

[POINT DE VUE]

Dialogue fertile entre design et psychiatrie : retour d'expérience sur un projet de recherche-action par le design à l'Établissement public de santé (EPS) de Ville-Evrard unité Clos-Benard.

Lucile Carlier et Sophie Larger

Lucile Carlier, psychiatre à l'EPS Ville-Evrard, spécialisée en thérapie familiale systémique¹, a proposé, en 2021, à Sophie Larger, designer², de concevoir des ateliers participatifs ouverts aux patients et aux soignants, afin de concevoir des dispositifs d'apaisement.

Les conditions d'hospitalisation dans les services de psychiatrie en France sont régulièrement pointées du doigt par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté³. Le recours à la chambre d'isolement et à la contention physique est encore important. Mais il reste à inventer des outils pour permettre aux soignants de diminuer ces pratiques⁴. En joignant nos compétences en psychiatrie et en design, nous avons conçu des expérimentations sensibles sous la forme d'ateliers hebdomadaires participatifs qui interrogent les ressentis sensoriels et émotionnels dans la relation à l'espace et à l'écoute de son corps. Ces expérimentations ont permis d'aboutir à l'aménagement du premier salon d'apaisement à l'EPS Ville-Evrard, soutenu par la Fondation de France.

Le contexte du projet Ré-confort®

L'hospitalisation en psychiatrie, un milieu en tension

Ces dernières années ont mis en lumière un état de crise de l'hospitalisation publique en France, aggravé par la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid-19⁵. Ce constat n'épargne pas le secteur psychiatrique qui doit faire face à une

1. eps-etampes.fr (consulté le 26 février 2024).

2. L'Alliance française des designers (AFD) définit le design comme : « un processus intellectuel créatif, pluridisciplinaire et humaniste, dont le but est de traiter et d'apporter des solutions aux problématiques de tous les jours, petites et grandes, liées aux enjeux sociétaux et environnementaux » [en ligne] alliancefrancedesign.com (consulté le 1^{er} décembre 2023).

3. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. CGLPL (2016), *Contention et isolement dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz.

4. Voir le cadrage de Carine Delanoë-Vieux.

5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [en ligne] drees.solidarites-sante.gouv.fr (consulté le 1^{er} décembre 2023).

pénurie de personnel soignant et à une demande croissante de la part des populations. L'établissement public de Ville-Evrard, spécialisé en santé mentale, accueille chaque année près de 30 000 patients dont environ 4 000 en hospitalisation⁶. Il a à sa charge quinze secteurs de psychiatrie générale adultes et adolescents et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La file active de l'établissement avoisine les 30 000 patients.

Lucile Carlier exerce comme psychiatre sur le secteur 93G02 de l'EPS Ville-Evrard. Après avoir travaillé quelques années dans l'unité d'hospitalisation temps plein du service, elle assure le suivi ambulatoire des patients sur le CMP (centre médico-psychologique). Attentive aux conditions d'hospitalisation des patients et aux conditions de travail des soignants, elle s'interroge sur l'usage des chambres d'isolement et s'intéresse alors au design comme levier de transformation. Elle a suivi en 2022 le mastère spécialisé « Innovation by Design » de l'École nationale supérieure de création industrielle ENSCI-Les ateliers⁷.

Une personne atteinte de troubles psychiatriques peut être sujette à des moments de débordement émotionnel qu'elle a parfois du mal à gérer. Ces débordements peuvent s'accompagner, dans certains cas, de violences vis-à-vis d'elle-même ou des autres. Cependant, seuls 2 % des patients hospitalisés vivent des moments de violence répétés⁸. Ces derniers pourraient, dans de nombreux cas, être évités en aidant le patient à retrouver son calme. En cas de crise, le patient est souvent mis à l'isolement de manière à l'écartier des autres. Il arrive qu'un traitement médicamenteux sédatif soit nécessaire, voire l'usage de la contention physique. Le recours aux chambres d'isolement, bien que parfois nécessaire, reste une expérience traumatique pour les patients. Quand cette expérience est parfois le premier contact avec le soin en psychiatrie, il est alors difficile de travailler le lien de confiance pourtant indispensable au rétablissement.

Le durcissement des conditions légales de la mise en isolement des patients a pu mettre certains soignants en difficulté⁹, ces derniers se voyant reprocher l'utilisation de ces espaces. Les nouvelles réglementations sont pourtant l'occasion pour les soignants et l'ensemble des directions hospitalières de réfléchir à de nouvelles pratiques. La HAS (la Haute Autorité de santé) et le CRMC (Centre de ressources métiers et compétences en psychiatrie) proposent depuis janvier 2017 une série de recommandations pour aider les professionnels à trouver des solutions de remplacement. Dans ce cadre, les espaces d'apaisement¹⁰ sont identifiés comme un outil d'amélioration des pratiques dans le cas de violence en hospitalisation psychiatrique. Plusieurs décrets entre 2018 et 2022 visent à réglementer le passage en

6. Données récoltées auprès la cheffe de pôle du service 92G03, le médecin Beaucoussin.

7. Mastère spécialisé en « sustainable innovation by design » [en ligne] formation-continue.ensci.com (consulté le 26 février 2024).

8. Haute Autorité de santé [en ligne] has-sante.fr (consulté le 1^{er} décembre 2023).

9. Bigwood S. et Crowe M. (2008), « It's Part but it Spoils the Job: a Phenomenological Study of Physical Restraint », *Int J Ment Health Nurs.*, vol. 17, n° 3, juin, p. 215-22.

10. Haute Autorité de santé [en ligne] has-sante.fr (consulté le 1^{er} décembre 2023).

isolement afin d'en réduire au maximum l'usage et, en 2022, un décret¹¹ impose à chaque unité psychiatrique de se doter d'un espace d'apaisement.

Les prémices du projet

En mars 2021, nous démarrons une recherche en design dans l'unité 93G02 afin de réfléchir à ces nouveaux enjeux. Cette unité d'hospitalisation, dotée de deux chambres de soins intensifs, prend en soin la population adulte des villes de Saint-Ouen et d'une partie de Saint-Denis, une population marquée par les inégalités sociales. La précarité et les comorbidités de certains patients rendent parfois l'accès ou l'adhésion aux soins difficile.

L'objectif initial de notre recherche était d'ouvrir un dialogue autour de l'apaisement et de l'usage de l'isolement, en interrogeant le vécu des patients¹² et des soignants. En croisant nos compétences en psychiatrie et design, nous avons pour projet de créer de nouveaux outils permettant de réduire les tensions et de renforcer le lien thérapeutique. La mise en place d'ateliers participatifs est alors apparue comme un outil permettant d'être au plus près du vécu des usagers. Un travail de recherche préalable, à partir d'une étude du contexte (veille documentaire sur la modulation émotionnelle par une approche sensorielle, veille documentaire sur les différents projets de salle d'apaisement en France), nous a permis de créer et d'animer, en juillet 2021, quatre ateliers. Chaque atelier proposait des expérimentations à partir de la manipulation d'objets en travaillant sur trois échelles d'expérience : l'échelle de la main, celle du corps et celle de l'espace.

Une synthèse post-atelier a ensuite été éditée sous la forme de posters, affichés dans l'hôpital et distribués dans les services et à l'administration. La direction de l'hôpital, sensible à notre démarche et aux enjeux, nous a proposé de transformer une chambre sécurisée de l'unité en un espace d'apaisement. Le projet de recherche a été sélectionné par le programme d'humanisation des soins de la Fondation de France¹³, bénéficiant ainsi une aide financière pour la mise en place d'une deuxième série d'ateliers.

Choix d'un aménagement

En partant des analyses de nos premiers ateliers, nous avons donc mené une étude de design pour définir les aménagements. Nous avons choisi de créer un espace aux tonalités végétales afin de contraster avec l'univers minéral des autres

11. « Art. D. 6124-265.- Les unités d'hospitalisation comprennent, outre les locaux mentionnés à l'article D. 6124-257 : [...] Un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients : [...] » [en ligne] legifrance.gouv.fr (consulté le 1^{er} décembre 2023).

12. Krieger E., Moritz S., Weil R. et Nagel M. (2018), « Patients' Attitudes Towards and Acceptance of Coercion in Psychiatry », *Psychiatry Res.*, 260, février, p. 418-485.

13. Fondation de France [en ligne] fondationdefrance.org (consulté le 1^{er} décembre 2023).

espaces de l'hôpital. Deux murs ont été peints de couleur verte, les autres murs sont restés blancs mais le reflet de la couleur verte crée sur ces murs une nuance vert pâle, douce et agréable. Le sol a été recouvert de lames de PVC version chêne clair qui imitent parfaitement le bois. Ce matériau est chaud et texturé. Le mobilier est de belle facture. Nous avons choisi une banquette modulable pouvant offrir plusieurs positions, et s'adapter aux désirs de chaque visiteur. Deux poufs, en microbilles de polystyrène, sont installés au sol. Ils sont confortables et peuvent se déplacer facilement dans l'espace. Un ensemble de coussins et de couvertures aux motifs et couleurs variés ainsi qu'une lampe à éclairage variable multicolore complètent l'aménagement qui compose ainsi un espace convivial et chaleureux.

Les ateliers d'expérimentations pour activer la plasticité de l'espace

Description des ateliers et de la méthodologie mise en place

Les ateliers d'expérimentation sensorielle ont été axés sur un ou deux sens, pour éviter la surstimulation sensorielle qui pourrait être vécue comme une agression par certains patients. Ces expériences devaient permettre de valider nos premiers tests et d'imaginer la fabrication de nouveaux objets. Les sens suivants ont été travaillés : le toucher, la vue, le son, l'odorat et la proprioception. Seul le goût n'a pas été testé, ce sens étant difficile à expérimenter à l'hôpital, compte tenu des normes d'hygiène.

La participation des patients et soignants s'est fondée sur le volontariat. Pour chaque atelier, nous avons accueilli trois groupes sur des séances d'environ trente minutes. En entrant, les participants étaient invités à se déchausser puis à s'installer dans le salon. Très souvent, nous étions tous assis à même le sol, sur des coussins ou sur le mobilier, disposés en rond. Patients et soignants participaient à la même expérience avec le même matériel. Un temps d'échange après chaque séance permettait de partager nos ressentis. Deux ateliers ont été réservés uniquement aux soignants, le premier et le dernier. Il nous semblait effectivement important de commencer et de finir un cycle d'ateliers avec les soignants pour leur permettre de s'approprier l'espace.

Expérimenter la sensorialité comme facteur d'apaisement

Le toucher

Deux ateliers spécifiques sur le toucher ont été mis en place. Le premier s'intéressait au toucher à l'aveugle au niveau de la main et le second s'intéressait au toucher

profond¹⁴ sur l'ensemble du corps. Le premier atelier, intitulé « mains sensibles » et conçu par Sophie Larger à partir de l'hypothèse que les sensations visuelles provoquent des réponses cognitives fortes qui sont interprétées avant les sensations tactiles, proposait de découvrir une matière par un toucher à l'aveugle. Pour valider cette hypothèse, Sophie Larger a fabriqué un kit tactile composé de deux modèles de nappes avec des compartiments et de trois matières à toucher : des lentilles et du sable cinétique enfermés dans du collant et une balle relaxante en caoutchouc. Pendant les expériences, nous avons pu observer les visages se relâcher, les corps se détendre. Il nous a semblé évident que l'expérience procurait un relâchement. À la suite de l'expérience, les participants ont partagé leurs ressentis. Beaucoup ont dit avoir éprouvé une détente et auraient aimé poursuivre la séance plus longtemps.

Le deuxième atelier sur le toucher, « corps sensible », s'est intéressé au toucher profond, c'est-à-dire aux effets du massage sur notre état d'apaisement. Cette séance a permis d'expérimenter à partir d'objets hétéroclites des automassages, puis le passage à un massage à deux. Chaque participant choisissait un objet pour faire l'expérience. Les objets pouvaient être mous ou rigides, procurant des effets différents sur le corps. Cet atelier a permis d'interroger le toucher, parfois « tabou » dans notre société et plus encore dans l'hôpital psychiatrique.

La vue et le son à travers une exploration de la lumière couleur

Les lumières à l'hôpital sont généralement des lumières froides, écrasantes, avec une forte intensité. Elles proviennent de plafonniers et il est rarement possible de les moduler. Nous pourrions parler de « lumière autoritaire ». Notre expérience visait à utiliser des éclairages modulables en intensité et en couleur, posés au sol. Nous avons pu observer les effets de ces nouvelles lumières sur la qualité de l'ambiance du salon. L'atelier a commencé par l'écoute d'une bande-son invitant à la relaxation en évoquant un paysage coloré. Les participants étaient invités à fermer les yeux, à se relâcher, puis à entrer dans un paysage imaginaire en prenant conscience de leurs sensations. Cette écoute a été accompagnée de différentes couleurs et qualités de lumière.

Les influences de la lumière¹⁵ et de la couleur¹⁶ sur notre état émotionnel ont fait l'objet d'études déjà publiées. L'intérêt de cette expérience était d'y associer une écoute sonore adaptée. La relaxation a duré environ neuf minutes. Les paysages colorés évoqués par la bande-son, abstraits tout en étant très suggestifs et invitant au voyage dans un imaginaire réconfortant, laissaient une part de liberté au participant pour imaginer son propre espace.

14. Le « toucher profond » est le terme utilisé en neuroscience pour le massage.

15. Freyheit S. (2009), « La luminothérapie et ses principales applications », Doctorat en pharmacie, sous la direction de I. Lartaud, Université de Lorraine [en ligne] hal.univ-lorraine.fr (consulté le 10 avril 2024).

16. Bay B. et Fayolle C. (2021), *Couleur et soin*, Dijon, Les presses du réel.

Le son et le geste

Ici, nous avons voulu expérimenter l'apaisement à travers l'écoute de gestes sonores induits par des manipulations d'objets, dans une formule que nous n'avions jamais testée. Lucile Carlier a conçu une séquence sonore d'environ sept minutes. Sophie Larger commentait la séquence en partageant ses ressentis, tout en veillant à laisser du temps aux participants pour s'immerger dans l'écoute et dans leurs sensations. Plusieurs gestes – frotter, gratter, effleurer, secouer, basculer, tourner, verser, froisser, déchirer et déplier – étaient appliqués sur différents objets choisis préalablement : bols en bois, métal et plastique, remplis de graines (lentilles, riz, haricots), peigne en bois et baguette de bois, papier bulle et papier de soie, cloche japonaise en métal, tuyau rainuré en plastique.

Cet atelier nous a semblé plus difficile à mettre en œuvre. Nous avons noté que les patients appréciaient de se réunir dans l'espace et de s'installer confortablement avec les soignants, mais que l'expérience des gestes sonores semblait trop compliquée. Leurs ressentis étaient confus. Chez deux patients, cette écoute a provoqué un peu d'inquiétude.

Les odeurs

Plusieurs études identifient les odeurs comme ayant un effet apaisant¹⁷. Nous avons développé cette expérience en partenariat avec une sophrologue, afin de concevoir des objets olfactifs adaptés à notre espace. Chaque participant a testé trois odeurs différentes fabriquées à partir de graines ou de fleurs, pendant environ trois minutes. Un temps d'échange sur les ressentis et les émotions a eu lieu après chaque expérience olfactive. Les patients ont été sensibles et ont particulièrement apprécié cette expérience. Ce voyage sensoriel a été très émouvant à observer. Les patients ont fait part immédiatement de leurs ressentis. Les odeurs ont éveillé des souvenirs partagés spontanément. À l'exception d'une patiente qui a refusé de sentir les huiles, tous les patients ont suivi le protocole. Aucun n'a signalé de ressenti négatif ou désagréable. Les odeurs ont été un puissant catalyseur de souvenirs et d'apaisement.

La proprioception

La proprioception¹⁸ ou sens vestibulaire est un sens moins connu. Elle donne au cerveau des informations sur la position et les mouvements du corps, permettant ainsi de garder notre équilibre et d'être habile. Le premier atelier « Découvrir notre salon » était un préalable nécessaire pour activer l'espace Ré-confort® en

17. Voir notamment à ce sujet : Jaffrelo A. (2019), « Chapitre 12. HE en oncologie », in Jaffrelo A., *Aromathérapie pour les soignants*, Paris, Dunod, p. 278-301 ; Film de la Semaine du Cerveau 2021 : *Odeur, Mémoire & Émotion*.

18. CNRS [en ligne] [images.cnrs.fr](https://www.cnrs.fr)

permettant aux soignants de s'approprier le lieu par un nouvel imaginaire. Guidés par Paola Cordova-Verdet, danseuse, les soignants ont expérimenté l'espace par le mouvement. Cette ancienne chambre sécurisée, qui portait pour tous la mémoire des soins prodigués, s'est ainsi transformée en un nouvel espace capable d'accueillir l'apaisement. En offrant la possibilité aux soignants d'investir le lieu par le déplacement sensible de leur corps, de nouvelles images et de nouvelles énergies ont circulé. Le lieu est passé ainsi d'espace de contrôle¹⁹ à un espace de réconfort :

« Avec une plume dans une main et une paille dans l'autre, j'invite les participants à dessiner l'espace dans tous ses détails, couleurs, jeux d'ombres et de lumières, reliefs des murs, du sol, prises électriques, portes, poignées de porte, angles, arrondis, surfaces, matières, détails de la fenêtre, de la vitre de la fenêtre... Avec la plume les détails qui me plaisent, avec la paille les détails qui me dérangent » (extrait du compte rendu de l'atelier proposé par Paola Cordova-Verdet).

Nous avons également fait appel à l'expertise de Paola pour trois autres ateliers. L'objectif était d'utiliser tous les objets testés dans les ateliers précédents et de la laisser libre pour interpréter de nouveaux usages, avec comme seule consigne l'apaisement et le réconfort. Paola a permis d'activer et de s'approprier le lieu et les objets. Elle a aussi ouvert d'autres perspectives dans les usages en augmentant leurs potentialités et en nous incitant à concevoir d'autres objets.

Questionner les usages

Le huitième et dernier atelier était uniquement réservé aux soignants. Son objectif était de faire une synthèse avec eux du projet de recherche-action. Il a pris la forme d'un atelier de design de service, dans lequel nous avons conçu des cartes outils, un dépliant et des cartes de situation clinique. Lucile a proposé aux soignants de choisir une situation et d'imaginer les scénarios d'apaisement avec ou sans le recours au salon. Seize soignants ont participé à cet atelier, qui a permis de démontrer que les soignants n'étaient pas réfractaires à l'usage de cet espace, bien au contraire. Certains en faisaient déjà usage en dehors des ateliers.

Les axes importants du projet Ré-confort®

Transformer en douceur le système hospitalier : savoir rester à l'écoute des usagers et laisser le temps pour l'appropriation

Les quatre premiers ateliers participatifs mis en place en 2021 et leur mise en images par des outils graphiques ont permis de donner naissance à un plus grand

19. Foucault M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard. Foucault fait le parallèle entre les espaces de la prison, des hôpitaux et des écoles qui fonctionnent comme des espaces disciplinaires.

mouvement de transformation, que ce soit du côté des patients et des soignants, ou du côté de la direction de l'hôpital. Les premières étapes du projet ont été importantes pour installer la confiance, préparer le projet et permettre l'adhésion des équipes et de l'administration. Nous avons veillé à respecter une méthodologie basée sur la coconstruction et l'itération.

Nous avons su adapter la proposition d'aménagement en fonction des expériences. À titre d'exemple, l'aménagement initial comportait une structure de chaise à bascule qui s'est avérée trop imposante au regard des dimensions de la salle et difficile à utiliser. Celle-ci a été retirée de l'espace pour s'adapter au contexte et aux observations. L'expérience d'une relaxation active a également paru peu appropriée à l'espace Ré-confort®. Cet espace d'environ 8 m² invite plutôt à des relaxations douces, à des postures au sol. Il a fallu, tout au long de nos expériences savoir renoncer à certaines propositions pour en imaginer d'autres, plus pertinentes.

Le temps a été une donnée importante du projet. À chaque étape, nous avons su donner le temps nécessaire à son déploiement. Il nous a fallu également nous armer de patience et attendre un an pour passer de la première phase d'expérimentation à la seconde phase.

Construire par le sensible : relation entre état de stress et toucher

Le recours à des expérimentations sensibles s'est avéré particulièrement pertinent dans le cadre d'un travail de coconstruction avec les usagers en milieu psychiatrique. Nous avons connaissance de la modulation des émotions par les activations sensorielles, prouvée par un certain nombre d'études²⁰. Les différents ateliers ont confirmé le pouvoir de l'activation des sens dans l'apaisement. L'approche itérative a permis la conception d'objets au plus proche des attentes des patients et des soignants. Si certaines expérimentations se sont montrées insuffisantes (l'atelier sur le son par exemple) d'autres ont révélé un fort potentiel d'apaisement.

Il est apparu que ces expériences sensibles étaient aussi importantes pour les soignants que pour les patients. En effet, les soignants ont de moins en moins le temps de réaliser leur travail, ils subissent une pression mentale qui augmente leur état de stress, ce que les patients perçoivent à leur tour.

Les expériences sur le toucher ont été particulièrement concluantes. L'atelier « mains sensibles », par exemple, a produit un effet de recentrage. En se concentrant sur une expérience simple, une manipulation corporelle au niveau de la main, les participants ont éprouvé leur main comme contenant²¹. L'activation et le ressenti de cette contenance sont passés par le corps et par un corps à corps avec une autre matière. Les objets mis à disposition, dans des matières déformables,

20. Gardner J. (2016), « Sensory Modulation Treatment on a Psychiatric Inpatient Unit : Result of a Pilot Program », *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, avril, n° 54 (4), p. 44-51.

21. Pour le concept psychanalytique de « contenance », se reporter aux écrits de Anzieu D. ou Winnicott D.

malléables et plastiques, leur ont permis d'interagir physiquement et d'expérimenter les limites.

Le toucher est un langage indispensable à la vie. Tiffany Field²², à travers des études scientifiques sur les enfants prématurés, a évalué l'impact des caresses sur le développement des enfants. Elle a été pionnière sur le concept de toucher affectif. Les récentes études ont mis en évidence les effets soignants du toucher et certaines d'entre elles s'intéressent à l'effet du toucher sur des pathologies comme la maladie de Parkinson (recherche présentée en juillet 2023 dans le cadre du colloque Festival of Touch²³).

Ménager par une esthétique singulière et poétique en créant un espace de l'hétérotopie

Nous avons fait l'hypothèse que l'esthétique serait un outil au service du soin, comme l'a pressenti dès 1859, l'infirmière Florence Nightingale²⁴. Si la couleur verte choisie pour les murs n'a pas fait l'unanimité, elle n'a laissé personne indifférent. En entrant dans cette salle partiellement peinte, l'effet de surprise et le sentiment d'arriver dans un espace différent ont été éprouvés par l'ensemble des usagers. Le sol, effet bois, texturé et chaleureux a permis d'inviter les usagers à retirer leurs chaussures sans susciter de réticence. La banquette basse et les poufs sont apparus particulièrement pertinents car ils invitent les participants à se diriger vers le sol. Lucile Carlier s'était posé la question de l'accessibilité pour un public parfois limité dans ses mouvements. Dans l'aménagement initial, nous avons donc pensé à une chaise de hauteur standard. Mais les expérimentations ont montré que même les patients avec des difficultés de locomotion souhaitent se mettre au sol. Nous les avons aidés à s'y installer et à se relever. Ces moments ont été particulièrement intéressants dans la redéfinition de la relation que nous avons alors avec eux.

L'espace Ré-confort[®] nous est apparu comme un espace de l'hétérotopie. Les hétérotopies sont définies par Michel Foucault²⁵ en 1967 comme « des utopies qui ont un lieu précis et réel²⁶ » et qui ont la spécificité de créer des espaces-temps « uchroniques²⁷ », c'est-à-dire déconnectés du temps réel. Ces lieux sont propices à la rêverie et offrent des espaces concrets à notre imaginaire. L'une de nos hypothèses est que l'apaisement et le retour au calme en situation de crise sont possibles si le patient a la capacité de se sentir en sécurité et de pouvoir s'imaginer

22. Field T. (2001), *Les bienfaits du toucher*, Paris, Payot.

23. International association of Affective Touch [en ligne] iasat.org (consulté le 1^{er} décembre 2023).

24. « L'hôpital le plus moderne démontre que la couleur blanche est mauvaise pour les malades », Fagot P. (2021), *Couleur et soin*, Dijon, Les presses du réel, p. 19-43.

25. Foucault M. (2009), *Le corps utopique, les hétérotopies*, Paris, édition Lignes, p. 23.

26. *Id.*, p. 25.

27. *Ibid.*, p. 23.

dans un état meilleur, de rêver un ailleurs plus serein. La projection, l'imagination sont à la base du développement de l'être humain tel que défini par W. Bion²⁸.

Notre salon a été conçu pour stimuler l'imaginaire, se sentir bien et se rêver ailleurs qu'à l'hôpital. Il a été aménagé de manière à contraster avec l'espace de l'hôpital, blanc du sol jusqu'au plafond. Les faibles dimensions de la pièce en font un lieu assez propice pour se sentir enveloppé. Ce concept d'enveloppe, développé par le psychanalyste D. Anzieu dans son ouvrage *Le Moi-peau*²⁹, nous a particulièrement intéressés et a motivé le choix d'un kit de coussins et de couvertures aux motifs variés.

Le salon Ré-confort® n'est pas un espace hospitalier habituel. C'est un lieu où patients et soignants peuvent venir ensemble pour se détendre, où le temps s'arrête. Le temps de l'hôpital est souvent décrit par les patients comme le temps de l'ennui alors qu'à l'inverse, le temps des soignants est un temps accéléré. Dans le salon, patients et soignants vont partager la même notion du temps : un temps présent. Dans cet espace, on vient écouter la voix de Fanny et ses relaxations colorées, toucher et malaxer les boules sensibles, sentir les balles odorantes, se masser ou se faire masser, mais aussi parler ensemble et échanger sur les ressentis. Nous proposons également aux participants qui s'installent dans le salon de se connecter au rythme de leur respiration. Cet exercice permet de créer un sas où chacun retrouve un rythme naturel.

Masse plastique ou le recours à un design convivial, ouvert

Nous avons pour ambition d'augmenter la qualité des soins et de diminuer les moments de tension et d'agitation dans le service d'hospitalisation en utilisant la conception participative et l'intelligence collective. La participation active des patients mais aussi des soignants nous a semblé être la condition nécessaire pour permettre une adhésion et une appropriation de ce nouvel outil thérapeutique par les équipes. Nous avons imaginé un prototype comme une base capable de s'adapter aux usages et de s'enrichir grâce à la participation. Nous avons également fait l'hypothèse que l'espace devait être contenant mais aussi plastique, c'est-à-dire modulable, transformable et évolutif. Un espace qui laisse le choix aux participants. Cette notion est fondamentale. Elle fait référence au concept de *Gestaltung*, ou pulsion à créer des formes, définie en 1984 par H. Prinzhorn³⁰. Présente chez tout le monde, elle serait la caractéristique de l'être humain. Elle est priorisée sur tout autre chose et constamment exercée. Cette priorité doit être prise en compte dans les conceptions des espaces. Donner aux participants la possibilité de composer leur espace, de l'adapter, permet de créer un espace agréable, accueillant et sécurisant pour chacun.

28. Golse B. (1992), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, p. 104-115.

29. Anzieu D. (2006), *Le Moi-peau*, Malakoff, Dunod.

30. Prinzhorn H. (1984), *Expressions de la folie*, Paris, Gallimard.

Nous proposons donc un design plastique, c'est-à-dire un design « ouvert », au sens où l'entendent G. Simondon³¹ ou V. Papanek³², un design qui tient compte du contexte et de l'environnement, accessible et appropriable par les usagers. Le modèle Snoezelen, par exemple, est un aménagement clefs en main, extrêmement onéreux, nécessitant des formations et finalement difficile à maintenir. Un design ouvert, à l'inverse, est un design qui prend en compte le milieu dans lequel il s'insère, qui est capable de durer dans le temps car il s'adapte aux usages et aux usagers.

Dans un contexte de *turn-over* des équipes soignantes, il faut impérativement penser le design comme un médium au service de la relation soignant-soigné. Les ateliers nous ont permis de révéler que l'enjeu du projet Ré-confort® n'était pas uniquement l'apaisement du patient mais aussi celui du soignant. Soigner l'espace par un design de l'attention, c'est proposer un lieu privilégié pour maintenir, restaurer une institution en danger. Le projet Ré-confort propose de revisiter les enjeux de la psychothérapie institutionnelle à travers l'esthétique et le design³³.

Conclusion : le design et la psychiatrie, des disciplines du changement

La question du changement et de la transformation des pratiques est un point particulièrement sensible lorsqu'il s'agit d'un système aussi complexe que l'hôpital. Les réticences ont été finalement assez peu exprimées durant toute la durée de la phase d'expérimentation du projet. Les soignants comme les patients ont participé avec facilité et exprimé un réel intérêt à la conception de cet espace d'apaisement.

Cependant, nous nous sommes aperçues que cet espace était assez peu utilisé depuis la fin des ateliers en juillet 2023. Il est vrai que nous n'avons pas encore pu mettre en place une série de formations aux outils de cette salle, prévue avec Paola pour les soignants afin de leur en montrer tous les potentiels. Nous faisons deux hypothèses : les soignants ne se sentent pas encore suffisamment à l'aise pour s'autoriser à utiliser cet espace en autonomie ; ils éprouvent une forme de réticence. Dans le cas de cette seconde hypothèse, nous pouvons envisager l'unité d'hospitalisation comme un système, c'est-à-dire un ensemble d'individus (l'ensemble des usagers) en relations qui échangent des informations. Un système répond à un certain nombre de principes. Ici, nous nous intéressons particulièrement à celui d'homéostasie. L'homéostasie³⁴ est la compétence d'un système à conserver son équilibre. Dans un système, les relations se modifient pour tenter de conserver au maximum un équilibre, ce qui peut engendrer une forme de résistance au chan-

31. Simondon G. (1958), *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris, Aubier.

32. Papanek V. (2021), *Design pour un monde réel*, Dijon, Les presses du réel.

33. Veit C. (2018), « L'institution pour soigner... l'établissement », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 70, p. 179-189.

34. « Homéostasie » selon le dictionnaire médical de médecine 2023 : Processus physiologique permettant le maintien constant du milieu intérieur de l'organisme afin d'en assurer le bon fonctionnement.

gement, dans notre cas celui d'intégrer un nouvel outil dans la prise en soin des patients. Ce nouvel outil questionne aussi la forme de relation qui s'établit entre le patient et le soignant, c'est-à-dire la qualité des informations (verbales et non verbales) qui s'échangent. Il est peut-être à l'origine d'une forme de déséquilibre du système « unité d'hospitalisation », qui entraîne alors une mise à l'écart de l'élément perturbateur, en l'occurrence l'espace d'apaisement. Lorsqu'un système est déséquilibré, il peut se rigidifier. Cela pourrait se matérialiser par un refus catégorique de la part des soignants d'utiliser cet espace ou encore par une dégradation du matériel. Mais il peut aussi s'adapter, s'il accepte un temps de déséquilibre, en trouvant un nouvel équilibre qui intègre l'élément de perturbation initiale.

Nous n'avons pas encore suffisamment de recul pour dire de quelle manière le système va se modifier. Mais nous avons l'espoir de voir prochainement cet espace s'activer. Les équipes soignantes sont en train de mettre en place de nouvelles interventions de Paola. Cet entre-deux est le passage nécessaire pour une appropriation. Le temps (laisser le temps du changement) reste un élément fondamental de la transformation des pratiques et des habitudes surtout dans le contexte de l'hôpital psychiatrique où la pénurie de main-d'œuvre ne permet pas toujours de s'autoriser à le prendre !

Références bibliographiques

- « Agitation : comment s'adresser au corps ? », Dossier, *Santé mentale*, 2023, n° 274, p. 21-78.
- Anzieu D. (2006)**, *Le moi peau*, Paris, Dunod.
- Bay B. et Claire Fayolle F. (2021)**, *Couleur et soin*, Dijon, Les presses du réel.
- Begout B. (2020)**, *Le concept d'Ambiance*, Paris, Seuil.
- Catoir-Brisson M., Royer M. (2017)**, « L'innovation sociale par le design en santé », *Sciences du design*, n° 2, p. 65-79.
- Dautrey J. (2016)**, *Milieux et créativités*, Dijon, Les presses du réel.
- Dautrey J. (2018)**, *Design et pensée du Care*, Dijon, Les presses du réel.
- Elkaïm M. (2014)**, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas : approche systémique et psychothérapie*, Paris, Point.
- Field T. (2001)**, *Les bienfaits du toucher*, Paris, Payot.
- Findeli A. (2015)**, « La recherche-projet en design et la question de la question en recherche : essai de clarification conceptuelle », *Sciences du design*, n° 1, p. 45-57.
- Fleury C. (2009)**, *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard, collection « Tracts ».
- Foucault M. (1975)**, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- Foucault M. (2009)**, *Le corps utopique, les hétérotopies*, Paris, édition Lignes.
- Freyheit S. (2009)**, « La lumineothérapie et ses principales applications. Sciences pharmaceutiques », Doctorat en pharmacie, sous la direction de I. Lartaud, Université de Lorraine.
- Giloux N. (2017)**, « Isolement en psychiatrie : rien n'est jamais acquis », *L'information psychiatrique*, vol. 93, n° 10, p. 837-839.
- Golse B. (1992)**, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Elsevier-Masson.
- Hedlund Lindberg M., Samuelsson M., Perseius K.I. et Björkdahl A. (2019)**, « The Experiences of Patients in Using Sensory Rooms in Psychiatric Inpatient Care », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 28, n° 4, p. 930-939.
- Kaden D. (2020)**, *Le pouvoir des caresses, le toucher, un contact vital*, Arte documentaire.
- Papanek V. (2021)**, *Design pour un monde réel*, Dijon, Les presses du réel.
- Prinzhorn H. (1984)**, *Expressions de la folie*, Paris, Gallimard.
- Simondon G. (1958)**, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris, Aubier.
- Tronto J. (2009)**, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, La Découverte.
- Winnicott D. (2017)**, *Les objets transitionnels*, Paris, Payot.