour légitimer sa place en milieu hospitalier.

Aussi, ces manques de soutien dans l'élaboration des projets et ces manques budgétaires posent la question de l'utilisation à défaut du design. En effet, Bonaccorsi et Nonjon (2012) affirment une possible instrumentalisation du concept de participation, inhérente au projet de design. Cette participation peut en être réduite à des "kits participatifs" utilisés pour en faire la démonstration. En œuvrant pour que la participation ait lieu, elle en est simplement réduite aux outils utilisés et à la prestation. Ainsi, il est important de continuer les projets de design sur la durée afin de défendre l'impact qu'a le design dans le milieu hospitalier en évitant ainsi d'entrer dans cette "quête à l'authentification de la participation". Pour pallier ces contretemps, Marine Royer affirme, dans la séance 4 : *Imaginaire du séminaire Art et Design Entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin*, que le designer utilise "la ruse" (2020) :

"Composer avec les contraintes que le système impose, pour les comprendre sans les critiquer, permet aux acteurs culturels de l'hôpital de

trouver un équilibre afin de survivre dans un environnement de soin.”
(Royer 2019, p.44)

En discutant, négociant, contournant, l'implication de cette ruse permet d'asseoir doucement le design à l'hôpital. Ruedi Baur affirme dans le même séminaire (2019) que cette ruse n'est possible que pour des solutions ciblées. Elle n'est plus suffisante pour des problématiques touchant au service hospitalier français dans son ensemble.

Ainsi, ce projet révèle que le design peut agir en soutien à l'espace pour qu'il soit mieux appréhendé par ses usagers. Il n'y parvient cependant que dans une certaine mesure. En effet, ce faisant, il révèle les limites de l'espace pour prendre soin, notamment du fait du manque d'espace et amène à une réflexion sur une solution alternative pouvant se trouver dans son agrandissement. De même, ce projet révèle que le design est contraint par une compréhension parfois limitée ou réduite de son rôle qui le ralentit et révèle son manque de démocratisation au sein de l'hôpital, ouvrant la réflexion sur son éventuelle instrumentalisation dans certains cas.

4.3 Favoriser l'accueil des vulnérabilités

Ce projet sur l'hospitalité prend en compte les vulnérabilités éprouvées par les usagers du service de réanimation afin d'agir sur ces dernières. Sachant que toutes les vulnérabilités exposées (cf. § 1.2) n'ont pas pu être traitées, cette recherche-projet s'est intéressée principalement pour le patient au dévoilement de son intimité. Pour ce qui est des proches, nous avons abordé le manque de connaissances sur la réanimation (cf. § 1.2.2.1) avec une prise en compte de la singularité de chacun et notamment des enfants (cf. § 1.2.2.3), ainsi que que l'anxiété due à l'attente et à l'incertitude (cf. § 1.2.2.2). De ce fait les propositions faites dans ce projet questionnent comment le geste d'hospitalité peut être favorisé par une meilleure prise en compte des vulnérabilités. Ceci, en portant sur la recherche d'un équilibre entre accueillant et accueilli, la création d'un sentiment de sécurité ainsi qu'une action sur la transparence du lieu.

4.3.1 Encapaciter l'utilisateur accueilli

La recherche d'égalité entre l'accueilli et l'accueillant (cf. § 1.3.4.1) pour une hospitalité effective a débouché sur la création d'un support d'informations pour les enfants mais également la création d'une signalétique complémentaire à celle existante. L'un agit sur le manque d'information relatif à une catégorie de personnes plus jeunes et l'autre sert de guide aux usagers pour lesquels le service est inconnu.

L'usage du livret d'accueil pour les enfants a témoigné de la nécessité d'encapacitation de l'utilisateur. Initialement prévu comme étant un objet médiateur entre le psychologue et l'enfant, cet outil permet également une prise d'information autonome qui peut pallier l'anxiété relative à la venue d'un enfant en réanimation.

“Des fois, ils (les enfants) n'ont pas envie de venir, mais le carnet ça permet aux parents d'expliquer.” Médecin, juillet 2023.

“J'ai donné le livret en revanche à un papa pour qu'il l'explique à sa fille la situation de sa maman. Il l'a trouvé très aidant.” Psychologue, juillet 2023.

Il est important de préciser que le but n'est pas d'écartier la fonction du psychologue mais bien de proposer une alternative informative. Par ce moyen, il est possible pour les usagers de choisir ce qui leur convient le mieux. En cas d'anxiété persistante pour les proches ou s'ils éprouvent le besoin de visualiser le service de réanimation en amont, ce livret peut être utilisé et pris en main par les parents pour leurs enfants dans le but de calmer des angoisses ou des incertitudes en dehors de l'espace même de la réanimation. Cette autonomie est favorisée au travers de l'usage de l'outil mais également par la possibilité pour les proches de choisir.

Dans une certaine mesure, cette autonomie agit sur un rééquilibrage des rapports entre accueillant et accueilli. Le geste d'hospitalité peut ainsi être favorisé en partie par le design en donnant à l'utilisateur des outils qui le rendent capable d'être autonome au sein du service de réanimation, en lui offrant des informations mais également la possibilité d'être accompagné selon son choix.

4.3.2 Valoriser l'utilisateur par la portance du lieu

Afin d'assurer un sentiment de sécurité (cf. § 1.3.4.1) pour les usagers du lieu, une attention particulière fut portée à l'esthétique du lieu afin de privilégier un accueil chaleureux et sécurisant. En effet, dans leur intervention au sein du séminaire *Art et design dans les lieux de soin*, Arnaud Théval et Laura Innocenti affirment l'importance des couleurs, des formes, des lumières, des photos pour une réelle appropriation du lieu, à l'image du travail d'Alvar Aalto sur l'utilisation de l'espace agissant sur l'humanisation du soin. Le vide, le blanc et le terne témoignent, selon Théval et Innocenti, d'un libéralisme cynique. La mise en couleur, l'achat d'un mobilier confortable de qualité, l'ajout de plantes et de vaisselle à disposition, valorise le lieu et son usage. Ce changement est remarqué par les équipes.

“C'est plus sympa pour accueillir les familles, avant c'était glauque.” Médecin, juillet 2023

Comme le précise Gouirand (2011) :

“le fait que celui qui reçoit ait mis tout en œuvre pour que le séjour de son hôte soit confortable et agréable est la preuve que ce dernier a été reconnu comme un “ami” et qu’il est traité comme tel.” (Gouirand, 2011, p.52)

Ainsi, cet espace permet un meilleur accueil et agit sur une valorisation de l’individu reçu. Cette touche d’authenticité permet une considération plus importante des usagers du lieu et ainsi de leur humanisation. Cette dernière passe, en effet, non seulement par l’attention portée au lieu mais également à leur implication même dans le processus. Chantal Dugave, dans la synthèse des échanges de la séance 2 *Faire avec du séminaire Art et design Entre hospitalité et hospitalité dans les lieux de soin* (2019, p.56) ajoute : “ (...) la reconquête des lieux, leur nécessaire ré-humanisation passaient également par le soin que l’on apportait collectivement - usagers, soignants, intervenants - aux choses.”. En témoigne également le discours d’un employé de l’hôpital de passage dans le service de réanimation :

“C’est bien ça humanise, il faut humaniser l’hôpital, ça rajoute de la couleur, de la vie aux locaux.” Employé de l’hôpital, juillet 2023

Cependant, cet aspect esthétique peut parfois porter atteinte au design en le réduisant à une simple action de *“faire beau”*. En effet, Kahane (2015, p.112) affirme que le terme design est multiple et qu’ainsi *“Pour le plus grand nombre, le design représente encore avant tout une préoccupation d’apparence extérieure et de “style”*”. Dans notre projet, le côté esthétique fut remarqué et apprécié par les autres services de l’hôpital obstruant souvent l’importance du lien entre la forme et le fond. Ces derniers demandent ainsi un réaménagement de leurs services pour qu’il soit “beau”. Certes, cet aspect permet de mettre en lumière le design aux yeux de l’hôpital mais sa démarche et son intérêt doivent être davantage explicités afin d’éviter toute confusion du design à de l’architecture d’intérieur.

4.3.3 Permettre un “espace fait à l’autre”

L’hospitalité à l’hôpital est décrite par Verspieren (2006) comme étant :

“un espace capable d’accorder la place à chacun pour que personne ne se sente étranger (...). Un hôpital hospitalier est au sens fort du mot, une institution accueillante et où l’hospitalité est un espace fait à l’autre.” (Verspieren, 2006, p.26-27)

En ce sens, le design peut permettre un meilleur accueil en offrant un espace à la personne accueillie. On entendra ici le terme dans deux sens, autant dans la place qu’il donne que dans la liberté qui est accordée aux usagers. Ici, cette dernière est permise par la démarche de design, autant dans la méthodologie employée permettant la prise de parole des usagers, que dans le projet lui-même. Par exemple, l’accessibilité aux informations permise par la signalétique, tout en guidant l’usager, lui accorde une certaine liberté d’usage du lieu (Breviglieri, 2007). Un seuil de liberté est néanmoins envisagé en amont par le designer qui l’encadre conformément aux normes de l’institution de l’hôpital. Ce cadre ainsi défini est pris en compte et appliqué au projet de l’hospitalité pour la favoriser. De ce fait, cette recherche démontre qu’il est difficile voire impossible que l’hospitalité ne soit pas en amont guidée par l’hôte des lieux. En effet, dans notre cas, la démarche de design permet une passerelle entre la conception d’un projet adapté aux usagers et les règles et normes sociales et hiérarchiques de l’hôpital qui se doivent d’être respectées. Cet *“espace fait à l’autre”* est donc possible dans la recherche d’un équilibre constant entre accueillant et accueilli (Verspieren, 2006) : entre l’institution, les équipes et les vulnérabilités des visiteurs. Cependant, cet équilibre semble avoir été complexe à obtenir dans notre cas, notamment du fait de la période réduite sur le terrain. Ce projet sur l’hospitalité nécessiterait ainsi davantage d’itérations sur une temporalité plus grande afin de trouver ce juste équilibre adapté au service de réanimation. Cela offrirait notamment non seulement davantage de familiarisation au fonctionnement de l’hôpital mais favoriserait également une connaissance des personnes ressources sur le terrain.

Ainsi, la prise en compte des vulnérabilités que permet le design favorise le geste d’hospitalité. Le design encapacite les usagers, valorise la portance de l’espace et fait un espace à l’autre. Cependant, il doit faire attention, ce faisant, à ne pas diminuer les relations sociales, de même à se réduire à de l’esthétisme. Enfin et surtout, ce projet démontre que même s’il favorise le geste d’hospitalité, le design ne permet pas non plus d’aboutir à une hospitalité parfaite.



Conclusion

Au début de notre recherche, nous avons investigué le sens-même de l'hospitalité ainsi que son lien avec l'hôpital. Ce travail nous a mené vers une analyse des vulnérabilités relatives aux patients et leurs proches dans un service de réanimation, le terrain de cette recherche, et révéla un manque quant à leur prise en charge. Notre recherche s'est donc centrée sur la manière dont le design, au travers de méthodes participatives, peut agir sur l'espace de la réanimation afin de favoriser le geste d'hospitalité envers ses usagers.

Cette recherche-projet fut guidée par les questions suivantes :

Question de recherche : Le design peut-il participer à favoriser l'hospitalité en milieu hospitalier ?

Question de projet : Comment l'espace peut-il devenir un soutien effectif dans l'accueil des vulnérabilités en milieu hospitalier ? Le cas du service de réanimation du CHU de Nîmes.

Pour y répondre, nous avons posé les trois hypothèses suivantes :

- **Hypothèse 1 :** Le design peut contribuer à un questionnement collectif sur l'hospitalité au travers de méthodes participatives avec les usagers d'un service de réanimation.

- **Hypothèse 2 :** Le design peut agir par un soutien effectif à l'espace du service de réanimation, de manière à prendre soin de ceux qui l'occupent (patients, soignants et proches).

- **Hypothèse 3 :** La prise en compte des vulnérabilités présentes en réanimation peut favoriser le geste d'hospitalité. En cela, elle peut participer à un questionnement sur ses frontières.

Nous considérons la première hypothèse partiellement validée. Si la démarche de design démontre la possibilité de faire émerger une réflexion collective riche sur l'hospitalité en tenant compte des contraintes d'un service de réanimation, elle ne parvient cependant pas, dans notre cas, à faire participer tous les acteurs de la réanimation.

La deuxième hypothèse n'est que partiellement validée. En effet, le design parvient à favoriser l'hospitalité en agissant sur l'espace. Cependant, des limites inhérentes à l'espace mais également relatives au temps, aux moyens financiers, à la hiérarchie et à la connaissance du design, peuvent ralentir son action voire l'empêcher.

La troisième hypothèse est validée. Le design agit en faveur de l'hospitalité et offre un espace aux personnes accueillies par la prise en compte qu'il permet des vulnérabilités. Ceci, sans pour autant parvenir à une hospitalité parfaite. Ce faisant, il doit cependant porter attention à la préservation des relations sociales en contexte hospitalier, de même qu'à l'explicitation de son rôle pour éviter tout amalgame avec de l'esthétisme. Ainsi, la démarche de design permet d'agir sur l'hospitalité à l'hôpital et en particulier dans notre

cas, en service de réanimation en relevant des besoins mais également en la favorisant. Elle y parvient dans une certaine mesure mais expose aussi, dans un même temps, certaines limites actuelles de l'hospitalité amenant à des questionnements à prendre en compte.

Concernant notre question de projet, nous avons cherché à favoriser le geste d'hospitalité dans l'environnement complexe et angoissant qu'est la réanimation (cf. § 1.2) en permettant un équilibre entre accueillant et accueilli (Rosberg et al., 2019). Cette égalisation des rapports peut être trouvée par la création d'un «*espace fait à l'autre*» proposé par Verspieren (2006), en donnant les clés nécessaires aux personnes accueillies, à savoir les proches et les patients. Ainsi, un travail sur l'espace lui-même (cf. § 3.2), dans sa fonctionnalité mais également son aspect, permet un accueil plus chaleureux et convivial, autant pour les soignants que pour les proches. Aussi, la mise en place d'outils d'accompagnement pour découvrir l'espace (cf. § 3.3) permet une prise de connaissance plus effective de ce qu'est la réanimation et une autonomie de circulation dans le service encapitant ainsi l'utilisateur accueilli. Les propositions autour de la transparence de l'espace visant à garantir une plus grande intimité du patient (Dumont, 2019) (cf. § 3.4) impliquent nécessairement certains changements dans les pratiques et nécessiteraient un travail sur le plus long terme. Également, au regard de cette recherche, l'intimité du patient en réanimation pourrait être davantage garantie en agissant directement sur l'espace et sa configuration actuelle. Enfin, l'implication plus grande des proches dans le processus de création peut consister en un objectif d'amélioration de ce projet sur l'hospitalité en réanimation. En effet, leur participation au sein d'un groupe de travail pourrait agir sur une meilleure prise en compte de leurs besoins.



Bibliographie

Agier, M. (2018). *L'étranger qui vient—Repenser l'hospitalité*. Média Diffusion.

Aissani, L. (2006). Infirmière en réanimation : Une spécialisation ? *Recherche en soins infirmiers*, 87(4), 140-149. <https://doi.org/10.3917/rsi.087.0140>

Andrès, R. (2017). De l'universel au singulier : Prendre soin « des » vieillissements. *Sciences du Design*, 6(2), 92-102. <https://doi.org/10.3917/sdd.006.0092>

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

Auziol, B. (2020). Exposer le design : Formes et intentions. *Culture & Musées. Muséologie et recherches sur la culture*, 36, Article 36. <https://doi.org/10.4000/culturemusees.5792>

Barrère, C., Grout, C. (2019). L'hôpital comme milieu, l'hospitalité et/en ses espaces. Séminaire art et design, entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin.

Barrier, P. (2019). Origine et destination du soin medical. *Ocula*, 20. <https://doi.org/10.12977/ocula2019-11>

Benallah, S., & Domin, J.-P. (2017). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? *Travail et emploi*, 152(4), 5-31. <https://doi.org/10.4000/travailemloi.7755>

Benveniste, E. (1969). *Le Vocabulaire des institutions indo-européennes*, tome I, Minuit, Paris.

Berard, R. (2005). Accueil et « soin » des familles des patients hospitalisés en service de réanimation. *Présence haptonomique*, 7(1), 97-120. <https://doi.org/10.3917/ph.007.0097>

Boles, J.-M., & Jousset, D. (2011). Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte. *Dimensions cliniques et enjeux philosophiques. Laennec*, 59(2), 42-54. <https://doi.org/10.3917/lae.112.0042>

Bonaccorsi, J., & Nonjon, M. (2012). « La participation en kit » : L'horizon funèbre de l'idéal participatif. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 79, Article 79. <https://doi.org/10.4000/quaderni.618>

Breviglieri, M. (2007). L'usage, le design et l'architecture. L'éthique professionnelle dans la conception d'un monde habitable. *Les ateliers de la recherche en design*, n°1, 53-59.

Bubien, Y. (2019). L'intimité à l'hôpital : Quels enjeux éthiques ? In *L'intimité menacée ?* (47-61). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.migue.2019.01.0047>

Calmettes, J. (2022). *Le care partagé en réanimation, (sur)vivre à plusieurs*. [Mémoire de recherche, Université de Nîmes].

Carrier, C., & Bay, B. (2017). L'aménagement de l'espace dans les établissements de santé : Une expérience d'innovation sociale hospitalière. *Annales des Mines - Réalités industrielles*, Mai 2017(2), 28-32. <https://doi.org/10.3917/rindu1.172.0028>

Carrier, C., Bay, B., Desflaches, A.-L., & Gautier, G. (2015). L'utilisateur, coconcepteur de l'hôpital de demain. *Gestions Hospitalières*. <https://gestions-hospitalieres.fr/lusager-coconcepteur-de-lhopital-de-demain/>

Catoir-Brisson, M.-J., & Jankeviciute, L. (2014). Entretien et méthodes visuelles : Une démarche de recherche créative en sciences de l'information et de la communication. *Sciences de la société*, 92, Article 92. <https://doi.org/10.4000/sds.1130>

Catoir-Brisson, M.-J., & Royer, M. (2017). L'innovation sociale par le design en santé. *Sciences du Design*, 6(2), 65-79. <https://doi.org/10.3917/sdd.006.0065>

Catoir-Brisson, M.-J., & Watkin, T. (2022). Quand le design social renouvelle les méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. Retour réflexif sur deux recherches-projets en santé et habitat.

Chahraoui, K. (2014). Traumatisme psychique et médecine. In 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme (79-101). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chahr.2014.01.0079>

Chanques, G., Dauvilliers, Y., Perrigault, P.-F., Jaber, S. (2014). Sommeil en réanimation.

Cinotti, R., Le Courtois du Manoir, M., & Asehnoune, K. (2020). Consultation systématique après l'hospitalisation en soins intensifs pour le dépistage et la prise en charge du syndrome post-réanimation. *Anesthésie & Réanimation*, 6(4), 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2019.11.027>

Coiré, M., & Delanoë-Vieux, C. (2021). Le design au service de la qualité de vie au travail des professionnels de l'hôpital. *Soins*, 66(860), 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2021.10.010>

Cortey, L., Delebarre, S., Guéneu, C. & Lemeunier, C. (2019). Elaborer les politiques publiques avec les usagers et les agents : Vers une dynamique de co-construction ? *Les cahiers de l'observatoire social territorial*, 22.

Côté, V., Bélanger, L., & Gagnon, C. (2017). Le design au service de l'expérience patient. *Sciences du Design*, 6(2), 54-64. <https://doi.org/10.3917/sdd.006.0054>

Cresson, G. & Schweyer, F. (2000). Les usagers du système de soins. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.schwe.2000.01>

Delanoë-Vieux, C. (2022). Art et design : Instauration artistique, entre hostilité et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde. [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg].

Delanoë-Vieux, C., Coiré, M., Coubard-Millot, J., & Figuerola, X. (2019). L'expérience du patient en design, une ressource pour la conception d'un parcours d'hospitalité dans un hôpital neuf. *Ocula*, 20. <https://doi.org/10.12977/ocula2019-12>

Delanoë-Vieux, C. (2019). Aménagement, ménagement quand l'espace fait hospitalité dans les lieux de soin. Séminaire art et design, entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin. Séance 1 : Espèce d'espace, favoriser ou contrarier l'hospitalité dans les lieux de soin.

De Mourat, R., Ocnareescu, I., Renon, A.-L., & Royer, M. (2015). Méthodologies de recherche et design : Un instantané des pratiques de recherche employées au sein d'un réseau de jeunes chercheurs. *Sciences du Design*, 1(1), 68-75. <https://doi.org/10.3917/sdd.001.0068>

Deni, M. (2014). Le design de services : Projeter le bien-être. *Communication et organisation. Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle*, 46, Article 46. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.4760>

Deni, M., & Catoir-Brisson, M.-J. (2019). Introduction. *Ocula*, 20. <https://doi.org/10.12977/ocula2019>

Denoual, F. (2020). Le designer de l'Anthropocène : Vers une éthique de l'habitabilité élargie. *Sciences du Design*, 11(1), 42-50. <https://doi.org/10.3917/sdd.011.0042>

Derrida, J. (2021). *Hospitalité, Volume I, Séminaire (1995-1996)*. Éditions du Seuil.

Dodeler, V. (2014). Chapitre 12. Concevoir des centres de soins propices à la guérison : Apports de la psychologie de l'environnement. In *Psychologie de la santé : Applications et interventions* (p. 299-321). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2014.01.0299>

Dodier, N., & Camus, A. (1997). L'hospitalité de l'hôpital. *Communications*, 65(1), 109-119. <https://doi.org/10.3406/comm.1997.1992>

Donetto, S., Pierri, P., Tsianakas, V., & Robert, G. (2015). Experience-based Co-design and Healthcare Improvement : Realizing Participatory Design in the Public Sector. *The Design Journal*, 18(2), 227-248. <https://doi.org/10.2752/175630615X14212498964312>

Dris, N. (2004). L'espace habité : Sens, usage, méthode. *Travaux de l'Institut de Géographie de Reims*, 30(119), 177-185. <https://doi.org/10.3406/tigr.2004.1486>

Dugave, C. (2019). Quand faire, c'est s'exprimer, intervention en pédopsychiatrie. Séminaire Art et design entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin. Séance 2 : Faire avec, pratiques collectives entre soin et création.

Dumont, M. (2019). L'intimité à l'épreuve du soin. In *L'intimité menacée ?* (95-104). *Érès*. <https://doi.org/10.3917/eres.migue.2019.01.0095>

Findeli, A. (2015). La recherche-projet en design et la question de la question de recherche : Essai de clarification conceptuelle. *Sciences du Design*, 1(1), 45-57. <https://doi.org/10.3917/sdd.001.0045>

Findeli, A. (2018). Esthétique et responsabilité en design. In P. Gauthier, S. Proulx & F. Münch (dir.), *Transformer innover dérégler*, actes des 10e Ateliers de la recherche en design (8-22). Montréal : Éditions Design et société.

Floccard, B., & Delwarde, B. (2020). Consultation post-réanimation. In *Analysis*, 4(2), 159-163. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2020.04.001>

Fontaine, C. (2019). L'eau à la bouche, interroger le moment du repas avec les personnes hospitalisées et les équipes de soin. Séminaire art et design, entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin. Séance 2 Faire avec, pratiques collectives entre soin et création.

Gasquet-Blanchard, C. (2020). L'espace partagé du soin en temps d'urgence : Approche comparée du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo). In N. Bautès, Y.

Gazengel, J. (2006). La parole en réanimation, médiation nécessaire d'un corps à l'autre. *Champ psychosomatique*, 41(1), 101-109. <https://doi.org/10.3917/cpsy.041.0101>

Gey, M. (2006). Au-delà du corps-machine : L'expérience extrême du sujet hospitalisé. *Champ psychosomatique*, 44(4), 61-75. <https://doi.org/10.3917/cpsy.044.0061>

Gibert, C., Nitenberg, G., Valentin, J.-M. (2013). Architecture et organisation d'un service de réanimation. *Réanimation médicale*. Volume V : Organisation.

Godart, P. (2020). Des espaces. *Inflexions*, 43(1), 13-25. <https://doi.org/10.3917/infle.043.0013>

González-Caro, D., Blázquez-Romero, V., & Garnacho-Montero, J. (2023). "Balcony of Hope" : A key element of new intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 49(3), 379-380. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06975-9>

Gotman, A. (1997). La question de l'hospitalité aujourd'hui. *Communications*, 65(1), 5-19. <https://doi.org/10.3406/comm.1997.1983>

Gouirand, P. (2011). L'ACCUEIL - Théorie, Histoire et Pratique. https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&razSqlClone=1&no=35616

Granier, P. (2002). Une approche multiscalair des lieux hospitaliers : L'exemple du CHRU de Tours. *Noroi*, 189(1), 5-16. <https://doi.org/10.3406/noroi.2002.7050>

Guilloux, G., & Le Bœuf, J. (2017). Design et territoires de pratiques en santé : Enjeux pour la recherche et la formation. *Sciences du Design*, 6(2), 26-39. <https://doi.org/10.3917/sdd.006.0026>

Hallauer, É. (2015). Habiter en construisant, construire en habitant : La « permanence architecturale », outil de développement urbain ? *Métropoles*, 17, Article 17. <https://doi.org/10.4000/metro-poles.5185>

Haschar-Noé, N., & Basson, J.-C. (2019). Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. La Case de Santé de Toulouse (France). *Innovations*, 60(3), 121-144. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0064>

Hilgers, M. (2013). Observation participante et comparaison : Contribution à un usage interdiscipli-

naire de l'anthropologie. *Anthropologie et Sociétés*, 37(1), 97-115. <https://doi.org/10.7202/1016149ar>
Hirsch, E. (2011). L'hospitalité : Une éthique du soin. *Fondapol*. <https://www.fondapol.org/etude/hospitalite-une-ethique-du-soin-emmanuel-hirsch/>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Innocenti, L., Théval, A. (2019). D'une attention à l'autre, l'institution hospitalière à l'épreuve d'une intention artistique. Séminaire Art et design entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin. Séance 4 : L'imaginaire au pouvoir, débusquer les mythologies, faire des mondes.

Isa, S., Steinert, M., & Liem, A. (2015). The value of prototypes in the early design and development process.

Kahane, B. (2015). Design et innovation : Deux faces d'une même médaille ? *Sciences du Design*, 1(1), 109-119. <https://doi.org/10.3917/sdd.001.0109>

Kalfon, P., Cirilovic, T., & Grimal, E. (2010). Confort et qualité de vie du patient en réanimation.

Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan.

Kazek, A. (2015). La transparence et l'espace-temps en réanimation. *L'information psychiatrique*, 91(10), 809-817. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1415>

Laplantine, F., (1996). La description ethnographique. <https://www.decitre.fr/livres/la-description-ethnographique-9782091904948.html>

Leahey M., Wright, L. (1991) *Familles et maladies comportant un risque vital* (Coll encyclopédie des soins infirmiers). Medsi/Mc Graw-hil

Le Guennec, M.-A. (2019). Hospitalité et Antiquité méditerranéenne dans les sciences humaines et sociales contemporaines. *Revue du MAUSS*, 53(1), 65-79. <https://doi.org/10.3917/rdm.053.0065>

Legrand, É. (2010). Quand la réanimation échoue : L'expérience des familles. *Sciences sociales et santé*, 28(1), 43-70. <https://doi.org/10.3917/sss.281.0043>

Le Strat, P.-N. (2017). Pratiquer la recherche « en réciprocité ». Quelques orientations épistémopolitiques. Pascal NICOLAS-LE STRAT. <https://pnls.fr/pratiquer-la-recherche-en-reciprocite-quelques-orientations-epistemopolitiques/>

Longueville, V. (2016). La visite de l'enfant en réanimation adulte : Une visite préparée. *Médecine Intensive Réanimation*, 25(6), Article 6. <https://doi.org/10.1007/s13546-016-1234-z>

Manzini, E. (1991) « Postface », *Artefacts*, Vers une nouvelle écologie de l'environnement artificiel, Paris, Éditions du Centre Pompidou, 245-246

Minjard, R. (2019). Être là pour penser la continuité ; un psychologue en réanimation. Jusqu'à la mort

- accompagner la vie, 136(1), 107-119. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.136.0107>
- Ngono, B. (2014). Hôpital et hospitalité : Aux fondements d'un lien indissoluble. *Journal International de Bioéthique*, 25(4), 17-28.
- Nobre, T., & Mac Gabahn, K. (2011). La prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital : Une étude exploratoire en contexte français. *Humanisme et Entreprise*, 305(5), 37-48. <https://doi.org/10.3917/hume.305.0037>
- Nova, N. (2021). Enquête/Création en design. Manifeste 2. Head publishing. https://api.head-publishing.ch/uploads/FR_Nova_WEB_20b5c002cd.pdf
- Nova, N., Lécho Hirt, L., Kilchör, F., & Fasel, S. (2015). De l'ethnographie au design, du terrain à la création : Tactiques de traduction. *Sciences du Design*, 1(1), 86-93. <https://doi.org/10.3917/sdd.001.0086>
- Paumard, A. (2018). L'accueil des migrants en France. Les associations en conflit avec l'État. *Études*, Avril(4), 33-44. <https://doi.org/10.3917/etu.4248.0033>
- Pellerin, D., & Coirié, M. (2017). Design et hospitalité : Quand le lieu donne leur valeur aux soins de santé. *Sciences du Design*, 6(2), 40-53. <https://doi.org/10.3917/sdd.006.0040>
- Perec, G. (1974). *Espèces d'espaces*. Paris. Gallée.
- Pierron, J-P. (2023). Pourquoi penser les lieux de soin ? [Conférence]. Séminaire Architecture et care. Chaire de philosophie à l'hôpital. Paris. <https://chaire-philo.fr/pourquoi-penser-les-lieux-de-soin/>
- Piette, A. (1998). Les détails de l'action. *Enquête*, 6, 109.
- Psiuk, T. (2008). L'espace intime du soin. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 14-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0014>
- Retaillé, D. (1997). *Le monde du géographe*. Presses de Sciences Po.
- Riazuelo, H. (2020). L'intime à l'hôpital. Plaidoyer pour un certain clair-obscur. *Cliniques*, 19(1), 45-57. <https://doi.org/10.3917/clini.019.0045>
- Roulin, M.-J., & Vignaux, L. (2010). Comment prendre soin en réanimation ? *Réanimation*, 19(3), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.03.003>
- Roxberg, Å., Tryselius, K., Gren, M., Lindahl, B., Werkander Harstäde, C., Silverglow, A., Nolbeck, K., James, F., Carlsson, I.-M., Olausson, S., Nordin, S., & Wijk, H. (2020). Space and place for health and care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(Suppl 1), 1750263. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1750263>
- Royer, M. (2019). Synthèse des échanges. Séminaire Art et design, entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin. Séance 4 : L'imaginaire au pouvoir, débusquer les mythologies, faire des mondes.
- Royer, M. (2022). À la croisée de la recherche en design et de l'anthropologie. *Parcours anthropologiques*, 17, Article 17. <https://doi.org/10.4000/pa.2024>
- Royer, M. (2020). Concevoir en portant attention aux milieux. Étude sur les modalités d'exposition du design de la participation. *Design Arts Medias*. <https://journal.dampress.org/issues/lexposition-de-design/concevoir-en-portant-attention-aux-milieux-etude-sur-les-modalites-dexposition-du-design-de-la-participation>
- Sanders, E. B.-N., & Stappers, P. J. (2008). Co-creation and the new landscapes of design. *CoDesign*, 4(1), 5-18. <https://doi.org/10.1080/15710880701875068>
- Sanoff, H. (2006). Multiple Views of Participatory Design. *Middle East Technical University Journal of the Faculty of Architecture*, 2. <https://doi.org/10.15368/focus.2011v8n1.1>
- Schrecker, C., & Toupet, L. (2016). Dessiner les frontières de l'intime dans le cadre des soins. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 7, Article 7. <https://doi.org/10.4000/socio.2416>
- Stiefel, P. F., & Marion-Veyron, D. R. (2018). L'hôpital comme espace et comme territoire. *REVUE MÉDICALE SUISSE*.
- Thomas, F. (2018). Plusieurs imaginaires pour une réalité. L'accompagnement de l'enfant en réanimation. *Psychologues et Psychologies*, 257(4), 032-035. <https://doi.org/10.3917/pep.257.0008i>
- Tufte, T. (2018). *Communication and social change*. Oxford. Polity.
- Vallejo, M.-C. (2014). 4. Entre vulnérabilité, sensibilité et possibilité. In *Une approche philosophique du soin (75-97)*. *Érès*. <https://www.cairn.info/une-approche-philosophique-du-soin--9782749240107-p-75.htm>
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Verspieren, P. (2006). L'hospitalité au cœur de l'éthique du soin. *Laennec*, 54(4), 33-49. <https://doi.org/10.3917/lae.064.0033>
- Vial, S. (2017). Chapitre IV. Le projet en design et sa méthode: Vol. 2e éd. (79-105). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-design--9782130799658-p-79.htm>
- Vigué, B., & Radiguer, F. (2020). Dialogue avec l'entourage des patients en réanimation. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 24(5), 250-258. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2020.09.002>
- Vinatier, I. (2011). Le bien-être du patient en réanimation—Comment l'améliorer ? *Réanimation*, 20(S2), 662-668. <https://doi.org/10.1007/s13546-010-0136-8>
- Zarka, Y. C. (2016). Penser l'hospitalité aujourd'hui. *Cités*, 68(4), 3-8. <https://doi.org/10.3917/cite.068.0003>



Annexes

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire a été utilisé lors des entretiens semi-directifs avec les professionnels du service de réanimation.

Présentation

- Quel est votre prénom ? Âge ?
- Quel est votre métier ?
- Qu'est ce qui vous plaît le plus dans votre travail ?

Leur rôle au sein du service

- Quelle est votre rôle au sein du service de réanimation ?
Quelles sont vos tâches quotidiennes ?
- Comment se déroule une journée type au sein du service de réanimation ?
- Comment s'organisent les équipes de soignants pour prendre en charge les patients ?
- Y a t'il des différences dans un fonctionnement en équipe de jour et en équipe de nuit ?
- Qui sont vos principaux interlocuteurs ? Comment fonctionnent en parallèle les équipes médicales et paramédicales ?

Le parcours du patient

- Quel est le parcours type d'un patient en service de réanimation ?
- Lorsqu'un patient entre dans le service de réanimation, comment ça se passe ?
Et dans ce cas-là, quel est votre rôle ?
- Lorsqu'un patient part dans un autre service, comment est-ce que cela se passe ? Et dans ce cas-là, quel est votre rôle ?
- Lorsqu'un patient décède, comment est-ce que ça se passe ?
Quel est votre rôle ?

Le parcours des proches

- Comment est-ce que vous accueillez les familles actuellement au sein du service ?
- Pensez-vous qu'il y aurait des choses à améliorer ?
- Si oui, lesquelles et comment ?

Février - Mars

ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Ce tableau fait état de l'ensemble des entretiens semi-directifs menés pour cette recherche.

Professionnels de réanimation

| Profession | Date | Lieu | Durée |
|-----------------------|--------------|--|--------------|
| Médecin (junior) | 23 /01 /2023 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 30 min 14 |
| Psychologue | 25 /01 /2023 | Bureau des psychologues (réanimation chirurgicale) | 28 min 37 |
| Interne en médecine | 26 /01 /2023 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 14 min 15 |
| Interne en médecine | 26 /01 /2023 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 11 min 00 |
| Interne en médecine | 26 /01 /2023 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 11 min 04 |
| Secrétaire | 26 /01 /2023 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 1h 12 min 30 |
| Infirmière | 24/01 /2023 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 16 min 01 |
| Infirmière matérielle | 26/01 /2023 | Bureau de la cadre de santé (réanimation médicale) | 17 min 13 |
| Cadre de santé | 26/01 /2023 | Bureau de la cadre de santé (réanimation médicale) | 16 min 56 |
| Infirmière (PMO) | 01/02/2023 | Bureau de PMO (réanimation chirurgicale) | 27 min 06 |

Anciens patients et proches

| | Âge | Durée du séjour | Date | Lieu | Durée |
|-------------------------------|--------|-----------------|---------|---------------|-----------|
| Proche 1 (avec son épouse) | 75 ans | 14 jours | 20 / 03 | Par téléphone | 07 min 37 |
| Proche 2 | 69 ans | 15 jours | 22 / 03 | Par téléphone | 32 min 51 |

Février - Mai

OBSERVATION PARTICIPANTE DU SUIVI POST-RÉANIMATION

Ce tableau fait état de l'ensemble des consultations post-réanimation observés durant cette recherche. Les consultations post-réanimation se font en présence d'un médecin, d'un infirmier et d'un patient (accompagné ou non d'un proche).

Anciens patients

| | Âge | Durée du séjour | Date | Lieu | Accompagnant à la consultation |
|---|-------------|-------------------|---------|--|--------------------------------|
| A | 60 ans M | 15 jours | 07 / 02 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | x |
| B | 84 ans M | 4 jours | 07 / 02 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | Épouse |
| C | 67 ans M | 3 jours | 07 / 03 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | x |
| D | 64 ans M | 15 jours | 14 / 03 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | Épouse |
| E | 54 ans F | 1 mois et 3 jours | 21 / 03 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | Soeur |
| F | 72 ans M | 6 jours | 04 / 04 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | x |
| G | 61 ans M | 3 mois et demi | 04 / 04 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | x |
| H | 58 ans F | 11 jours | 18 / 04 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | Époux |
| I | 73 ans M | 8 jours | 18 / 04 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | Nièce |
| J | 77 ans M | 2 jours | 09 / 05 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | x |
| K | 64 ans M | 5 jours | 09 / 05 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | x |

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS

Du suivi post-réanimation

Cette synthèse est un récapitulatif des observations faites durant les consultations post-réanimation sous forme de constats.

Le séjour en réanimation peut parfois être flou pour certains patients.

Il ne parvient pas à cerner ce qui était réel de ce qui ne l'était pas en réanimation et ne se rappelle pas de grand chose de son séjour.

« Réel ou pas réel, je ne sais pas ce que j'ai vu »

Ancien patient, 67 ans.

Il ne semble pas avoir de réels souvenirs de la réanimation mais ses proches lui ont raconté ce qu'il s'est passé.

« Je n'ai pas de souvenirs précis moi-même. Ce n'est pas des souvenirs dont je me rappelle personnellement, c'est ce qui m'a été rapporté »

Ancien patient, 61 ans.

Sur ce qu'il s'est passé en réanimation, il semble confus et ne se souvient pas de son séjour.

Ancien patient, 73 ans.

Le séjour en réanimation peut être clair et s'être bien passé pour certains patients.

Le patient se souvient de tout son séjour en réanimation.

« Je me souviens de tout, je n'ai pas perdu la boule. »

Ancien patient, 72 ans.

Il se rappelle très bien de son séjour et est très satisfait de sa prise en charge.

« J'ai été super bien soigné, le personnel est très dévoué, très compétent. »

Ancien patient, 84 ans.

Il s'est senti « dorloté » en réanimation.

Ancien patient, 77 ans.

Il est content de sa prise en charge en réanimation et ne semble pas traumatisé.

Ancien patient, 60 ans.

L'environnement de la réanimation peut être stressant, inconfortable et anxiogène.

Il raconte avoir entendu un bruit de « larsen » dérangeant venant d'un « gros tuyau ». L'horloge de sa chambre n'était pas à l'heure.

Ancien patient, 60 ans.

« À l'hôpital ici oui, c'était difficile aussi, il y avait beaucoup de médicaments. »

Ancienne patiente, 54 ans.

Il se souvient bien du bruit des machines présentes dans sa chambre.

Ancien patient, 73 ans.

Il rapporte que l'environnement de la réanimation l'a dérangé, notamment la lumière et les bruits

« (...) l'environnement de la réanimation : c'est extrêmement pénible le bruit, les lumières et moi j'avais une (...) machine qui soufflait de l'air à côté de moi. »

Ancien patient, 77 ans.

Certaines actions ou dires de la part des soignants peuvent être mal vécu par les patients.

Elle raconte avoir mal vécu certains propos déplacés de la part de certains soignants sur son poids, des propos agressifs quand elle s'est extubée.

« Je me suis extubée toute seule, je me suis faite rouspétée. J'ai très mal vécu le fait de m'être fait engueulée »

Ancienne patiente, 58 ans.

Elle a mal vécu son attachement au lit.

« J'ai vécu ça très mal, le fait d'être attachée. »

Ancienne patiente, 58 ans.

Les nuits peuvent être particulièrement compliquées en réanimation.

Il a fait beaucoup de cauchemars et avait beaucoup de mal à s'endormir à cause des douleurs physiques.

Ancien patient, 60 ans.

Il se souvient des longues nuits passées en réanimation.

« Les nuits étaient longues, je me demandais si j'allais m'en sortir »

Ancien patient, 73 ans.

Il rapporte avoir eu toujours le même rêve et dit s'être senti partir à certains moments.

Ancien patient, 77 ans.

Elle se souvient de rêves traumatisants avec des cauchemars concernant des membres de sa famille.

« J'ai vécu des films des histoires dans le coma (...) que des trucs négatifs. Tout est revenu petit à petit. »

Ancienne patiente, 58 ans.

Les patients peuvent faire du delirium. (hallucinations visuelles ou auditives suite à un réveil du coma)

Il dit avoir déliré pendant la réanimation et a donc vu un psychologue durant la réanimation.

Ancien patient, 64 ans.

Il rapporte avoir eu des visions sur une personne qui se tenait à côté de lui.

« En réanimation, j'avais toujours l'impression d'avoir quelqu'un dans la chambre avec moi, des fois dans le lit. »

Ancien patient, 61 ans.

L'hôpital de manière générale mais également la réanimation de façon plus précise peut engendrer beaucoup de stress aux patients.

« Pas plus que ça, j'ai un problème avec l'hôpital, ça devait m'arriver ce qu'il s'est passé. Et là je vais devoir me faire réopérer donc si vous voulez je suis réticent »

Ancien patient, 67 ans.

Il partage sa crainte de revivre ce qu'il a vécu durant son séjour en réanimation.

Ancien patient, 64 ans.

La situation du patient en réanimation peut être déstabilisante, notamment parce que c'est inconnu pour eux.

Il exprime beaucoup de stress à l'idée d'arriver en réanimation a été stressant pour lui

Ancien patient, 77 ans.

Le patient partage qu'il s'est senti bloqué par la situation dans laquelle il était, notamment parce qu'il était immobile.

« C'est compliqué parce que rien ne fonctionne mais vous êtes conscient »

Ancien patient, 64 ans.

Avril - Juillet

OBSERVATION PARTICIPANTE DANS LE CADRE DE LA THÈSE DE JULIE CALMETTES

Observation des entretiens semi-directifs

Ce tableau fait état de l'ensemble des entretiens semi-directifs observés durant l'enquête de terrain pour la thèse de Julie Calmettes.

Anciens patients

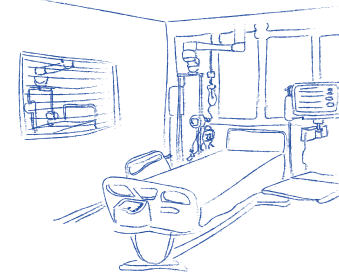
| | Âge | Proche présent | Durée du séjour | Date | Lieu | Durée de l'entretien |
|----|-------------|----------------|-----------------|---------|--|----------------------|
| 1 | 44 ans M | x | 37 jours | 13 / 04 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 57 min 38 |
| 2 | 74 ans M | x | 3 jours | 17 / 04 | À domicile Nîmes | 1 h 21 min |
| 3 | 72 ans F | x | 8 jours | 24 / 04 | À domicile Nîmes | 29 min 28 |
| 4 | 51 ans M | x | 4 jours | 25 / 04 | À domicile Nîmes | 1 h 02 min |
| 5 | 46 ans M | x | 10 jours | 28 / 04 | Salle de réunion (réanimation médicale péri-opératoire) | 1 h 19 min |
| 6 | 70 ans F | x | 4 jours | 03 / 05 | Salle de réunion (réanimation médicale péri-opératoire) | 21 min 06 |
| 7 | 86 ans F | Fille | 8 jours | 23 / 05 | À domicile Milhaud | 1 h 05 min |
| 8 | 77 ans F | x | 23 jours | 24 / 05 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 36 min 45 |
| 9 | 67 ans M | Épouse | 8 jours | 24 / 05 | À domicile Vauvert | 36 min 45 |
| 10 | 38 ans F | x | 56 jours | 07 / 06 | À domicile Flaux | 36 min 45 |
| 11 | 55 ans F | x | 5 jours | 07 / 06 | Par téléphone | 22 min 20 |

Proches

| | Date | Lieu | Durée de l'entretien |
|---------------------------------|---------|--|----------------------|
| Proche du patient 6 M | 27 / 06 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 14 min 55 |
| Proche du patient 11 M | 07 / 06 | Par téléphone | 14 min 26 |
| Proche d'un patient décédé F | 09 / 06 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 24 min 30 |
| Proche du patient 10 F | 03 / 07 | Salle d'entretien des familles (réanimation médicale) | 52 min 42 |

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS

Des entretiens semi-directifs, thèse de Julie Calmettes

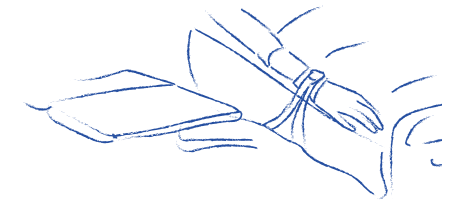


Il y a un manque d'intimité dans le service, notamment au niveau des chambres. La transparence du lieu est évoquée par les patients. Ils abordent notamment la toilette, la vision sur les autres chambres et les informations relatives aux autres patients.

- Le moment de la toilette peut être gênant pour certains patients. Un patient nous affirme qu'il comprend l'intention et le geste mais il préfère la faire lui-même. Il nous confie avoir eu une vue sur les autres chambres, pouvant ainsi voir des patients «dans un pire état que le sien». Il voyait les va-et-vient parce que les portes et fenêtres les laissaient apparaître. Ça a été assez compliqué pour lui de voir tout ça.
Ancien patient, 46 ans
- Un patient parle de visions affreuses en abordant ce qu'il voyait chez les autres patients. «On voit beaucoup de gens entrer et ne pas sortir».
Ancien patient, 44 ans

- Les portes des chambres sont laissées ouvertes pour permettre aux soignants de garder un œil sur les patients. Cet aspect peut entraîner une certaine paranoïa chez certains : «ils ont laissé la porte ouverte pour me surveiller».
Ancien patient, 51 ans
- Un autre patient affirme se rappeler de 3 personnes décédées dans le service. Le fait qu'on évacue les morts la nuit, ça l'a traumatisé. Il a d'ailleurs été étonné qu'il y ait autant de jeunes en réanimation.
Ancien patient, 67 ans

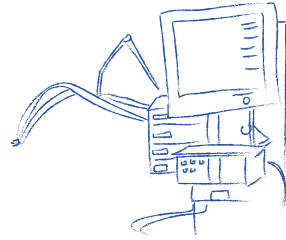
La situation dans laquelle est le patient n'est pas confortable pour ce dernier. Cela peut provenir du fait qu'il a été attaché au lit par les soignants pour le bon déroulement des soins, mais aussi par le fait qu'il soit isolé ou même pour les insomnies.



- Une patiente mentionne son attachement au lit fait par une personne de l'équipe soignante. Elle raconte s'être débattue et avoir essayé de tout arracher. Elle sait qu'elle se mettait en danger mais sur le moment, elle ne savait pas ce qu'il se passait.
Ancien patient, 38 ans
- Un patient raconte qu'il ne dormait pratiquement pas et qu'il avait beaucoup de mal à respirer.
Ancien patient, 67 ans

- Un patient partage sa sensation d'isolement due à la réanimation. Seule sa femme venait le voir : «En réanimation, personne ne rentre donc on se sent forcément isolé».
Ancien patient, 44 ans

L'environnement anxiogène de la réanimation peut être déstabilisant pour le patient. Il peut s'agir autant des machines, de la lumière, de l'odeur mais également de tous les branchements.



● Une patiente affirme avoir fait beaucoup d'insomnie en réanimation. Elle raconte également qu'il a été compliqué pour elle d'être branché à tous ces tuyaux autour d'elle.
Ancien patient, 74 ans

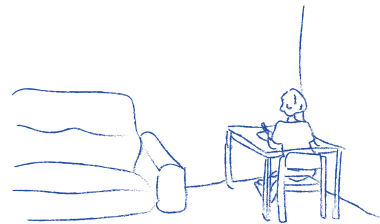
● Un patient raconte que le plus dur pour lui a été tous ces branchements. Il se souvient avoir eu des jets de lumière dans les yeux durant la nuit et également avoir été attaché aux bras. Tous ces aspects de la réanimation l'ont traumatisé.
Ancien patient, 51 ans

● Une patiente affirme avoir trouvé impressionnant la présence de toutes ces lumières et ces bruits.
Ancien patient, 70 ans

● Un patient raconte la satisfaction de revoir l'extérieur suite à son séjour en réanimation : «*En réa, on ne voit rien*». Ça l'a beaucoup aidé parce qu'être enfermé était compliqué pour lui. Il ajoute également la vision affreuse qu'étaient ces machines. Cependant, il est résilient et dit ensuite «*il faut passer par là*».
Ancien patient, 46 ans

● Une patiente affirme que l'environnement était très impressionnant que ce soit la nuit ou le jour. Elle raconte avoir fait des crises de pleurs tellement elle n'en pouvait plus. Ça a été très dur pour elle.
Ancien patient, 55 ans

● Une patiente se souvient avoir été intubé et se souvient également d'un appareil lui serrant beaucoup la tête.
Ancien patient, 77 ans



La venue en réanimation des proches en réanimation est un moment important. L'incertitude quant à la santé du patient peut être très compliqué pour les familles, autant pour les adultes que pour les enfants. Il est important de préciser également que chaque personne le vit différemment.

● La proche d'un patient mentionne le fait que les premiers jours du séjour de son mari ont été très dur à vivre pour elle. Ce sont des moments qui lui ont fait très peur.
Proche d'un patient, 67 ans

● La proche d'un patient décédé affirme trouver important le fait de venir souvent en réanimation accompagnée de ces enfants. Même si elle ne pouvait pas communiquer avec lui, elle avait besoin d'être auprès de lui.
Proche d'un patient décédé

● Le patient raconte que son petit-fils a fait un malaise en la voyant dans sa chambre en réanimation, ça a été un «remue-ménage».
Ancien patient, 86 ans

● Un patient nous confie avoir lui-même trouver les machines étaient impressionnantes. Il ne voulait donc pas que sa famille et encore moins son fils voit ça.
Ancien patient, 46 ans

● Les enfants d'une patiente sont venues en réanimation, grâce à une organisation faite avec le psychologue. En amont, sa soeur avait montré une vidéo de la chambre pour les préparer. Les deux enfants ont réagi différemment. Le petit de 6 ans n'a pas eu peur, il a compris. L'autre a eu peur.
Proche d'un ancien patient, 38 ans

Atelier accueil des proches

ANALYSE ET COMPTE-RENDU

1 BESOIN DE CONCENTRATION SUR LES SOINS EN COURS

Interruption des tâches

« Des fois, ça sonne donc nous [les soignants] on lâche ce qu'on fait pour pouvoir répondre et on pense qu'on va en avoir que pour 5 minutes.»

« Après c'est vrai que le matin, ils [les soignants] sont dans les soins, tu peux pas toujours t'arrêter selon ce que tu fais.»



2 BESOIN D'UN MOYEN DE SIGNALLEMENT PLUS EFFICACE

Localisation de la sonnette

« Quand tu es sur le secteur de devant, tu vois quand la personne est derrière le hublot, mais quand tu es au fond tu ne vois pas la porte. Donc tu appuies et tu essaies d'attendre.»



Son de la sonnette

« Si tu es dans la salle de staff, tu sais pas forcément dire si ça a sonné devant ou derrière vu que c'est la même sonnette.»

Non-fonctionnement de la sonnette

« Parfois Je pense qu'il y en a qui se disent [les proches], le bouton ne marche pas, que c'est pour cette raison que personne ne répond.»

3 BESOIN DE FLUIDIFIER LES PASSAGES

Porte ouverte trop peu de temps

« Tu leur ouvres. Le temps qu'ils viennent [les proches], le décalage est là, tu sais pas le temps que ça va rester déverrouiller.»

« Il faudrait que la temporisation soit plus longue, pour laisser [le temps] aux gens d'arriver.»



Trop-plein de circulation

« Après tu sais, il faut pas qu'ils [les proches] viennent à trop non plus.»

« Si on leur permet [aux proches] de trop passer de faire des allers-retours, c'est pas non plus optimal.»

Beaucoup d'aller-retours pour les soignants

« Nous [les soignants], ça nous oblige à aller voir là-bas si c'est bon et à revenir ici pour répondre "oui c'est bon vous pouvez y aller", à attendre que la personne soit là et à retourner dans son secteur.»

« Éviter les aller-retours aussi, on [les soignants] marche assez.»

4 BESOIN DE PRÉSERVER L'INTIMITÉ



Regards portés dans les chambres lors de leur passage

« Les gens, ils regardent ce qu'il y a dans les chambres. »

« Après, il y a ceux (les proches) qui s'arrêtent devant chaque chambre et qui regardent. »

« Avec les numéros des chambres, leurs regards (aux proches) se portent sur les chambres et en plus ils ne les voient pas. »

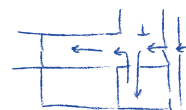
Manque de confidentialité

« Après, quand il y a l'interphone là, tout le monde peut entendre ce qui est dit sur le patient. »

« C'est surtout les autres familles qui sont dans la salle d'attente : elles entendent tout. »

« C'est pas du tout confidentiel. »

5 BESOIN DE SIMPLIFIER LA COMPRÉHENSION DU PARCOURS AU SEIN DU SERVICE



Non-compréhension du chemin à emprunter au sein du service / manque de visibilité de l'entrée

« Tu cherches, tu ne sais pas où tu vas donc tu cherches. »

« La première fois, ils (les proches) ne savent pas trop où aller. »

« Je trouve que la sonnette est un peu loin de la porte d'entrée, ils ne comprennent pas. »

Accueil des personnes ne parlant pas français

« Beaucoup ne comprennent pas le français, selon les familles. »

« Il y en a qui ne savent pas lire. »

Affichage nombreux, perte d'informations pour le proche

« Pleins (de proches) ne font pas l'effort de lire. »

« Il y a tellement de trucs à lire, (...) c'est noyé. »

« Il y avait déjà une affiche je crois. Mais ça pareil, ils ne les lisent pas. »

« Les gens ils ne lisent pas, tu peux rajouter 15.000 papiers ils ne lisent pas. »

Désorientation et stress des proches

« Ils (les proches) sont dans une situation de stress surtout quand c'est la première fois qu'ils viennent. »

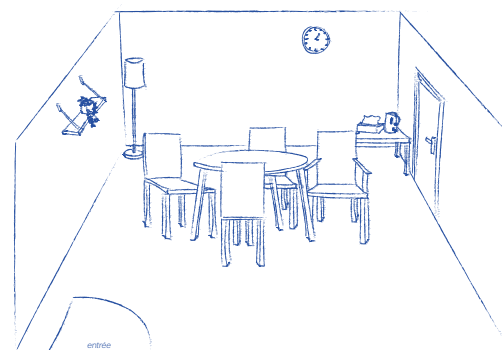
« Ils (les proches) sont super inquiets, rien que le fait d'être hospitalisé en réa, ils sont en stress. »

« Y'a des familles qui ont besoin d'être rassurés. »

« Là ils sont dans l'anxiété. Et ça monte, ça monte, ça monte. »

Atelier espace pour les familles PROPOSITION 1 - 2 - 3

Ces propositions d'aménagements de l'espace pour les familles ont été faites durant les ateliers participatifs organisés avec les soignants du service de réanimation.



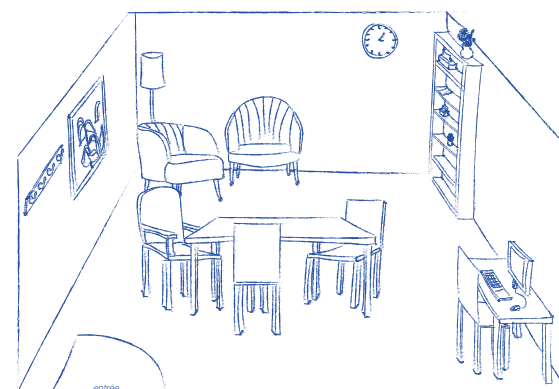
Éléments marquants

- Ajout d'une lampe dans le fond de la pièce pour un aspect plus intimiste.
- Volonté de ne pas mettre trop d'objets et de meubles dans la pièce non seulement parce que la pièce est petite mais également pour bien circuler.



Éléments marquants

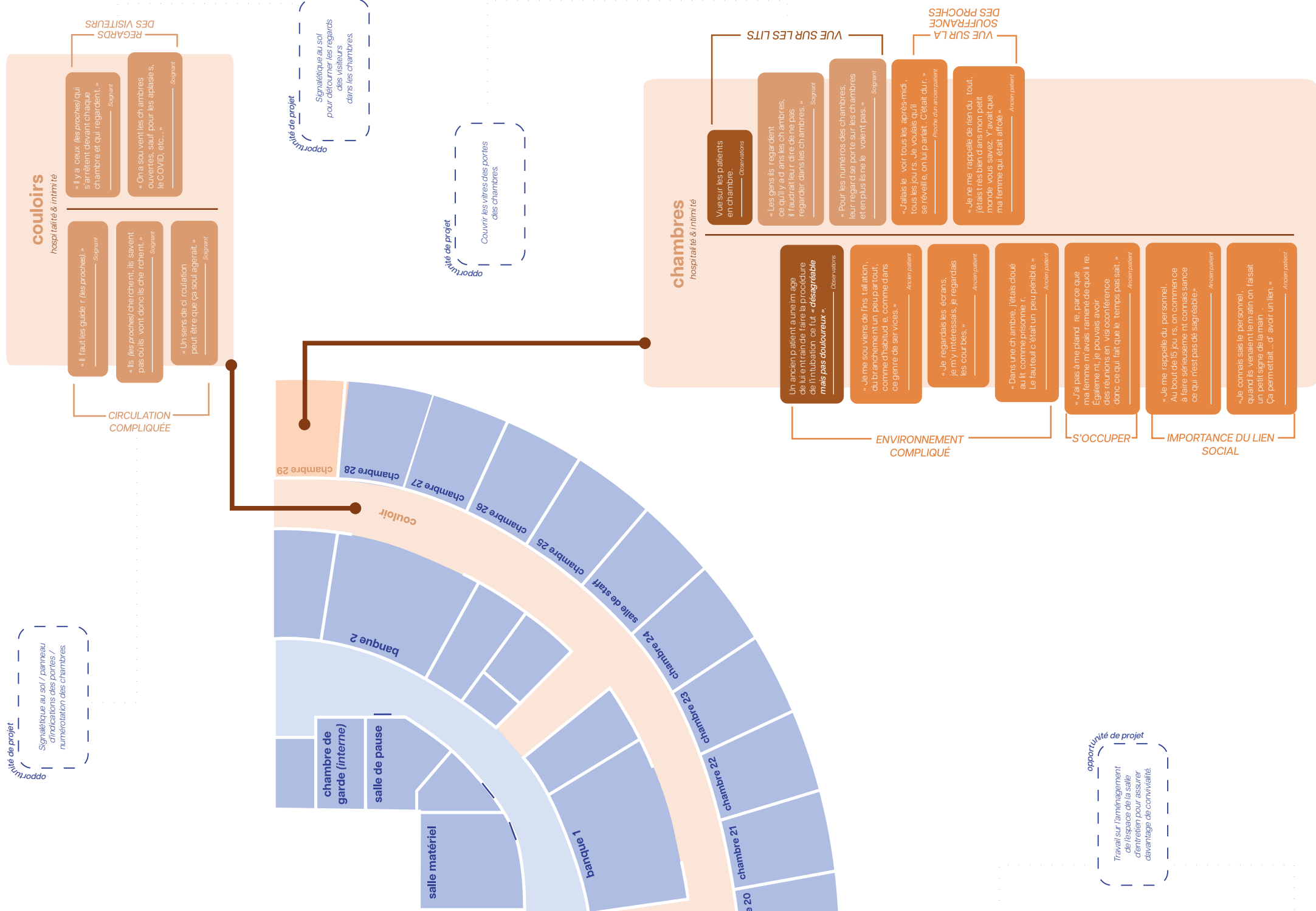
- Importance de mettre plus de lumière (peinture lumineuse ?)
- Mettre les brochures de décès directement dans la salle d'entretien des familles n'est pas une bonne idée, peut être considéré comme un affront.
- Possibilité d'avoir une collation pour les familles qui apprennent quelque chose de douloureux.
- Ajout de plantes pour plus de verdure.
- Ajout d'un fauteuil en fond de la pièce pour un proche qui souhaiterait y rester suite à une annonce compliquée.



Éléments marquants

- Garder l'ordinateur, par obligation mais également dans le cas où les consultations post-réanimation se feraient dans cette salle.
- Créer un petit espace au fond plus confortable et intime pour les proches qui souhaitent rester plus longtemps dans cette pièce.
- Condamner la deuxième porte pour assurer un flux de circulation par la porte principale.

PARCOURS DE L'HOSPITALITÉ EN RÉANIMATION



couloirs
hospitalité & intimité

« Il faut les guider / (les proches) » *Soignant*

« Ils (les proches) cherchent, ils savent pas outils, vont donc ils cherchent » *Soignant*

« Un sens de circulation peut être que ça soulagerait » *Soignant*

« Il y a ceux (les proches) qui s'arrêtent devant chaque chambre et qui regardent » *Soignant*

« On a soulevé les chambres ouvertes, pour le COVID, etc... » *Soignant*

CIRCULATION COMPLIQUÉE

opportunité de projet
Signalétique au sol pour détourner les regards des visiteurs dans les chambres.

opportunité de projet
Couvrir les vitres des portes des chambres.

chambres
hospitalité & intimité

« Un ancien patient a une image de lui entrain de faire la procédure de l'intubation, ce fut « désagréable mais pas douloureux » *Observateur*

« Je me souviens de l'ins tallation, du brancardement un peu partout, comme d'habitude, comme dans ce genre de services » *Ancien patient*

« Je regardais les écrans, je m'y intéressais, je regardais les courbes » *Ancien patient*

« Dans une chambre, j'étais cloué au lit comme prisonnier... Le fauteuil c'était un peu pénible » *Ancien patient*

« J'ai pas à me plaindre, parce que ma femme m'avait ramené de quoi lire. Egalement, je pouvais avoir des réunions en visioconférence donc ce qui fait que le temps pas saut » *Ancien patient*

« Je me rappelle du personnel. Au bout de 15 jours, on commençait à faire sérieusement connaissance ce qui n'est pas désagréable » *Ancien patient*

« Je connais sais le personnel, quand ils venaient le matin on faisait un petit signe de la main... Ça permettait... d'avoir un lien » *Ancien patient*

VUE SUR LES LITS

« Les gens ils regardent ce qu'il y a dans les chambres, il faudrait leur dire de ne pas regarder dans les chambres » *Soignant*

« Pour les numéros des chambres, leur regard se porte sur les chambres et en plus ils ne le voient pas » *Soignant*

VUE SUR LA SOUFFRANCE DES PROCHES

« J'ai le voir tous les après midi, tous les jours. Je voulais qu'il se réveille, on lui parlait, c'était dur » *Proche d'un ancien patient*

« Je me rappelle de rien du tout, j'étais très bien dans mon petit monde vous savez. Y'avait que ma femme qui était affolée » *Ancien patient*

ENVIRONNEMENT COMPLIQUÉ

S'OCcuper

IMPORTANCE DU LIEN SOCIAL

opportunité de projet
Travail sur l'aménagement de l'espace de la salle d'entretien pour assurer davantage de convivialité.

opportunité de projet
Travail sur le parcours d'entrée des proches : signalétique, sonnette.

entrée hospitalité & intimité

MANQUE D'INTIMITÉ

« La sonnette c'est pas très confidentiel. » *Soignant*

« Je trouve que la sonnette est un peu loin de la porte d'entrée, ils (les proches) ne comprennent pas parce que même qu'and on leur ouvre, ils n'ont pas compris. » *Secrétaire*

« Sur la porte, il faudrait une flèche pour dire entrée pour les visiteurs. » *Secrétaire*

« On devrait mettre une image avec le plan de la réa devant la salle d'attente. » *Soignant*

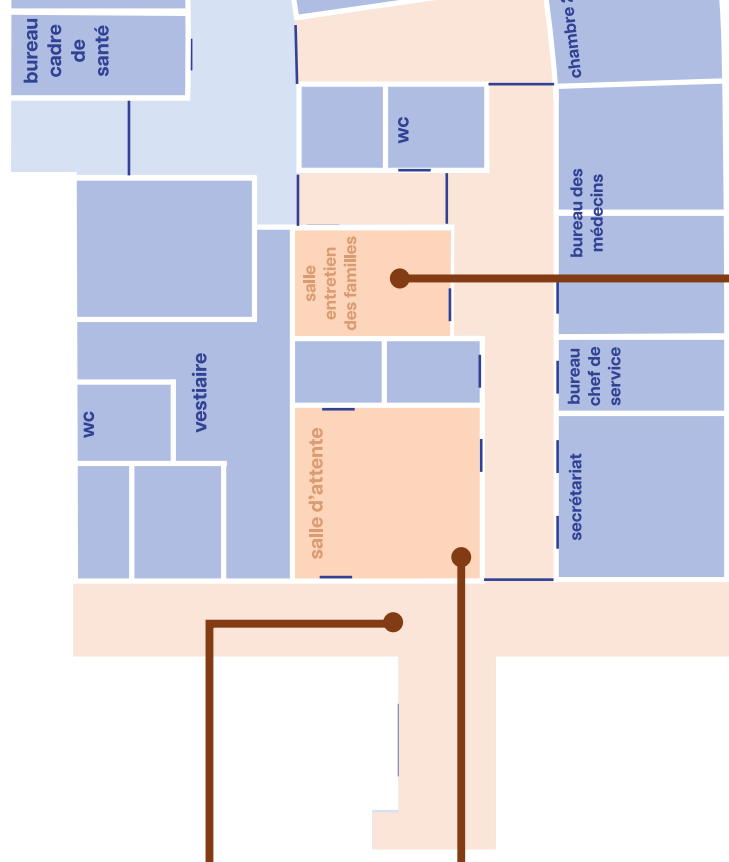
« A ce moment là où and les gens sont stressés, où qu'on leur propose même d'aller faire un tour, d'aller boire un café, de bouger, on prend les coordonnées et on les appelle qu'and les équipes, on va voir les équipes quand ils ont besoin d'un renseignement parce que c'est important la première fois. » *Secrétaire*

MOYEN DE SIGNALÉMENT COMPLIQUÉ

GUIDER

IMPORTANCE D'ACCUEILLIR LES PROCHES

opportunité de projet
Travail sur un «espace de repli» pour permettre aux proches de vivre leur souffrance à l'abri du regard des autres proches.



salle d'attente hospitalité & intimité

MANQUE D'INTIMITÉ

« C'est surtout les autres familles qui sont dans la salle d'attente, elles se mélangent tout. » *Secrétaire*

« C'est pas du tout confidentiel. » *Soignant*

« La (les proches) sont dans l'anxiété. Et ça monte, ça monte. » *Secrétaire*

« En général, ils sont super inquiets. Rien que le fait d'être hospitalisé en réanimation, ils sont en stress. » *Soignant*

« Ma femme et ma fille étaient plus inquiètes que moi. Quand on vit la situation de l'extérieur, on voit pas les mêmes choses. La famille proche est beaucoup plus inquiète. » *Autre patient*

STRESS DES PROCHES

EXPLICATION DE LA SITUATION AUX PLUS JEUNES

opportunité de projet
Travail sur un outil de médiation pour les psychologues afin de guider une discussion avec un enfant.

salle d'entretien des familles hospitalité & intimité

ESPACE CLOT

Espace sombre, sans fenêtre, clot. *Observations*

« Le soir même, je suis venue et les médecins nous ont accueilli dans une salle avec mes deux filles et nous ont dit : «votre mari, on ne sait pas s'il va se réveiller». Je m'en souviendrais toujours. » *Proche d'un amputé*

« Ils (les soignants) nous ont bien accueillis, ils nous ont expliqué bien comment il faut comment ça se passe. » *Autre patient*

« Il y a des familles qui ont besoin d'être rassurés. » *Soignant*

« Actuellement, les soignants se mettent d'un côté et les familles de l'autre. On essaye de faire autrement mais on ne parvient pas toujours à la faire. » *Soignant*

INFORMER LES PROCHES

RASSURER LES PROCHES

ESPACE PAS TRÈS ADAPTÉ

Réa-ccueillir

favoriser l'hospitalité
en réanimation

L'hôpital, considéré jusqu'au XVIIIe siècle comme lieu d'accueil pour les personnes cherchant refuge, est aujourd'hui un lieu de soin dont le rôle est d'accueillir et de surveiller l'état de santé des patients. Cependant, les problématiques d'efficacité, de rentabilité et d'utilité qu'il rencontre actuellement tendent progressivement à le déshumaniser. Néanmoins, l'hospitalité, de par son lien inhérent avec l'hôpital, mais également de par ses caractéristiques d'accueil de l'altérité, peut favoriser une meilleure prise en compte des vulnérabilités des usagers de ce lieu de soin. Lors d'un projet mené au sein du service de réanimation du CHU de Nîmes, des possibilités d'intervention par le design furent ainsi proposées en agissant sur l'espace dans le but d'y favoriser l'hospitalité. Dans ce mémoire, nous proposons donc un cadre réflexif théorique et pratique afin de comprendre comment le design peut agir en faveur de l'hospitalité en milieu hospitalier et notamment dans un service de réanimation médicale.

**hospitalité - réanimation - design hospitalier - participation -
vulnérabilité - espace**