

P H I L O M È N E

R O B E R T

LE DESIGN

PEUT ~ IL

GÉRER



**Ce mémoire a été écrit par Philomène Robert,
étudiante en design objet à l'École Nationale
Supérieure des Arts-Décoratifs de Paris,
sous la direction générale de Sophie Larger,
designer et enseignante.**

Résumé

*Je m'interroge sur ces images
construites de l'hôpital, à travers les
expériences des uns et des autres.
Comment un lieu de soin peut-il
paraître inhospitalier ? Je retrace ici
l'histoire de l'hôpital, les pratiques
hospitalières et l'expérience de la
chambre pour les patients
en long séjour.*

*D'ailleurs, le design investi peu à peu
le domaine médical. Mais peut-on
alors dire que le design peut guérir ?*

-

*I wonder about the hospital's
picture built through the each ones
experiences . How can a care place
seem inhospitable?*

*Lest's go back over the history of the
hospital, the hospital practices and
the patient experience in long stay in
them hospital room.*

*Besides, design gradually invested the
medical field. But then, can we say
that design cure?*





Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Sophie Larger, pour m'avoir guidé et conseillé.

Mes sincères remerciements à Alice et les deux Florence, mes infirmières préférées, à ma "*coach*" Colette, et tous ceux qui ont partagé leurs précieuses expériences.

Et enfin merci à mes trois piliers, mes parents Isabelle, Pascal et ma soeur Capucine, pour leur tendre affection et leurs encouragements.



Sommaire

Introduction *p.8*

I- L'Hôpital et la guérison *p.11*

- a) L'hôpital depuis son origine
- b) Guérir à l'hôpital
- c) L'ère du soin
- d) Collection d'objet à l'hôpital

II- l'hospitalité *p.60*

- a) Les lois de l'hospitalité
- b) Et le confort dans tout ça ?
- c) Besoin de réconfort

III- Le design à l'hôpital *p.87*

- a) Définition du design
- b) Etude de cas : Design émotionnel
- c) L'objet placebo

Conclusion *p.126*

Témoignages *p.131*

Bibliographie *p.135*

l'Hôpital

Je l'ai souvent fréquenté. D'abord enfant, lorsqu'on m'a diagnostiqué une scoliose.

Je me rappelle des radiographies annuelles avant l'observation du spécialiste, à attendre de longues minutes qu'on m'invite à placer le dos contre un tableau glacé. Je redoutais toujours le passage suivant, chez le prothésiste. Il m'enroulait de plâtre, tandis que mes bras tenaient les barreaux de la cage de métal pour me tenir droite. Immobile, attendant que le moule devienne coquille, puis corset. Je l'ai porté de mes 9 ans à mes 15 ans.

Mais l'univers hospitalier m'a d'avantage marqué lors du premier cancer de mon père à mes 13 ans. Il l'avait contraint à rester une année en service oncologie. Mon père me parlait de ces odeurs particulières, de son dégoût pour la nourriture, et les phrases abruptes du cancérologue qui n'aidaient pas à son moral.

Les mots les plus frappants lorsqu'il sut combattre son premier cancer furent ainsi : *« Si je n'avais pas eu autant d'attention et de soutiens de la part de mon entourage, je ne suis pas certain que j'aurai trouvé assez de force pour combattre la maladie. »*. Il y a eu ses échanges avec l'une des infirmières, qui tendait chaque fois l'oreille pour écouter la musique qui se jouait dans le casque de mon père. Elle dansait et voilà, elle lui redonnait le sourire.

Il est certain que la musique, les gris-gris porte bonheurs de ses visiteurs, les livres, et la présence de ses proches ainsi que certains soignants ont été des tuteurs.

Mon attention envers le milieu hospitalier me vient sans doute de là. Je me suis sans cesse demandé pourquoi l'hôpital devait sembler désagréable alors même qu'il permettait la guérison ?

Le designer censé être doué d'empathie n'aurait-il pas à écouter les besoins rencontrés par les usagers de ce milieu ?

Ce mémoire est en effet dédié aux patients atteints de cancer, passant de longue période en soin intensifs. J'y questionne la valeur que nos objets peuvent avoir au sein de l'unité de soin, pour accompagner au mieux les patients, et reconnecter les différents usagers de ce milieu.

Quel exercice difficile que de choisir un thème sans déborder sur les différents enjeux qui l'entourent. J'aurai pu vous parler de tant de choses. Voyez par exemple, j'aurai pu discuter de relation au temps, d'artisanat, d'anthropologie moderne, de faits divers, d'individualisme, de vieillissement de la population, d'universalisme, ou encore, que sais-je, d'humanisme. Même si tous ces sujets me sont très chers, et qu'ils ont nourrit mon travail de designer en ouvrant mon regard, en pointant du doigt des techniques, des lois, des problèmes que je ne savais désigner. Les cours d'ethnologie et de sociologie ont contribué à ce que j'adapte mes projets, pour qu'ils soient d'avantage en adéquation avec les besoins réels des uns et des autres. Je dis les uns et les autres, je ne dis pas les consommateurs, je ne dis pas les clients, je ne dis pas les patients, de dirais les hommes et les femmes dans leur entière diversité.

Et ici, c'est un sujet bien plus personnel auquel je m'attèle, qui a d'abord concerné ma chère famille et mes amis. Je vous consacre un livre sur une expérience hospitalière que tous, avez pu vivre un jour, de près ou de loin. Il fallait parler une bonne fois pour toute de l'hôpital, ou les uns travaillent, les autres se soignent, et certains rendent visite. Je préfère voir les choses d'une manière positive. Je dirai donc que c'est une chance d'avoir pu en faire partie, plus profondément. C'est de cette manière que mon amour du design et mon insatiables curiosité à pu analyser, décrypter, comprendre les innombrables dysfonctionnements quotidien qu'il serait possible de réparer, sans compter les petits cadeaux qui peuvent transformer l'ennui en une magnifique journée. Quand je dis cadeaux, je veux dire les attentions portées à soi et aux autres, qui redonnent l'envie de vivre allègrement !

Ce mémoire se veut un éloge de l'humanité dans ce qu'elle a de plus généreux, bon, dévoué. Il vous illustrera mon souhait de me dédier aux autres à travers mon métier. Il vous racontera des histoires, celle de l'hôpital, des anecdotes de soignants et de patients. Il vous relatera leur but commun : la guérison et le soin. Il exultera le sens de l'hospitalité, d'un certain confort de vie. Et enfin, les différentes formes de réconfort m'amèneront à construire une démarche reflexive et créative, sur des dispositifs de design à l'hôpital.

L'Hôpital et la Guérison

« Cela peut sembler hypocrite de ma part de critiquer le progrès. Sans lui, sans les techniques et les machines nouvelles, je ne serai pas sauvé de mon accident. Mais Hélas pour elles, elles ne m'auraient pas sauvées, je ne serai pas là à m'en plaindre. »

Sylvain Tesson à propos de l'Hôpital,
lorsque j'assistai à l'une de ses conférences sur
La Panthère des Neiges.

Le Serment d'Hippocrate

Avant d'exercer, le médecin occidentale doit prêter serment C'est une tradition qui remonte au premier serment écrit vers le IV^e siècle av. J-C. Ce texte se rapporte à l'éthique médicale. Bien qu'il n'est aucune valeur juridique, il reste un symbole fort. En voici deux versions, celle d'origine et celle d'aujourd'hui :

« Je jure par Apollon, médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants :

Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté.

Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent.

Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.

Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire ! »

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

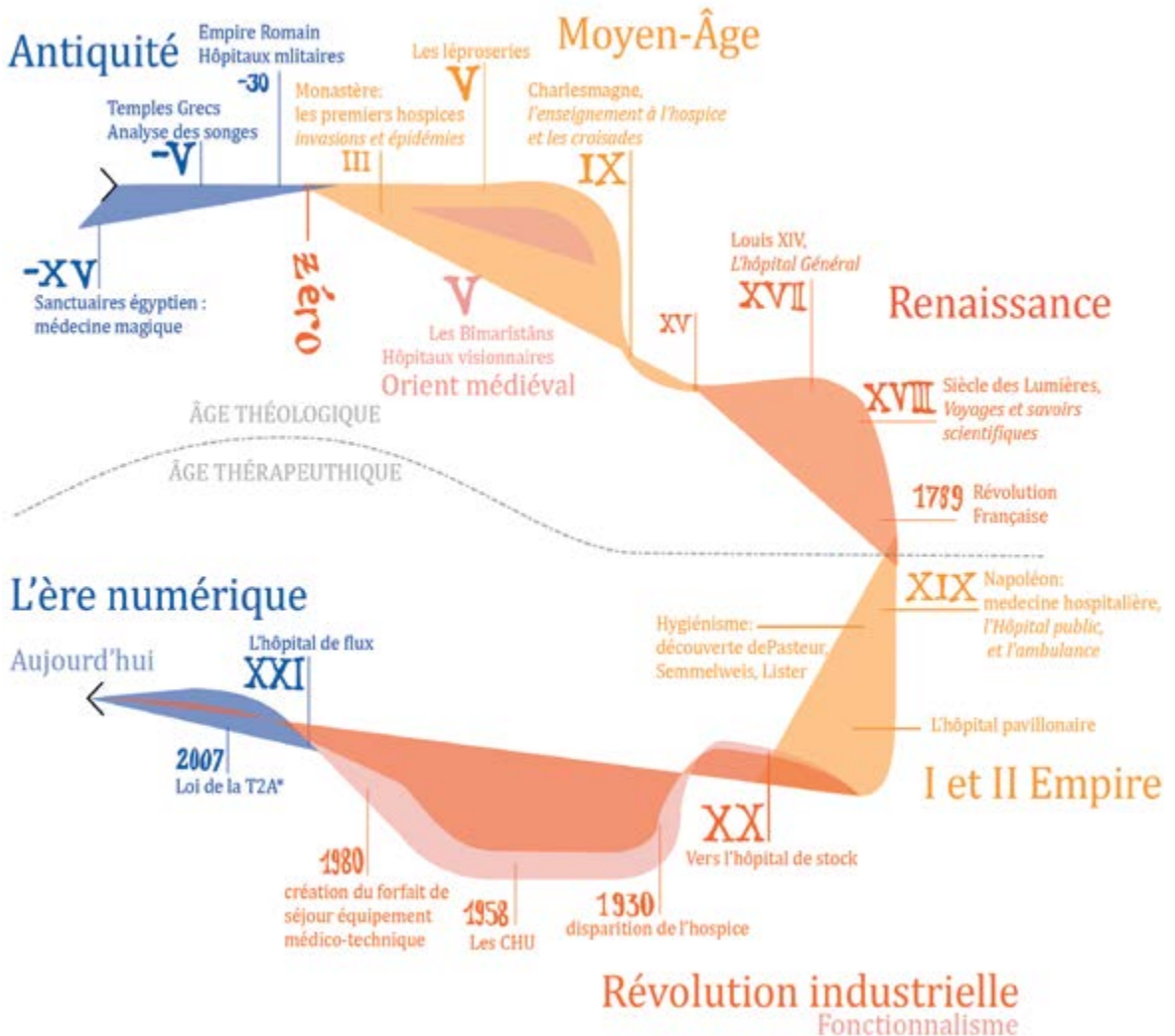
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

L'évolution chronologique de l'hôpital



L'hôpital et la guérison

chronologie

1 Guérir à l'hôpital

A} L'hôpital depuis son origine

Pour comprendre l'image que nous renvoie aujourd'hui l'hôpital, il faut s'appuyer sur son histoire. Et ce, depuis les temps les plus reculés.

Les temples de la médecine magique

Au V^e siècle avant notre ère, l'hôpital n'existait pas. Durant l'Antiquité grecque, il fallait rejoindre des temples occupés par des médecins guérisseurs. *Asclépios*, le dieu de la médecine, donna son nom au plus grand de ces temples, situé dans le Péloponnèse. On y admirait la statue du dieu dans la cour centrale, entourée de deux étages de dortoirs aérés. Une source d'eau était utilisée pour les rites purificateurs, l'ablution¹ et l'hydrothérapie². L'eau avait une très grande place, elle symbolisait la vie, et tenait une grande importance dans les pratiques de soin.

Les soignants se trouvaient être des prêtres médecins, assistés par les *néocores* qui entretenaient et décoraient le temple. La religion voulait qu'on assainisse l'espace sacré, de même que l'âme de ses invités. Le radical « *sain* » du verbe *assainir* prouve que le souci de l'hygiène découle du sacré.

Lepèlerinimpurquiarrivaitdansletempledevait accomplir un jeûne; il priait et se purifiait d'eau. Au crépuscule, il s'évanouissait dans la nuit de l'*incubatio*, où l'attendait de longs songes.

Quand il se réveillait au petit matin, des médecins étaient installés à son chevet afin d'interpréter ses rêves. Ces techniques qui mêlaient la physiothérapie, l'hypno-thérapie et la psychothérapie ont toutes leur importance dans l'analyse que je fais du milieu médical. Elles soulignent déjà ce lien fort qui unit les songes et le soin. Je l'expliquerai davantage au chapitre l'Ère de soin.

Quoi qu'il en soit, les Grecs s'étaient inspirés de la médecine égyptienne qui s'exerçait dix siècles auparavant. Des rites d'incantation précédaient toujours la prescription de remèdes dignes de la médecine magico-religieuse de l'âge des Pharaons.

Les Égyptiens pensaient que la maladie était la revanche des dieux et des génies protecteurs sur les âmes pécheresses. Les guérisseurs évaluaient les chances de rétablissement ; plus tard, venait l'enquête sur le sujet. Bien moins rationnelle, elle étayait les mauvaises actions du malade qui auraient causé la colère d'un génie. Diverses thérapeutiques s'utilisaient pour guérir le malade : la chirurgie, le nettoyage des plaies, les traitements médicaux à base de plantes, de minéraux sous forme de baume, d'huile, de breuvage, et des rites sacrificiels.

Il faut bien comprendre que les médecins étaient «des exorcistes»³, et les meilleurs d'entre eux furent richement récompensés pour leur travail auprès de nobles personnalités. Ils firent partie de l'élite grâce à leur savoir transmis de père en fils.

Le type de sanctuaire qu'ils occupaient s'était donc étendu au monde gréco-romain.

L'arrivée du christianisme bouleversa cette pratique. Si des temples s'instituèrent pour soigner le mal dans l'Antiquité, ils firent ensuite office de territoire d'accueil au Moyen-Âge avec la création d'hospices.

L'hospice, ou l'hôpital-mouroir

En 476, le monde occidental sera affaibli par la chute de l'empire romain. Il fera place au monde médiéval qui subira de nombreuses invasions de barbares.

L'église catholique se forma dans cet univers instable où la religion édifiait des « hospices » (à l'origine des monastères) qui œuvraient en tant qu'assistances publiques gratuites.

Les monastères (divisés en une hostellerie et un hospice) proposaient un *service de la porte* (accueil à l'entrée) (Fig.1; Fig.2) : l'hostellerie pour les invités prestigieux, et l'hospice pour les pèlerins et invalides à soigner, loger et restaurer.

Avec les hospices du XIII^e siècle, les médecins seront évincés du lieu de soin, suite aux confrontations de leurs pères avec le Clergé. Les premières léproseries (Fig.3) furent ensuite fondées par Grégoire de Tours⁴ en 560, d'abord utilisées pour combattre la lèpre, puis pour les différentes épidémies de pestes. Les fonds versés par l'église et la noblesse en faisaient des lieux confortables pour l'époque. Malheureusement, les malades étaient nombreux, ils devaient partager les mêmes lits, ils ne recevaient que peu de soins et beaucoup de prières. Ils vivaient reclus dans ce que je conçois comme de véritables mouiroirs.

¹Ablution : c'est un rituel purificateur durant un acte religieux, où l'on se passe de l'eau sur certaines parties du corps

²Hydrothérapie : traitement thérapeutique à base d'eau, parfois utilisé aujourd'hui pour un accouchement, dit plus doux.

³ Jean-Charles SOURNIA, « Archéologie de la médecine », dans *Histoire de la médecine*, 2004

⁴ Grégoire DE TOURS, évêque de Tours au VI^{ème} Siècle, on le connaît en tant qu'historien grâce à son *Histoire des Francs* qui valut le surnom de « Père de l'Histoire de France »

Les lépreux, postés à l'entrée des villes, éloignaient les gens en bougeant leur clochette afin d'éviter la contagion. On croyait jadis, que par son seul regard, le pestiféré pouvait vous contaminer.

Heureusement, une légère évolution médicale s'opéra sous Charlemagne au IX^e siècle.

Eginhard, son architecte, convertit les abbayes en lieu de soin : il y avait de grands dortoirs, des infirmeries, et de vastes prés. Des salles d'enseignement s'étaient également invitées à l'hôpital : elles étaient le reflet du programme pédagogique mis en place par Charlemagne.

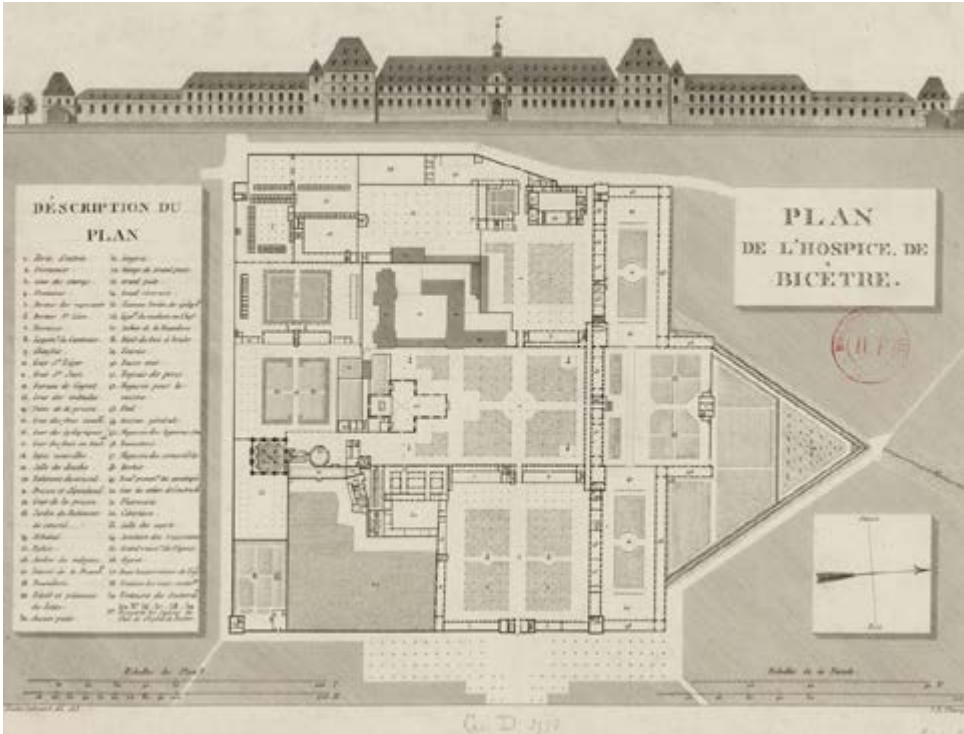
Malgré ces efforts, les batailles (croisades, guerre de cent ans) et les grandes épidémies de peste (un européen sur deux meurt) cristalliseront les savoirs, et ce jusqu'à la fin du règne de Louis IX.

Le modeste progrès de la médecine découlera des croisades en Terre-sainte : « *Les hôpitaux qui ouvriront plus tard en Europe au moment des Croisades ont été inspirés par les hôpitaux du Moyen-Orient.* »¹

Le premier hôpital de Paris, nommé *les Quinze-Vingts* fut fondé par Louis IX après son retour de la septième croisade entre 1254 et 1260². Voyons donc ce que le monde arabe avait à offrir à l'Occident, et penchons-nous sur ses pratiques médicales.

Fig.1 **Plan d'hospice**

E. POULET GALIMARD, *Plan de l'hospice de Bicêtre* circa. 1813, Bibliothèque nationale de France.





—A Ward in the Hôtel-Dieu, Paris.—Fac-simile of a Wood Engraving of the Sixteenth Century, in the Frontispiece of a Manuscript Register, entitled, "Pardon, Grace, and Privileges granted by the Archbishop Patriarch of Bourges and Primate of Aquitaine, to the Benefactors of the *Hôtel-Dieu*, Paris."

Fig.2

L'hôtel Dieu créé en 651

Paul Lacroix, *L'Hôtel Dieu de Paris au XVI^{ème} Siècle*, Bibliothèque de Bourgogne, Bruxelles.

D'après une gravure sur bois, du XVI^e siècle, dans le registre manuscrit *Le Pardon, grâces et facultés octroyés* par Monseigneur l'archevêque patriarche de Bourges et primat d'Aquitaine, aux bienfaiteurs de l'Hostel Dieu de Paris.

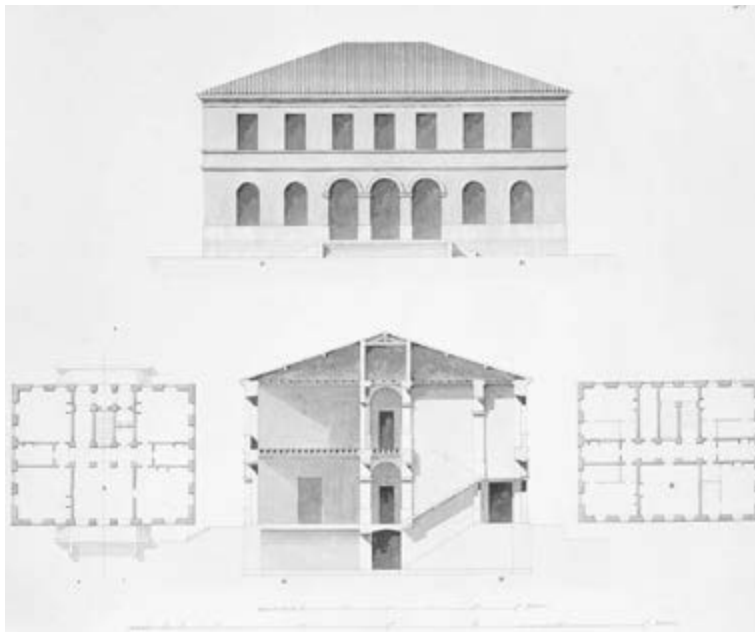


Fig.3

Plan de Léproserie

Bernard Chabot, Michel Dubau, Pierre-Alexandre Poitevin, *Lazaret de trompeloup dit Lazaret Marie Therese - plan de coupe*, 1620, Saint-Estèphe.

¹ Source Wikipédia, *l'histoire de la médecine*

² Jean-François, MATTEI, *Santé: Le grand bouleversement*, édition Les Liens Qui Libèrent, 2020

Pour aller plus loin, voici un témoignage du traitement des malades : «Une fois le diagnostic posé par un jury ecclésiastique et de lépreux, le malade doit quitter le monde des vivants, par le rituel de séquestration: il est amené à l'église sur un brancard recouvert d'un drap noir, le prêtre récite le requiem, l'aspersion d'eau bénite et l'encense. Il prodigue toute

la liturgie des morts. Lavé de tous ses péchés il reçoit un nouvel habit avec un morceau d'étoffe rouge sur la poitrine, mais aussi une cliquette pour se signaler, un bâton afin qu'il ne touche à rien et une sébile pour faire l'aumône. L'Église rythme sa vie, le lépreux peut sortir une fois par an lors des fêtes pascales symbolisant ainsi le Christ sortant du Tombeau. ».

Isabelle ROUGERIE RIVAT, *La médecine au Moyen-âge, entre croyance et science*, mémoire pour le diplôme universitaire d'histoire de la médecine, 2017 (ihmcs.fr)

Pendant ce temps en Orient : la médecine du futur

Faire un parallèle avec l'Orient du VI^e Siècle, paraît nécessaire au vu de la large avancée de leur système hospitalier. Les médecins Nestoriens (Babyloniens) s'exilèrent en Perse en apportant les écrits des savants grecs, ils édifièrent une première école de médecine qui développa les savoirs, et ils traduisirent les études scientifiques en Syriaque et en Arabe. La religion musulmane et ses dirigeants étaient plus tolérants que ses voisins Catholiques Occidentaux au Moyen-Âge, c'est pourquoi les médecins et étudiants n'eurent aucun mal à développer de nombreuses expériences. Ces paramètres faciliteront grandement l'évolution des sciences.

En 795, les plus anciens hôpitaux appelés *bîmâristâns* (mots perses) (Fig.4 ; Fig.5) se concentraient dans l'actuelle région de Bagdad, le long du Caire, à Al Qatai et à Marrakech. On y trouvait les plus grands médecins venus de régions lointaines pour exercer des soins gratuits qui étaient assurés à tous les patients et le séjour n'avait pas de limite de temps. Tout ceci était rendu possible grâce aux donations de fondations musulmanes, de princes ou d'autres riches donateurs.

Un bimaristan se construisait sous un plan cruciforme, avec au centre un patio où coulait de l'eau et poussait un jardin. Il augurait le retour de l'espace aquatique dans le lieu de soin. La balnéothérapie et la musique étaient mises à disposition des malades.

J'y devine la fontaine déposant un voile de quiétude, la musique de son flux distend le temps.

Tout était merveilleusement organisé et pensé par les architectes : les quartiers d'habitation pour le personnel, la pharmacie, la bibliothèque et les hammams que devaient emprunter obligatoirement les patients. Chaque patient déposait ses vêtements en entrant et s'habillait avec les linges propres préalablement dressés. Autre preuve de leur pratique visionnaire, l'hôpital divisait le secteur ophtalmologique, orthopédique, et chirurgical.

Fig.4 Bimaristan

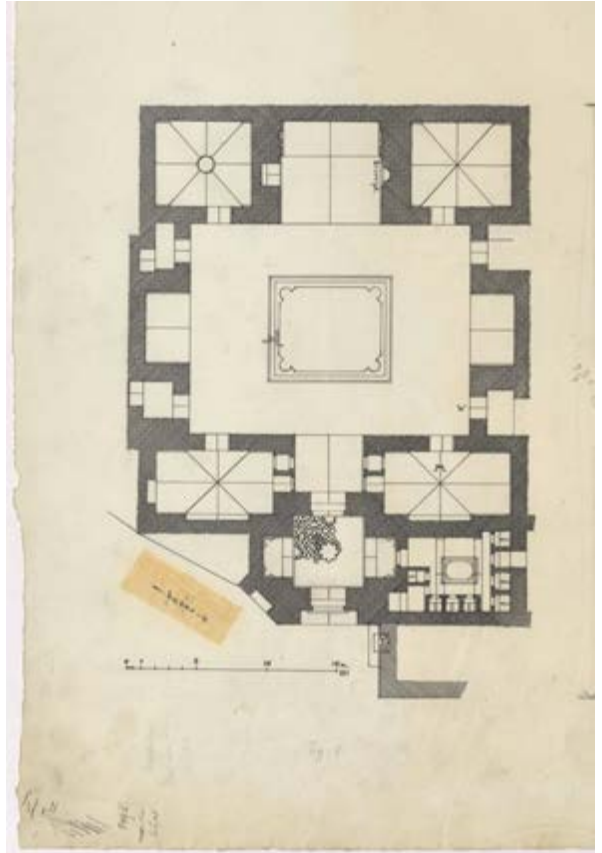
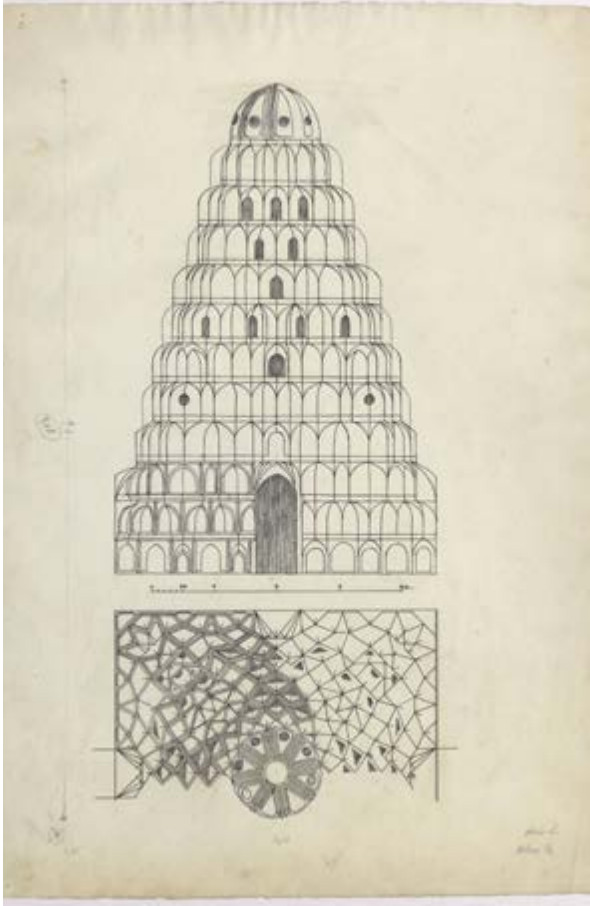
Fig. 4 et 5 : Herzfeld, Ernst, *The Ernst Herzfeld papers*, circa 1910, Gallery of Art and Arthur M. Sackler Gallery Archives. Washington, D.C.

Bimaristan Nur al-Din à Damas,
Syrie





Fig.5 Plan du Bimaristan Nur Al Din



La composition du corps soignant ressemblait à celui d'aujourd'hui : des médecins, assistés par des auxiliaires, des infirmières, des pharmaciens, des agents d'entretien. Et puis, le bimaristan servait de lieu de formation pour les étudiants et jeunes médecins peu expérimentés (imaginez-les comme des CHU médiévaux). En partageant leurs connaissances ils réussissaient à se perfectionner, c'est un modèle dont s'inspirera Charlemagne.

Le moyen Orient présentait donc une médecine moderne. Mais revenons en France, où la fin du Moyen-Âge sera remplacé par le début de la Renaissance. Observons si des transformations de la médecine s'opèrent pendant cette période.

L'hôpital-prison

Durant la Renaissance, ce tiers-état s'était recouvert du noir manteau de la grande peste, il était temps de réinventer le lieu de soin. Le royaume ne savait que faire contre ce fléau, on disait que l'air le transmettait. Des recherches sommaires sur les mesures d'hygiène poussèrent le roi Henri IV à transformer les Hôtel-Dieu: ils seront désormais dédiés aux malades.

Le modeste Hôtel-Dieu construit au VII^e siècle en plein cœur de Paris était pour l'heure surchargé. Les malades étaient six par lit. Henri IV demandait qu'on augmente le nombre de places. L'architecte du roi, Claude Castillon, dessina donc l'hôpital Saint-Louis (Fig.6) hors des murs de Paris. Mais Saint-Louis ne suffisait pas.

Louis XIV, un célèbre successeur Bourbon d'Henri IV, demandera à ce qu'on construise l'hôpital général pour « [enfermer les] pauvres mendiants de la Ville et faubourgs de Paris »¹. Dans *Les Anormaux*², le sociologue Michel Foucault compare l'isolement de l'hôpital-général à la prison. L'œuvre de Louis Levaux, architecte du roi soleil, en était la preuve : quand il construisit l'hospice de la Salpêtrière(Fig.7), Levaux y mit une prison. Ces hôpitaux-généraux n'étaient ni des lieux de soin, ni des lieux de chirurgie. À l'époque, c'était encore les barbiers qui étaient se charger d'opérer les patients.

Pourtant, grâce à l'émergence du mouvement philosophique des Lumières qui s'opposait à l'ignorance, les savants délaissèrent peu à peu Hippocrate et le concept des quatre Humeurs¹. Ils pratiquèrent des observations cliniques.² (voir Fig.8)

¹ Jean VALLERY-RADOT, *Revue de l'histoire de l'église en France*, Tome 35, n°126, 1949.

² Michel FOUCAULT, *Les anormaux, Cours au Collège de France, 1974-1975*, édition Seuil, 1999

¹Les quatre Humeurs : théorie selon laquelle les maladies sont régies par ces quatre éléments constituant le corps humain : Le sang, la bile, la pituite et la bile noire (la mélancolie)

Fig.6 **Vue d'ensemble de l'hôpital Saint-Louis**
gravure du XVIII^e siècle.

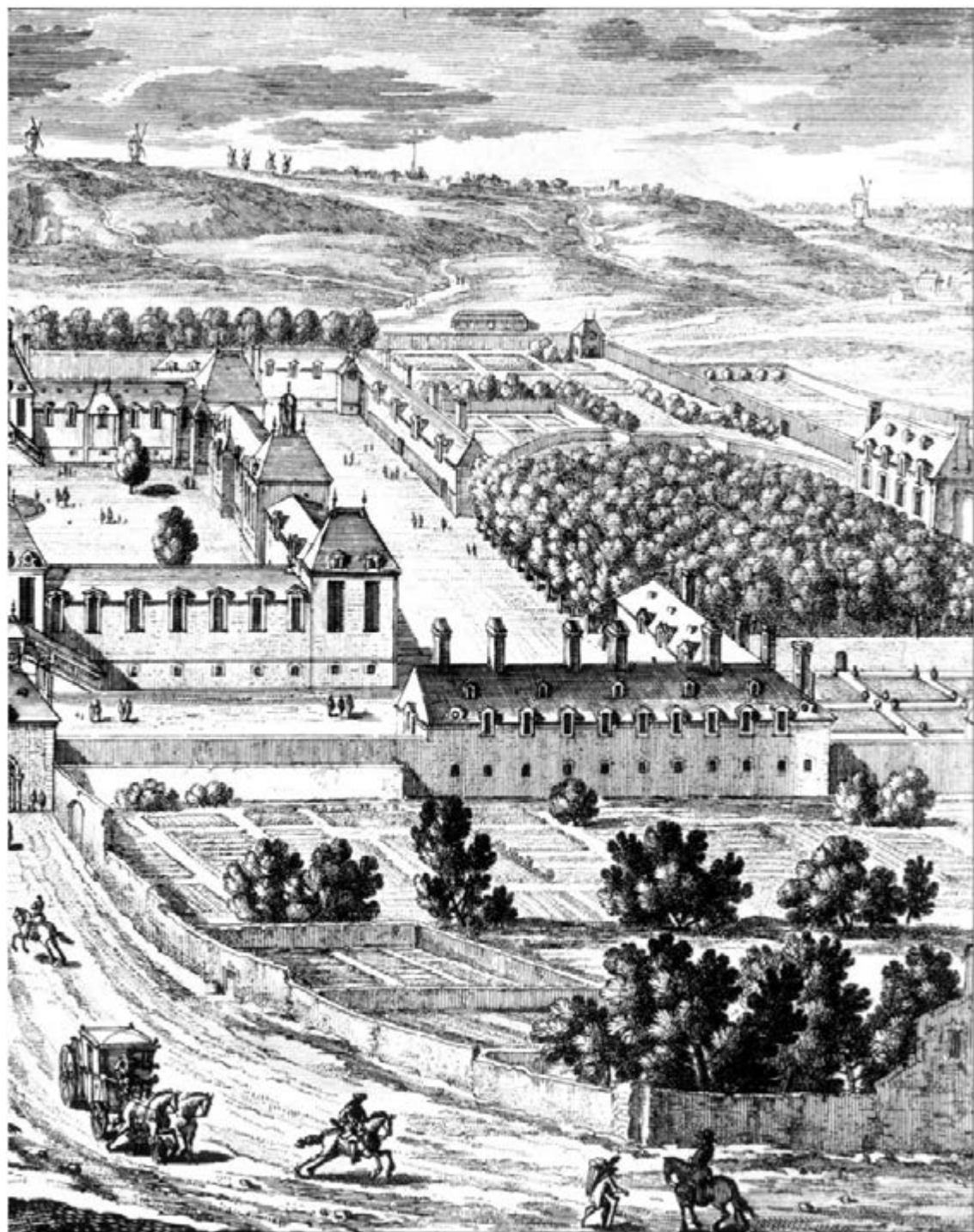


Fig.7 Hôpital de la Salpêtrière
Jacques RIGAUD Hôpital royal de la Salpêtrière, dit
Hôpital général, hors de Paris, porte Saint-Bernard,
XVIIIe siècle.

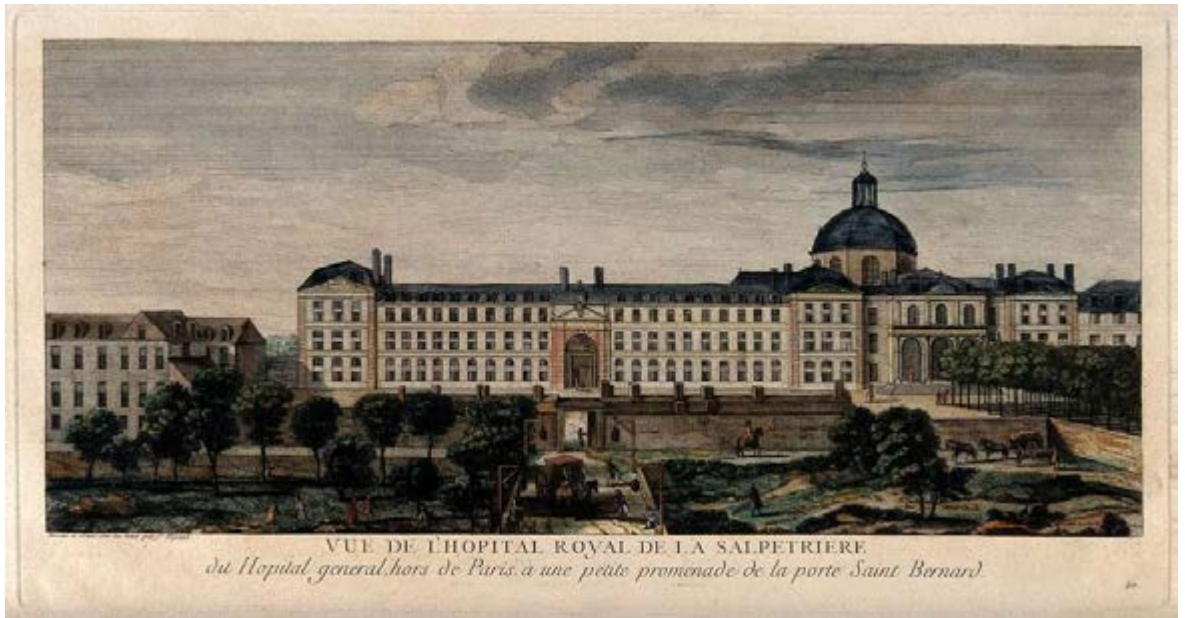
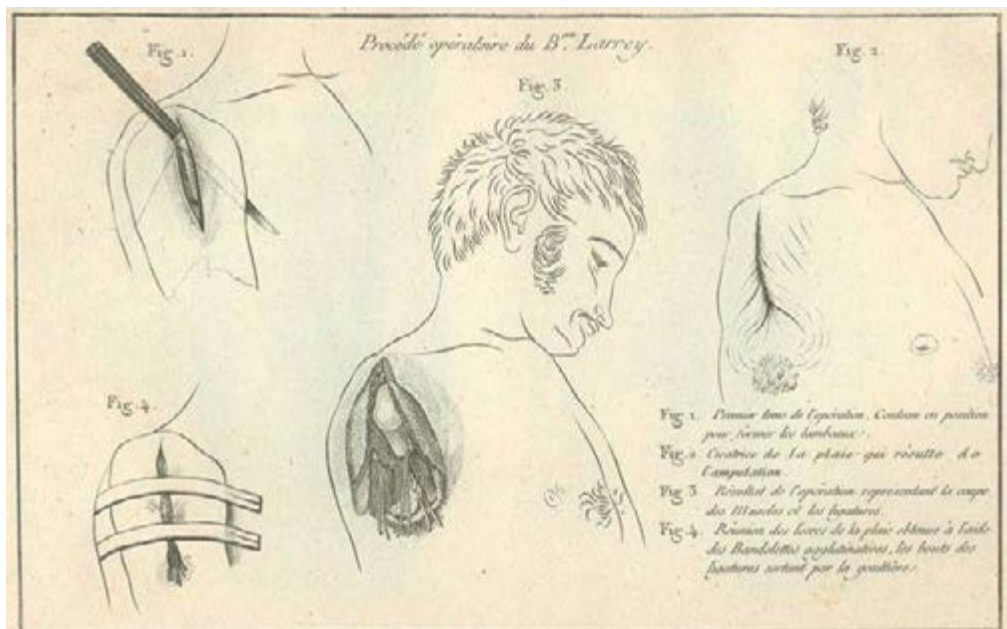


Fig.8
Premières grandes recherches
Baron D.J LARREY Amputation du bras à l'articulation
scapulaire : procédé opératoire, Lithographie, 1829, Paris.



Le siècle des Lumières : voyage en terre hospitalière

« C'est autour de 1760 qu'est apparue l'idée que l'hôpital pouvait et devait être un instrument destiné à guérir le malade. Cela se produit au travers d'une nouvelle pratique: la visite et l'observation systématique et comparée des hôpitaux. »³

La période des Lumières s'étendit de 1715 à 1789. Des voyages d'études pour les médecins furent lancés dans toute l'Europe afin de comparer les établissements de santé. C'est ce que fit Jacques Tenon (Fig.9), chirurgien français. Ses récits documentaient leur architecture et leur organisation. Il pensait que « [c'était] les hôpitaux déjà existants qui [devaient] permettre d'estimer les mérites et les défauts du nouvel hôpital »³. Mais ses études de 1786 consacrées à l'Académie des sciences, ne seront appliquées qu'un demi-siècle plus tard.

Les médecins étaient aussi les architectes des hôpitaux, c'est eux qui contrôlaient les normes hospitalières, ils devinrent très estimés. C'étaient des avant-gardistes : ils co-conceptionnaient avec les constructeurs de bâtiment, les maîtres verriers, les couturiers.

À l'aube de la Révolution, soixante-dix hôpitaux s'élevèrent dans Paris, mais seulement le tiers fût consacré aux malades. Nous sommes aux balbutiements de grands changements hospitaliers.

Aussitôt, la charité chrétienne va faire place à l'aide sociale.

Fig.9 Modèle de l'Hôpital de Tenon : forme de peigne

Frederic J.MOUAT and H.SAXON SNELL,
Hospital construction and management, 1883
Lithographie de l'hôpital royal herbert
de Bournemouth.



Fig.10 Hôpital Lariboisière

Eugène Andriveau GOUJON,
Extrait du plan de Paris, 1855



² Quelques changements notables : le chirurgien De La Peyronnie demande d'associer sa profession à la médecine, le docteur Pinel pratique la psychothérapie et délaisse les thérapies brutales, et surtout, Vandermonde rédige un Dictionnaire Portatif de Santé.

³ HERMÈS, LA REVUE, 1988/N°2, Michel FOUCAULT, l'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne, , 1974, éditions C.N.R.S.

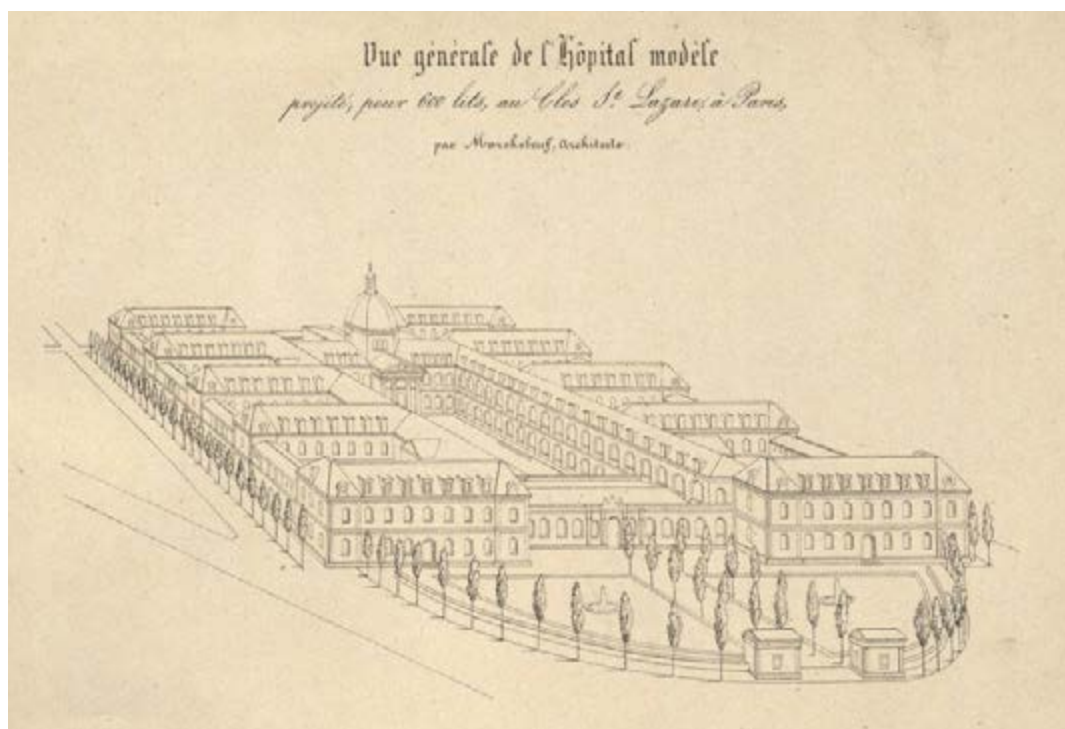


Fig.11 Plan de l'hôpital modèle
MARCHEBEUF Architecte, l'hôpital Modèle, 1844, lithographie ;
 21,3 x 27,8 cm, Musée Carnavalet, Histoire de Paris

Premier et second empire : La médecine hospitalière

Cette Révolution tenta d'effacer les pires institutions de l'Ancien Régime. À l'arrivée de Napoléon 1er, l'hôpital passa au main du pouvoir public. L'empereur méprisait la médecine du XVIII^{ème} dont les remèdes lui paraissaient discutables. Par conséquent, il invita les médecins à rejoindre l'hôpital. Son consulat avait créé une sorte de « méritocratie » hospitalière afin d'attirer les médecins les plus doués : ce sera le début de la médecine hospitalière.

Napoléon avait besoin d'eux pour sa Grande Armée. De surcroît, la peste et le choléra ravageaient le peuple. L'état opta dès lors pour un système d'assistance décentralisé. Il y avait dorénavant l'ambulance pour le régiment, l'hôpital militaire, et l'hôpital civil. Une grande modernisation architecturale débuta.

Selon les carnets de voyages des médecins des Lumières, les fenêtres et les plafonds s'agrandirent.

Sous le Second Empire, on réduisit les étages, on construisit des hôpitaux en pavillons séparés. On trouvait des amphithéâtres qui servaient de salle de cours et de salle d'opération.

L'observation en 1758 de l'Hôpital pavillonnaire de Plymouth et Bournemouth (Fig.9) sera à l'origine des recommandations faites. Sa forme en peigne suivait les principes d'hygiène tels que le volume d'air et la luminosité de chaque pièce. L'hôpital Lariboisière (Fig.10) fondé un siècle plus tard, sera visité en tant que modèle amélioré (Fig.11). De son côté, l'Hôtel Dieu rajeunissait de plus bel sous l'œil de l'architecte Emile Jacques Gilbert. Le 3^e étage fût détruit, mais quelques emplacements supplémentaires furent bâtis sur son ancien parc.

Lariboisière fut le premier hôpital qui prit en considération ses patients, le mouvement humaniste faisait partie intégrante du XIXe. Le plan «anti- nuisance des patients» était la preuve d'une nouvelle philanthropie hospitalière.

C'est aussi la naissance de l'époque hygiéniste : le médecin Ignác Fülöp Semmelweis découvrit l'hygiène en 1847, le scientifique Louis Pasteur découvrit l'asepsie en 1860 et le chirurgien Joseph Lister l'antisepsie en 1863. Les matériaux changèrent en conséquence. On recommanda le fer, on enleva le bois, et on revêtit les murs d'enduit à la chaux.

L'hygiène ne cessa d'être une priorité durant cette révolution industrielle qui s'étalera jusqu'au XXème siècle.

Du tout hôpital...

Le concept Tenonien de pavillons se recyclera à l'ère du fonctionnalisme et le nombre de lits par pièce diminuera peu à peu (réduits à quinze par dortoir). L'hôpital Edouard-Herriot témoigne de l'épure de l'époque. On recherchait l'efficacité optimale : l'hôpital devait être une machine à guérir¹ et cette priorité s'amplifiait à mesure que la 1^{ère} guerre mondiale approchait.

On évolua d'avantage à l'entre-deux guerres, avec l'aménagement de l'électricité et de l'eau courante nécessaire à l'hygiène, tandis que la plupart des habitations ne les possédèrent pas encore. Les hôpitaux devinrent des lieux prisés pour leur confort. (Fig.12; Fig.13)

À la fin de la Seconde Guerre mondiale la sécurité sociale fut instaurée et les progrès de la médecine transformèrent l'hôpital d'hébergement en hôpital de soin. Les hospices disparaissent tandis que les différents métiers de santé se spécialisent. En 1941, le mot « service » entre pleinement dans l'ère hospitalière : il définit la nouvelle organisation médicale.

Les centres hospitaliers étaient de vraies villes dans la ville, jugez plutôt la Pitié-Salpêtrière(fig15), qui devint le plus grand hôpital de France avec 77 services implantés sur 33 hectares. On se dirigeait tout droit vers le *tout-hôpital*. Via la réforme sur la création de centres hospitalo-universitaires en 1958, le CHU était né.

S'ajoutèrent à cela des avancées techniques considérables qui exigeaient d'imposantes machines d'examen médical. On préférait concevoir l'hôpital à étages, plus compact d'après le modèles des hopitaux-«building» américains. Le CHU de Caen en était l'esquisse, avec plus de vingt étages, c'était aussi le cas de l'hôpital Beaujon à Clichy. Ces CHU poussaient comme des champignons dans toutes les grandes villes de France durant les années soixante à quatre-vingt.

Ces transformations formelles étaient dues à la mutation incessante du système de santé. J'aurais tendance à comparer ces grands bâtiments à des blocs mobiles et tout-en-un. Ce qui suit va confirmer mes observations.

... Jusqu'à l'hôpital de flux

En 1970, une loi de Service Public Hospitalier (SPH) centralisera les établissements de santé. D'année en année, les petit hôpitaux fermeront au détriment des soins de proximité.

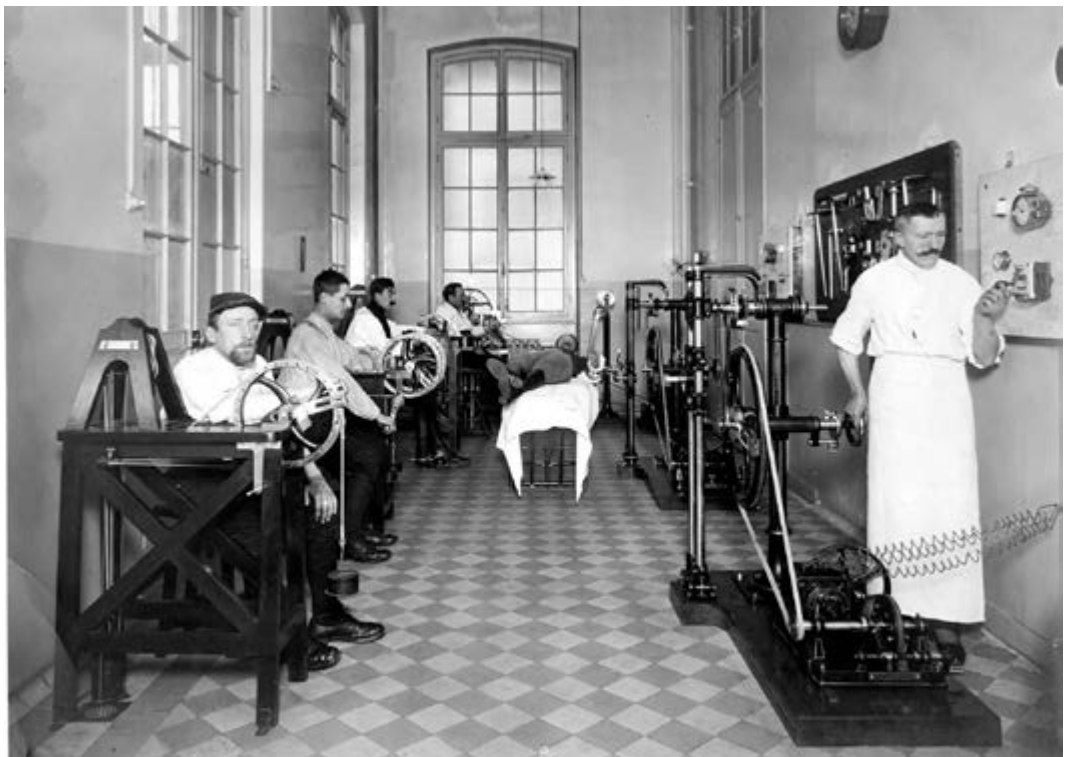
Les crises d'après-guerre poussaient l'hôpital à faire des économies. On essayait de tirer profit des progrès techniques pour diminuer la durée d'hospitalisation. De l'hôpital de stock, on passera à l'hôpital de flux.

¹ Michel FOUCAULT, *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, édition Broché, 1995

Fig.12 Les infirmières de l'hôpital de Boston sont équipées de masques pour lutter contre la grippe Espagnole 1919, National Archives, USA.



Fig.13 Saint-Louis
Salle d'appareillage pour les soldats blessés SAINT-LOUIS 1914



Des années 1970 à aujourd'hui, d'innombrables équipements médico-techniques s'installèrent: l'équipement pour l'imagerie médicale (IRM, scanners,...), l'équipement des salles de bloc opératoire, les générateurs d'hémodialyse, les appareils de laboratoire d'analyse, les lits électriques, les tables d'examen entre autres. Parallèlement, l'état décida de supprimer des lits, puisque l'hébergement « coûta trop cher ». Le but était simple : l'absence de lits favoriserait les court-séjours et l'ambulatoire à l'hôpital.

Enfin, l'état initia un forfait journalier, et s'associa à l'ARS (en 2009). Cette réforme changea le mode de gouvernance des SPH par une direction régionale durcie et augmenta le coût d'un séjour (forfait créé en 1983) de 3€ environ à l'origine jusqu'à 20€ aujourd'hui.

Dans le paragraphe suivant, l'essayiste et neurochirurgien Stéphane Velut exprime admirablement le point de vue que j'ai pu mûrir au cours de ces recherches :

« « Démarche d'excellence ». On ne parle pas comme ça dans la vie.[...] Pourquoi, à l'hôpital, faut-il subir le métalangage du leader mondial du consulting visant à nous faire avaler un « beau projet » ? [...] Il s'agit d'un « nouvel hôpital » dont le nombre réduit de lits devra être compensé par une « optimisation de nos pratiques » qui étaient jusque-là, dit le communicant, « parfaitement inappropriées ». Ce beau projet comportant moins de lits, il faudra concrètement réduire cette fameuse DMS (Durée moyenne de séjour), autrement dit : limiter le stock de gens et en accélérer le flux. C'est pourtant simple. Il nous montre fièrement le plan d'un « hôpital-aéroport ». Comment en sommes-nous arrivés là, à devoir subir ce langage repris par l'administration et destiné à nous faire admettre cette perspective intenable ? »

Stéphane VELUT, *L'hôpital, une nouvelle industrie*,

Tracts (n°12), Gallimard, janvier 2020.

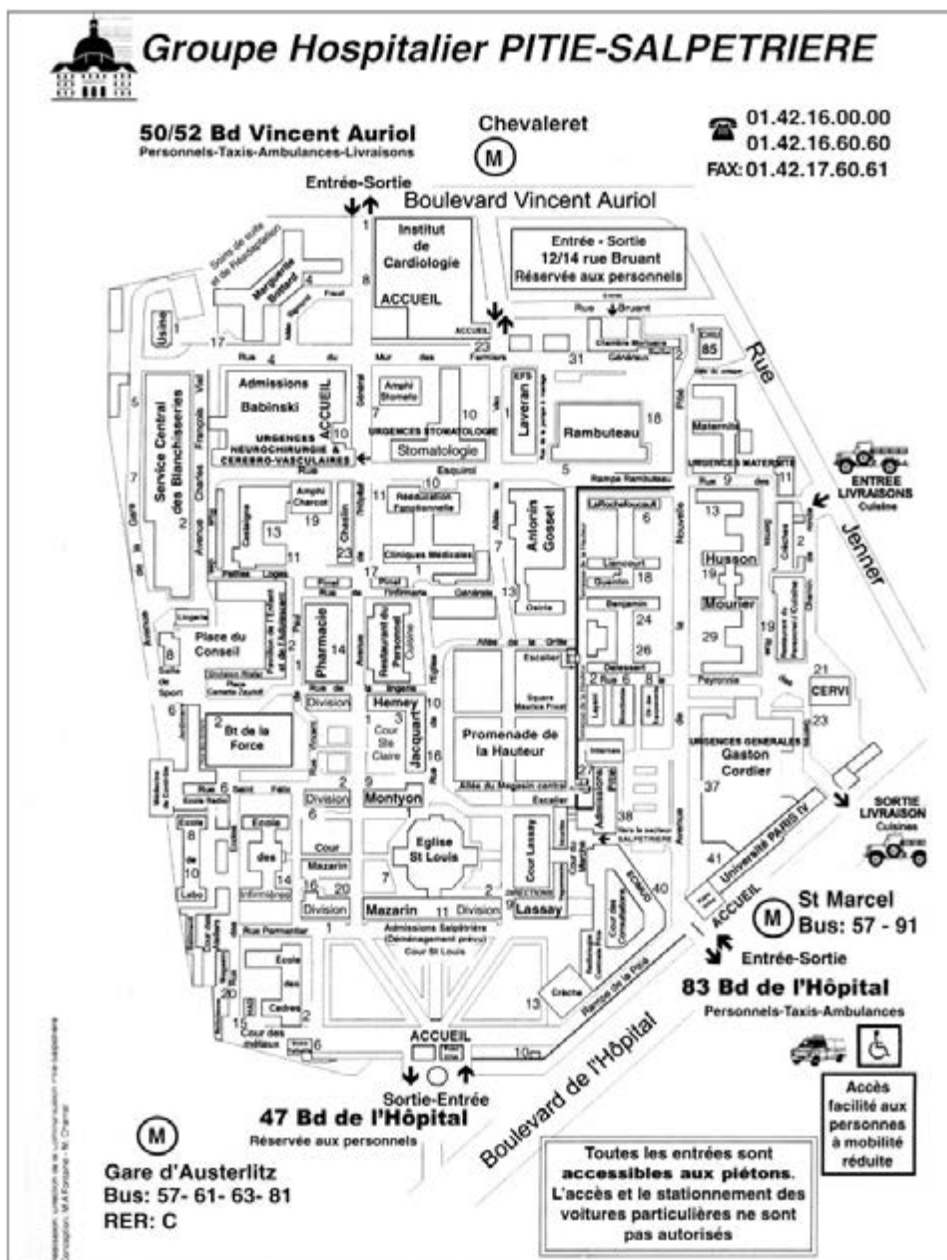
On perçoit la transformation de l'hôpital à travers le vocabulaire employé. Stéphane Velut parle de « flux », de « stock », d'« excellence », qui sont très présents dans l'univers hospitalier actuel (Fig.15, Fig.16, Fig.17). Le patient se trouve être l'objet à réparer par les machines d'une industrie hospitalière. Comprenez bien que le CHU est une grosse structure, difficile à gérer.

Il y aurait encore à dire, tant l'écosystème du soin est complexe et abondant.

L'histoire a laissé une empreinte religieuse, scientifique, industrielle, et aujourd'hui numérique. Le soin et le patient se sont placés au cœur de l'hôpital, mais l'évolution technique et politiques a quelque part capitalisé le malade.

La quête d'optimisation et de flux est un symptôme propre à notre société contemporaine, qu'on retrouvera à quelque chose près dans l'histoire du design (*chapitre Le design à l'hôpital*). Le temps doit être optimisé : la vitesse s'accélère afin de démultiplier les actions. Pour être efficace, rapide, on a organisé la guérison comme une opération de réparation automatisée et technique du corps humain.

Fig.15 Direction de la communication Pitié-Salpêtrière, Plan, 2016, Paris.



Page suivante :

Fig.16 et 17 Philippe GAZEAU Architecte Necker :
l'autre ville Lumière, 2014, Coté Maison.





Guérir

Petit Robert, 2009

GUERIR v. — fin XIe guarir du germanique **warjan* « défendre, protéger ». 1. v.tr. Délivrer [qqn, animal] d'un mal physique ; rendre la santé à (qqn). ► sauver. Guérir un malade.[...]— ABSOLT. « Il n'y a point de médecin sans la passion de soigner et guérir » DUHAMEL. Un placebo guérit par l'effet psychique. 2. FIG. Délivrer (qqn) d'un mal moral. Il faut le guérir de ce souci. ► débarrasser, oter. ◇ par EXT. Faire disparaître les effets de [un mal moral, un défaut, etc.]. ► adoucir, calmer, pallier, remédier (à). Une peine, un chagrin que rien ne guérit, ne peut guérir. « Il est peu de plaies morales que la solitude ne guérisse » BALZAC. ◇ VX guérir de, et inf. ► consoler. « Un

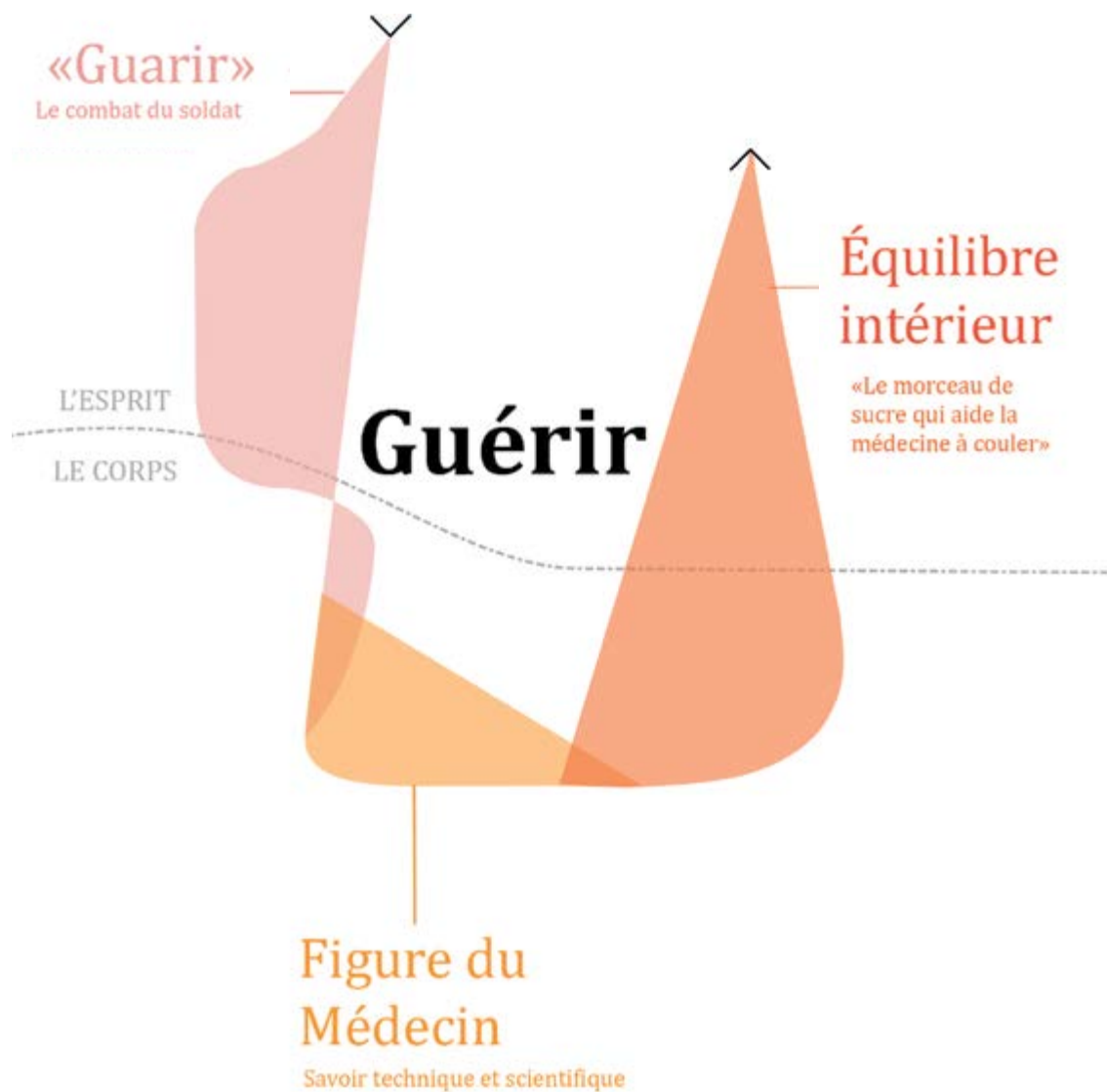
soupir, une larme à regret épandue M'aurait déjà guéri de vous avoir perdue » CORNEILLE.

2. v.intr. 1. Recouvrer la santé ; aller mieux et sortir de maladie. ► se remettre, se rétablir.

« Le seul moyen de guérir, c'est de se considérer comme guéri » FLAUBERT. — Guérir d'un cancer. Plaie qui guérit vite. ► se cicatriser, se fermer. 2. Etre débarrassé, soulagé (d'un mal moral ou d'un défaut, de qqch de pénible)

Petit Larousse, 1989

GUERISON nf. Suppression, disparition, d'un mal physique ou moral.



Guérir

1 L'Hôpital et la guérison

B} Qu'est ce que guérir ?

Guérir est une force

J'ai besoin d'appréhender ce mot guérir dans tous les sens du terme, et en toute logique, je vous propose de méditer sur les définitions ci-dessus.

Guarir, de l'ancien français, est d'abord un acte de protection, usé en cas de risque mortelle. Il m'évoque le bouclier du chevalier. Et justement, en épluchant davantage ce verbe j'obtiens son origine germanique « *Warjan* », un terme guerrier s'apparentant à la lutte. Disons que la maladie était un phénomène inéluctable pour les médecins moyenâgeux, tandis que les blessures de guerre demandaient une pratique chirurgicale primaire. Guérir c'est donc revenir vivant d'un combat, le verbe évoque la violence, les craintes vécues par l'individu, puis leur disparition. Quelle ironie lorsqu'on entend même le président Emmanuel Macron soutenir que « nous sommes en guerre » en parlant de l'épidémie Covid19, lors de son discours du 17 mars 2020.

Pour moi, guérir c'est avant tout cicatriser. C'est une plaie refermée dont la peau, l'âme, le corps entier peut-être, gardera une trace. « *Il faut dès lors se soucier de rendre capacitaire les individus* » nous dit Cynthia Fleury¹. Elle entend par là redonner capacité, dignité, et faire de la vulnérabilité un bouclier, une force : « *Je souhaite porter et promouvoir une vision de la vulnérabilité qui ne soit pas*

¹Cynthia FLEURY, *le soin est un humanisme*, 2019
C. Fleury est philosophe , psychanalyste, professeur de « la chaire de philosophie à l'hôpital » au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.

déficitaire mais, tout au contraire, inséparable d'une nouvelle puissance régénératrice des principes et usages ». Cette puissance génératrice dont elle parle m'évoque une invitation à la création, à l'imagination. Car oui, la vulnérabilité est une force, elle peut nous apprendre beaucoup. « Cette fragilité peut-être affaire de rareté, de beauté, de sensibilité extrême » déclame encore Cynthia Fleury.

Cette fragilité peut aussi devenir une source de création. Je prendrai un exemple simple : c'est souvent dans l'hyper-contrainte que mes idées sont les plus étonnantes. Ne pourrait-on pas sublimer le monde du patient en laissant un peu de place à l'imagination, en explorant leur sensibilité singulière au monde ?

C'est une forme d'endurance que d'endosser l'armure de combat contre la maladie. J'ai maintenant l'image d'Achille qui s'octroie un répit pendant le carnage de Troie, blotti dans sa tente. Le repos soulage ses maux, ses larmes, et l'aide à récupérer l'énergie pour lutter. On emploie d'ailleurs couramment la formule de « *lutte contre le cancer* » ou d'un « *parcours du combattant* ». Le fait est que nous souhaitons nous protéger.

Lutter semble le verbe adéquat dans la mesure où guérir demande de la persévérance. C'est pour cela que parfois le malade prie, d'autre fois il préfère donner toute son attention au médecin qui le guide vers la guérison. Auparavant, la guérison était bel et bien une affaire de croyances païenne ou religieuse, et peu à peu, sera renvoyée à une croyance thérapeutique. La guérison est effectivement l'affaire des sciences avec le médecin aujourd'hui.

Guérir : la figure du médecin

La première figure du médecin s'apparentait au sorcier dont les remèdes magiques délivraient d'un mal. Ces guérisseurs détenaient un pouvoir, une sorte de don honorable, d'où le respect qu'on leur vouait. Ce sont ensuite les prêtres qui se sont autoproclamés médecins, ils ont délaissé les recherches thérapeutiques et se sont concentrés sur les prières. Notez qu'ils représentent la voix de dieu, et par lui seul, le malade est en passe de se rétablir. Je considère qu'il y a déjà là une forme de vénération envers celui qui libère d'un fléau.

Le médecin des sciences tel qu'on le connaît aujourd'hui, est arrivé avec ces fameux personnages de la Renaissance, revêtu d'un masque à long bec et dans leur main, un long bâton (Fig.18) (le masque renfermait des parfums censés protéger de la propagation de maladie, et le bâton servait à ausculter les malades de loin). Le rapport entre le patient et le soignant était gelé, même sibérien ! Bien sûr, on comprend par ailleurs la nécessité du médecin à garder une certaine distance avec le patient pour ne pas souffrir avec lui.

Cela ne vous rappellerait pas la consultation masquée, ou par visioconférence, qui doit avoir lieu en cette période de confinement ? De nos jours, les soignants sont immaculés de blanc, et pour eux c'est même le symbole de leur dévouement, de la « pureté de [leurs] intentions »². Il en vient parfois pour d'anciens patients l'« horreur du blanc », de la « blouse blanche ». Ma mère me racontait la panique et l'effroi qui s'emparait de son oncle lorsqu'il apercevait ces fameuses blouses blanches.

Cet homme qui avait une déficience intellectuelle, avait séjourné plusieurs fois en asile, et transférait ses affreux souvenirs au *dress code* médical.

Je le disais plus tôt, le pouvoir médical s'impose peu à peu comme un pouvoir légitime durant la Révolution française. En consentant l'étude du corps humain, le médecin peut enfin ausculter

² Hervé BRIZON *Précis d'alliance Patient-soignant*, 2019

le patient. Il va s'en rapprocher, et ne va plus simplement traiter. Voilà comment nous sommes passés d'un âge théologique à un âge thérapeutique. C'est ce que souligne Roland Jaccard dans *l'exil intérieur* en 1975.¹

L'âge théologique est la période où dieu est déterminant. L'âge thérapeutique relève d'une domination scientifique, et j'entends par là, une logique nouvelle issue de l'esprit démocratique et rationaliste. Guérir devient un terme médical, puisqu'il permet de « sortir de la maladie ». Ce qui est curieux, c'est que pour le médecin, la guérison est avant tout le retour à l'état antérieur.

Lors d'une longue discussion avec Lucille, étudiante en ergothérapie à l'ADERE Paris, je demandais si son rôle était de guérir les patients par certains types d'activités. Ce à quoi elle répondit : « Ah non, on ne guérit pas ! Nous, on réadapte, on rééduque. ». Elle ajouta « quand un patient est guéri c'est qu'il n'a plus le moindre symptôme. La plupart des professions paramédicales vont rééduquer le symptôme, il sera toujours là mais moins fort.[...]. Le médecin guérit. ». Améliorer n'est pas guérir, et seul le médecin détiendrait la capacité de guérir.

La guérison nécessite une pédagogie à mettre en place, celle d'inventer de nouvelles normes. Il ne s'agit pas d'un retour à l'état antérieur par le biais de ces « guérisons », j'ai déjà signalé que c'était impossible, mais une valorisation notable: le vulnérable devenant capacitaire. Nier la vulnérabilité c'est nier l'étendue du pouvoir créateur de nos expériences, et nos relations élaborent des expériences qui font soin.

Cette figure du médecin a depuis, été allouée à un enseignement scientifique, au sens dur du terme. Dans *Le soin est un Humanisme*², la psychanalyste souligne que les sciences molles sont presque inexistantes: on enseigne peu les Humanités³ en médecine par exemple, alors même que l'essentiel du travail quotidien reste relationnel.

Dans le film *Hippocrate*⁴, on ressent très bien cette lacune de la part du nouvel interne et de sa façon maladroite de traiter les patients. Ce manque d'empathie freine l'autoguérison. Pourtant on sait que lorsqu'on adoucit, lorsqu'on calme ses maux —pour reprendre le dictionnaire *Petit Robert*—, l'évolution est positive.

Je n'insinue pas du tout qu'on peut très bien s'en sortir sans médecin, loin de là ! Je veux dire que s'il permet une guérison par son savoir et sa technique, la corrélation de facteurs intrinsèques peuvent aussi la faciliter. Et puis, est-ce vraiment uniquement une question de réparation optimale d'un corps ? Il me semble que la part psychologique d'un être a toute son importance.

¹ Roland JACCARD, est un essayiste romancier

²Cynthia FLEURY, *le soin est un humanisme*, 2019

³ Les Humanités : champ disciplinaire couvrant les lettres et une partie des sciences humaines et sociales

⁴ *Hippocrate*, film réalisé par Thomas LILTI en 2014

⁵ Gustave-Nicolas FISCHER, est professeur en psychologie sociale, cette extrait est tiré de son œuvre *L'expérience du malade*, éditée en 2009



Fig.18 Figure du médecin à la renaissance

Louis-Joseph-Marie ROBERT, *Guide sanitaire des gouvernemens européens, ou Nouvelles recherches sur la fièvre jaune et le choléra-morbus*, 1826

Dissocier le corps et l'esprit

Pourquoi sépare-t-on les deux ?

La médecine se divise en deux branches pour traiter les maux du corps et de l'âme. « *La guérison est aujourd'hui avant tout considérée comme une réponse biologique* » disait Gustave-Nicolas Fischer⁵. À mon avis, le simple fait qu'on ait catégorisé le corps comme sujet biologique, c'est-à-dire sujet de nature, est ambivalent : c'est une séparation équivoque entre guérison psychique et guérison physique. À cet égard, Sigmund Freud a fait évoluer la médecine thérapeutique de façon considérable au début du XXe siècle, grâce à ses études en psychothérapie (qu'on adhère à ses idées ou pas).

La parfaite coïncidence de l'individu avec son corps est une pensée contemporaine. La complexité de la guérison dont parle le psychologue Gustave-Nicolas Fischer, n'est pas juste une affaire de santé retrouvée : elle réside aussi dans l'altération du soi intérieur, de l'être social.

Il y a de nombreuses cultures ancestrales où l'on retrouve la notion de nature émotionnelle et affective, où le corps est un ensemble de champs énergétiques. L'enveloppe corporelle résonne les attitudes, les valeurs et les émotions de l'individu. Même si cette vision est bien moins rationnelle, il est vrai qu'en transformant un corps, on altère l'identité, l'âme de quelqu'un. Cynthia Fleury parle d' « *articulation entre l'âme et la matière* », où le corps physique incarne la matière.

Je pense à la perte de cheveux, (Fig.19) qui peut être vécu comme un drame. Plus généralement la perte de contrôle de son corps incarne la dépersonnalisation de soi. Est-ce vraiment le

corps qui est seulement altéré par la maladie, ou aussi l'image qu'on a de notre corps comme le souligne Fischer ? « *Elle atteint l'identité, c'est-à-dire ce lien mystérieux que l'on a avec soi-même et à travers lequel on se sent être soi, c'est-à-dire différent de tous les autres. [...]* ».

De ce fait, guérir est aussi *reconstruire son identité*.

Le cancer peut figer le malade. La médicalisation bien qu'essentielle à la survie du patient, empêche toutes perspectives, freine toutes ambitions professionnelles et personnelles. Et pour s'engager lui-même dans sa guérison, il lui faut trouver un intérêt et un accompagnement. Ee que Mary Poppins, (Fig.20) appelle « le petit morceau de sucre qui aide la médecine à couler ».

Ce morceau de sucre c'est l'entourage, les perspectives futures ou l'imagination qui pourront aider à recréer un « *autre monde intérieur avec son corps fragilisé* »⁴. Ce morceau de sucre, c'est tout simplement le soin.

⁴ Gustave-Nicolas FISCHER, est professeur en psychologie sociale, cette extrait est tiré de son œuvre *L'expérience du malade*, éditée en 2009



Fig.19 Dina GOLDSTEIN, *Rapunzel*, photographie, 2008



Fig.20 Robert STEVENSON, *Mary Poppins*, 1965

L'ère du Soin

Petit Robert, 2009

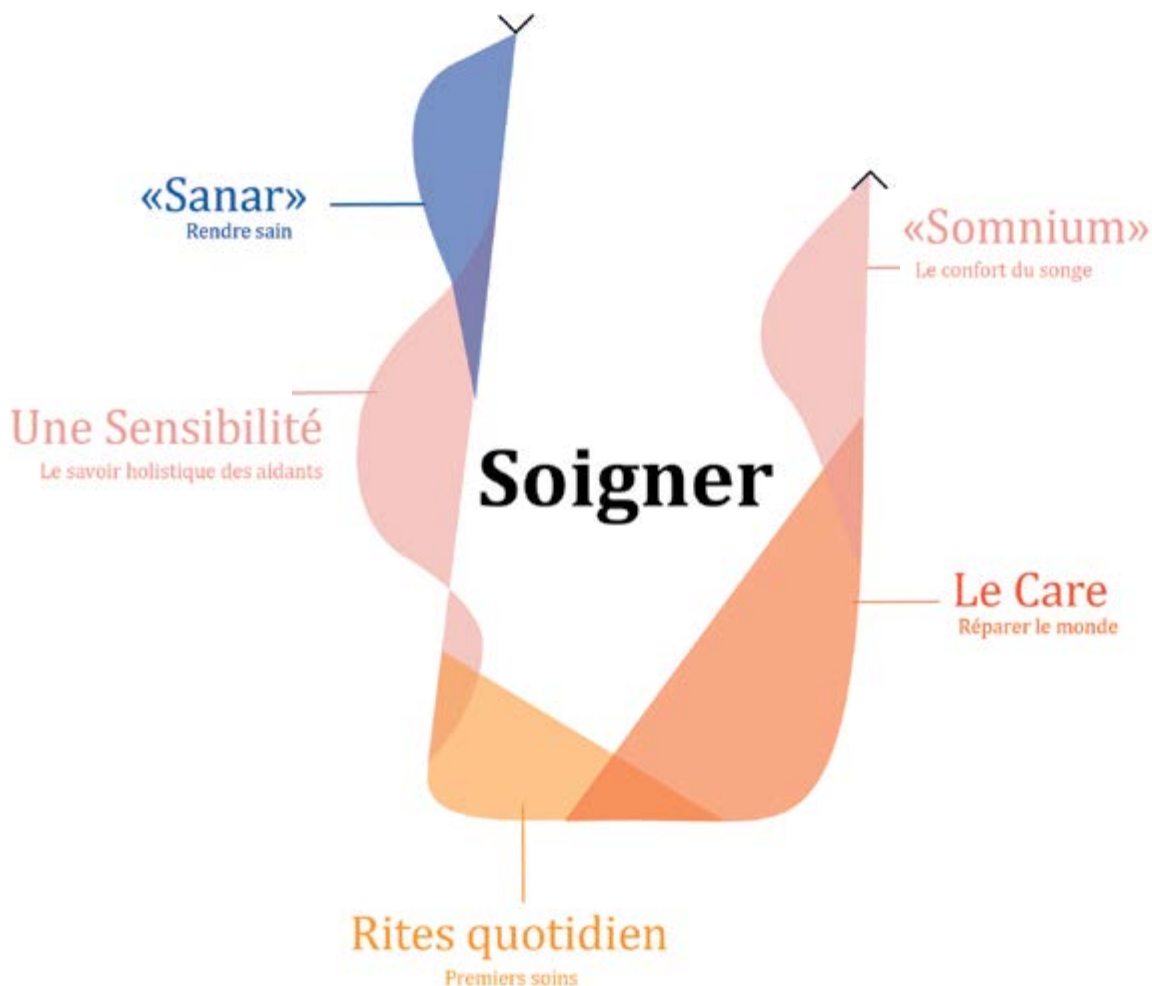
SOIN nm – XIIIe ; V. 1155 soing ; 1080 soign
◇ probabl^t du latin *somnium*, *sonium* « rêve, songe » → soigner

I-CE QUI PREOCCUPE

1. VX Préoccupation qui inquiète, tourmente. ► inquiétude, souci. ◇ effort, mal qu'on se donne pour obtenir ou éviter quelque chose.

2.[...] AVOIR, PRENDRE SOIN DE (et l'inf.) : penser à, s'occuper de. ► songer, veiller (à) il faut prendre soin d'arroser les fleurs. Le névrosé « garde ses réflexes sociaux et prend grand soin de rester dans les limites de la vie sociale ». AVOIR, PRENDRE SOIN DE (qqn, qqch.) : soigner (II, I°). S'occuper du bien-être de (qqn), du bon état de (qqch.). Il a pris soin d'elle pendant sa maladie.

3.II-LES SOINS Acte par lesquels on soigne qqn, qqch. ► attention, prévenance, sollicitude. L'enfant a besoin des soins de sa mère. « Gentil, plein de soins, d'égards, de tendresse » MAUPASSANT. PETITS SOINS : attentions délicates[...]. Action par laquelle on donne à son corps une apparence nette et avenante. ► hygiène. Action par laquelle on rétablit la santé (► soigner) Recevoir des soins dans un hôpital. Aussi nursage. Soins intensifs : unité hospitalière recevant des patients nécessitant une surveillance constante, assurée par un équipement et un personnel spécialisés. ► réanimation. Soin à domicile, soins palliatifs, soins médicaux, dentaire. Aussi ► traitement. Feuille* de soins. Parcours* de soins.



« Du souci de soi au souci de l'é/Etat de droit, tel est le chemin éternel de l'humanisme : comment l'homme a cherché à se reconstruire, à grandir, entrelacé avec ses comparses, pour grandir le tout, et non seulement lui-même, pour donner droit de cité à l'éthique, et ni plus ni moins aux hommes. Quand la civilisation n'est pas soin, elle n'est rien. »

Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, 2019

1 L'Hôpital et la guérison

C} Soigner et être soigné

À notre choix primaire, les Espagnols ont préféré la souche latine « *sanar* » pour dire guérir. Elle se consacre à « *rendre sain de corps et d'esprit* » et c'est de ce germe qu'a éclos le verbe *assainir* ainsi que le mot *santé*, voisin du verbe soigner. Je souhaite définir le verbe soigner pour comprendre ce qui peut faire soin au cœur de l'hôpital.

L'image du soin y est majoritairement positive, dans la mesure où le soin est l'expression de la sensibilité. Le soin peut être une préoccupation, pour sublimer un être, une chose. C'est la tendresse de parents envers leur enfants, une bonne action d'un inconnu envers un autre, ainsi qu'un geste à l'égard de soi. Il existe une grande diversité de soignants, des auxiliaires de vie en passant par les infirmières, jusqu'aux thérapeutes.

Le cadre infirmier Hervé Brizon¹ constate qu'il y a « *d'un côté des médecins puissants d'un savoir limité mais non-controversé* » et « *de l'autre, des infirmières et aides-soignantes riches de connaissances plus sensibles, nous dirons plus holistiques* [...] ».

Précisément, si je résumais le soin à une technique telle que les prises des constantes, les distributions de médicaments, les examens sanguins ou les pansements, je me fourvoierais sur ce qu'est le soin. Il faut bien faire la différence entre le soin et le service de soin. Le service de soin est aménagé par des soignants et se manifeste par un savoir-faire plus tendre et familial que celui du médecin, en particulier parce que l'attention est quotidienne. Bien que le temps et les lits manquent, ce sont eux qui accueillent, respectent et informent le patient. Par ce biais, ils contribuent activement à son rétablissement. Ils exercent au sein de ce que les infirmiers et aides-soignants appellent le *parcours de soin*¹.

L'illustration suivant (fig.21), résume certains éléments de ce parcours.

Il s'agit de l'ensemble des activités discrètes du quotidien. Jean Claude Kauffman, sociologue au CNRS, disait que « *l'essentiel se joue en effet dans la (re)construction permanente du cadre de vie par le truchement d'activité apparemment banales, ingrates ou déplaisantes : passer le balais, écosser les petits pois* [...] ». Elle constituent une sorte de matière première de la vie [...] ». Ces images mettent en lumière une chose importante : dénigrer ces autres formes de soin que sont les toilettes, l'entretien, les courses, les repas et

¹ Hervé BRIZON, Précis d'alliance patient-soignant, édition Lamarre, 2019

¹ Le parcours de soin : a pour objectifs de faire bénéficier chaque usager suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée, c'est un dispositif institué par la loi en 2004.

la relation revient à nier l'humain. Ce sont les soins auxquels s'adonnent les aides-soignants, le personnel d'entretien ou les proches, lorsque nous n'en sommes plus capables tout seuls. Ce sont eux qui livrent ce qu'on nomme *premiers soins*.

Et par premier, j'entends les soins « primordiaux », « essentiels » ; des « petits riens » qui sont en fait tout. Le doux soin qui me rappelle le parfum qu'on dépose sur la peau le matin. L'oreiller sur lequel je pose confortablement ma tête, le lit et les draps que je déploie au réveil, le petit déjeuner que je me prépare soigneusement, sont autant de rituels qu'admettent nos objets du quotidien. Le soin s'exalte au gré des attentions, pour nous embaumer de confort et de bien-être.

J'entendrais bien vous faire une ode à la toilette, et autres rites de la salle d'eau. Le simple reflet dans la glace le matin, le premier verre d'eau, le coup de peigne, les zigzags de brosse à dents chaque matin. Voilà des gestes qui font soin. Il y a un gisement dans le geste. C'est la présence de l'individu, c'est sa singularité. Parmi eux, la toilette est un soin primordial. Comme le prouve ce court extrait du roman *Une journée* d'Ivan Denissovitch¹ :

« La barbe avait drôlement poussée. Elle datait, c'est juste, du dernier passage au bain : dix jours et plus. Oh c'était pas bien gênant. Les bains, on y reviendrait dans trois ou quatre jours et Choukhov en profiterait pour se faire encore raser. Ça servirait à quoi, de traîner chez le coiffeur ? À être joli garçon ? Non mais pour quoi ? »

Voilà l'essence même du soin comme forme de dignité. Choukhov, pauvre prisonnier du Goulag, s'efforce de prendre soin de lui malgré l'horreur du quotidien. C'est ce qui fait qu'il est humain.

Mon père pensait à cela chaque matin avant d'aller prendre sa douche dans les salle d'eau collective du service d'oncologie. Il s'apercevait bien qu'une grande partie de ces voisins n'avaient plus le moyen, mais surtout plus l'envie de se laver. Comme il me l'a dit, c'est une façon de garder le contrôle de soi : en se levant, en prenant sa douche, en s'habillant chaque matin, on encourage l'activité et la confiance en soi.

On retrouve ces soins, pour aller plus loin, dans les cultes traditionnels de purifications, tel que l'hydrothérapie (Fig.23). Et puis l'eau, qu'on peut utiliser pour la toilette, se raccroche à l'intimité. Lorsqu'un proche ou un aide-soignant est dans notre salle de bain pour nous aider à nous laver, il s'immisce dans notre jardin secret. Il y a certains soins qui peuvent heurter la sensibilité de l'individu. Prenons donc cet exemple de la brosse à dents dont je discutais il y a quelques jours avec ma directrice de mémoire. Oui, pour la plupart d'entre nous c'est un objet tout à fait banal et inoffensif. Pourtant, il arrive dans certain cas, notamment celui des autistes, que son utilisation devienne un véritable calvaire. Comment ce simple outil de soins peut-il détériorer l'expérience de ces personnes ? Comment l'améliorer ?

Voilà le genre d'interrogation qui intéressent le designer d'objets. Néanmoins, beaucoup diront que se préoccuper des objet de soin est avant tout la maxime de l'ergothérapeute. À vrai dire, l'ergothérapie tend à favoriser l'implication du patient dans des activités dites *occupationnelles* et les premiers soins servent l'occupation, c'est à dire les gestes du quotidien.

¹ Ivan DENISSOVITCH, *Une journée*, édition Fayard, 1962

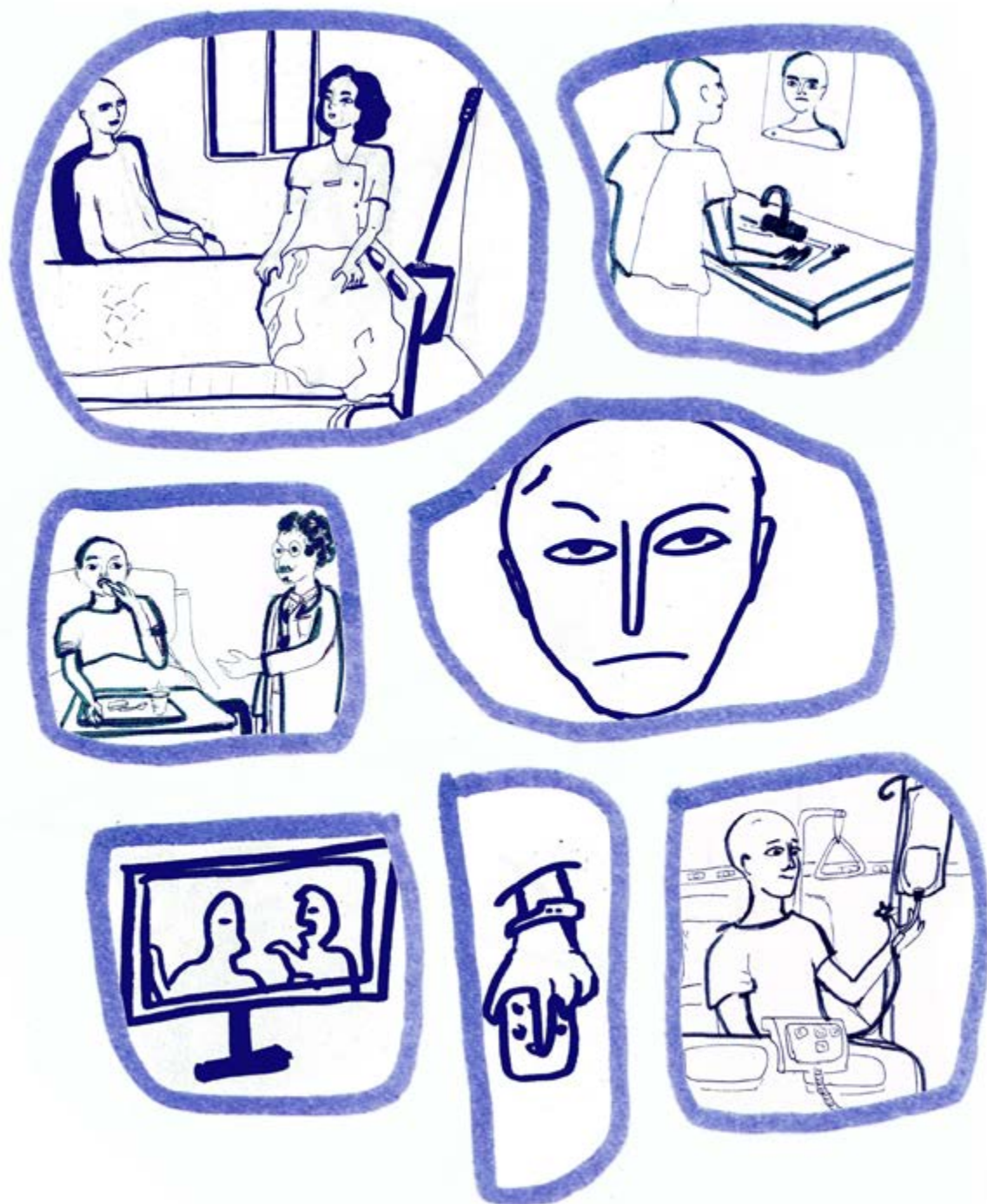


Fig.21, Journal d'hospitalisation



Fig.22 L'attention
Félix VALLOTTON, *La Malade*, peinture
d'Hélène Chatenay, huile sur toile, 1892

Ces premiers soins font partie de l'environnement du *Care*, un principe naissant assigné à l'acte relationnel. Joan Tronto, philosophe-politique, le définit comme une activité « *qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde* »¹. Le soin, par extension le care, c'est donc rendre le monde habitable. En le réparant diront nous. Et le nettoyage est une forme de réparation.

La pensée du care tend à considérer la vulnérabilité de l'Homme. C'est une manière d'améliorer l'habitabilité du monde grâce à un retour à l'éthique. Une éthique nouvelle, qu'on retrouve aussi bien dans des projets technologiques qu'artistiques; ce que je vous présenterais dans le *Design à l'hôpital*.

Le care c'est du consentement aussi, il invite le partage entre deux êtres.

En effet le mot care vient de *cure*, de même origine que la *curiosité*, ce qui est tout à fait logique puisqu'il relève d'une envie de connaître. Le care c'est une attention cosmopolite, à la terre, aux êtres, aux idées. Leatitia Goffinet² rappelle que le care c'est : « *comprendre et reconnaître les inégalités pour en limiter l'impact négatif sur la vie de l'individu* ». Bien entendu, il s'agit d'un appui afin de rendre capacitaire son prochain; mais le care ne désigne pas l'acte d'une seule personne, le porteur de soin. C'est un acte de collaboration entre l'aidant et l'aidé. Le patient ne retrouvera dignité que lorsqu'il se sentira lui-même utile. L'aidant ne sublimera pas l'aidé en le rendant passif. Cela passe par une écoute ou un regard attentif, afin d'oeuvrer ensemble. La personne est une finalité en soi, elle n'est surtout pas un moyen, sinon elle reste une chose.

Comme je le disais, cette démarche favorise notre compréhension de l'autre. Parce que le

porteur de care fait partie de l'enveloppe qu'on se crée, il est cette enveloppe elle-même. L'enveloppe est un principe souvent évoqué par Marie Coiré³. Se sentir enveloppé par quelqu'un c'est très agréable, c'est *avoir des bords et des limites*. La designer m'expliquait qu'en psychiatrie « *envelopper c'est plutôt contenir, empêcher* ». Et c'est là que la notion d'enveloppe est très intéressante, car elle est elle-même fragile. Elle peut vite devenir étouffante.

De quelle manière peut-on imaginer des dispositifs de soin enveloppants ? Qu'est-ce qui fait qu'un espace, un habitacle, un mobilier, est enveloppant ?

Toutes ces questions démontrent que l'action d'envelopper n'est efficace que si elle est vécue comme rassurante. Je reviendrai sur le concept dans le chapitre *Réconforter* plus tard. L'enveloppe et le réconfort comme forme de care donc. J'insisterai sur le fait que le sentiment d'abandon est fréquent chez le malade. Il est nécessaire d'encourager le care.

C'est aussi un acte affectif, peut être un mot, une parole, un regard. Les lettres d'encouragement que les proches laissent au patient, des objets symboliques porteur de chance, d'amour ou d'amitié. Il existe depuis 2001 une curieuse peluche « *Paro* »¹ créées pour les personnes atteintes d'Alzheimer, ressemblant à un bébé phoque blanc qui émet des sons et se meut lorsqu'on le tient dans ses bras. Les personnes âgées ressentent un réel bienfait en sa présence. Et ce, parce qu'elles ont de la sympathie pour

¹ Joan Tronto, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, éditions La Découverte, 2009

² Laetitia GOFFINET «*Pour un design des microluttes et des singularités*» dans le livre de Cynthia FLEURY, *Le soin est un Humanisme*, 2019



Fig.23 Unknown, comment prendre un bain et autres techniques de naturopathie, début 1900.

ce compagnon et qu'elles peuvent prendre soin de quelqu'un.

À ce propos, ma mère m'a raconté un jour son expérience avec une vieille dame dont elle s'occupait, qui était toujours fermée, recroquevillée sur elle-même, et prononçait seulement le prénom de sa fille. Lorsque ma mère est revenue avec un ours en peluche, la dame a souri a commencé à la bercer comme un nourrisson, et s'est totalement ouverte.

Il arrive qu'on puisse trouver du réconfort en collaborant avec un dispositif. C'est à dire qu'il est possible de co-agir sur son traitement si l'utilisation est intelligible. Plus les dispositifs sont transparents, meilleurs seront nos rapports à eux. On arrive alors à se les approprier.

Le fait est, qu'avoir un camarade apporte non seulement un soutien, mais nous sublime aussi par l'importance qu'on y donne : le besoin de l'un pour l'autre. L'affection initie une relation de compréhension, et de réassurance. C'est une phase d'écoute attentive, des tentatives de dédramatisation des situations par un soutien grâce à des conseils.

Au sein de ce care, on parle plus récemment de soins support. Appelés aussi soins de confort et de bien-être, ils s'aménagent dans le respect du rythme de vie du patient. Le soin support est impulsé en 1984 par le professeur I.Krakowski⁴ avec le *SISSPO* au centre de Lutte contre le cancer. Ce sera le premier service de soins de supports en France.

Ce qui est intéressant avec le *SISSPO* (*Service interdisciplinaire de Soins de Support pour les patients en Oncologie*) c'est qu'il accueille de nombreuses spécialités transversales : et parmi ces spécialités, certaines ne sont pas médicales,

³Marie COIRIÉ est designer spécialisée dans le service, travaillant au sein du LAB-AH

⁴Pr I.KRAKOWSKI est spécialiste en France de soins support, d'abord Oncologue à l'Institut de cancérologie de Lorraine.

mais plutôt psycho-culturels : l'art-thérapie, la musicothérapie, l'esthétique, la relaxation etc.

La mise en place de ces soins améliore l'expérience du patient atteint d'une maladie grave, et limite les effets secondaires des traitements. D'ailleurs, la psychothérapie et l'hypnothérapie font partie des premières thérapies utilisées, comme en témoignent les protocoles antiques.

Mais pourquoi les rêves et songes sont-ils des passages vers la guérison ? En quoi relèvent-ils de soins ?

Je vous racontais précédemment que les médecins grecs s'asseyaient au chevet du malade afin d'interpréter ses rêves. Et bien, sachez que justement le verbe soigner découle du latin *somnium*, autrement dit «*le songe*». Aujourd'hui encore en chirurgie, des médecins plongent leurs patients dans un état de rêve grâce à l'hypnose. Celle-ci apporte du réconfort au patient, via les pouvoirs anxiolytique et analgésique qu'elle lui confère.

Le sommeil et le monde du rêve sont des formes de repos. Ils nous autorisent à lâcher prise et à s'évader. Le psychologue G.N. Fischer¹, qui a notamment travaillé sur la psychologie du cancer, dit qu'«*il faut de la persévérance, il faut y croire*»⁴ pour donner de l'ampleur à la guérison. Seulement aujourd'hui le processus de désacralisation ne fait plus appel aux esprits, aux divinités pour expliquer le monde. Pourtant, il a été constaté que notre système autoproduit des molécules thérapeutiques efficaces contre la douleur, l'asthme, ou la dépression, et ce grâce au mental, plus précisément issue de la psychologie positive, et la sécrétion d'hormones par le cerveau.

Le fait de miser sur la magie de l'esprit me paraît en outre intéressant, et je me devais d'évoquer plus en profondeur le pouvoir de l'esprit à agir sur le corps. Cynthia Fleury évoque la

«*métaphysique de l'imaginaire*» et la «*poétique de la matière*» dans plusieurs de ses travaux. Elle entend par là concevoir le réel, se connaître. Et par connaître, elle entend aussi *co-naître* qui par extension est une forme de renaissance de soi.

Son travail croise celui de Donald Winnicott en littérature psychanalytique, qui propose le concept d'*élaboration imaginative*² afin que le bébé se construise. Il définit le «*holding*» et le «*handling*» : Le holding représente l'ensemble des soins physiques et psychiques de la mère pour calmer l'angoisse du nourrisson, comme le tenir dans ses bras, comprendre ses pleures, le bercer. Alors que le handling sera la dimension pratique et dynamique du holding : la toilette, l'habillage du bébé, son repas.

Ces activités d'échange affectif vont protéger le bébé du syndrome d'hospitalisme, c'est à dire d'une carence affective.

Pour évoluer et accéder au monde, le bébé aura aussi besoin de l'élaboration imaginative de la mère, autrement dit sa capacité esthétique à voir le monde. L'élaboration imaginative favorise la confiance en soi, et il est important d'avoir confiance en notre qualité de présence au monde.

¹Gustave N. FISCHER, *L'expérience du malade*, 2009.

² Donald W. WINNICOTT, pédiatre et psychanalyste, *Les objets transitionnels*, 2010

Imaginer et voyager, c'est ce que fit l'écrivain Xavier Maistre en 1792, dans une outre mesure, dans son œuvre *Voyage autour de ma chambre* qu'il écrivit lors de son assignation à résidence. D'après lui, un espace si étroit soit-il, recèle de possibilités inexplorées : « *il faut dit-il, savoir rêver en toutes circonstances [...]. Le désarroi ainsi maîtrisé fait place à un bonheur insoupçonné, qu'éveille la description des objets qui l'entourent ou le portrait d'un ami défunt. Chaque élément de son intérieur ouvre un monde ignoré d'images et de réflexion [...]* »³. Ainsi, Maistre réalise que de fâcheuses circonstances peuvent ouvrir des portes sur un autre monde.

Sa thérapie contre le désarroi est une sorte de voyage, de rêve. Il a su laisser place à l'imagination. Vous verrez par la suite comment le rêve et l'imagination peuvent être pensés comme forme de confort.

Je vous invite maintenant, avec le prochain chapitre, à réfléchir ensemble à la notion d'hospitalisme et de confort. Mais d'abord, laissez vous porter par les images de ma petite collection d'objets hospitaliers, pour vous faire une idée, en amont, de ce que peut signifier le confort ou l'inconfort à l'hôpital.

³Alexander MITSCHERLICH, cite sa lecture de Xavier Maistre dans *la métapsychologie du confort*, ensuite traduit dans *L'idée du confort, une anthologie* de Tony Côme, en



Fig.24 La chambre d'hôpital et ses objets

Hospitalisation pour cancer à ICRB de Rennes, 2018

Collection d'objets à l'hôpital

« Les maladies sont détectées avant même d'avoir commencé à se manifester, les symptômes ne font plus office d'alerte. [...] La communauté de savants se durcit en communauté de techniciens. Ce ne sont qu'appareils, équipements lourds, complexes, onéreux, là pour débusquer le mal, écarter le médecin du passé en se substituant à lui. Les procédures sont aujourd'hui bien huilées. Dès la première visite, le médecin abandonne (provisoirement pense-t-il) son pouvoir et prescrit analyses de sang, échographies, coloscopies, angioscintigraphies, pratiquées par des machines et décodées par des techniciens. Conception analytique et réductionniste du mal, dépendant de la toute-puissance de la technique. A chaque mal sa machine. »

Demain sera meilleur, Hôpital & utopie 2001



Fig.25 Objet de posture
Corset pour mal de Pott, fin XIXème,
Musée d'Histoire de la Médecine.



Fig.26 Lit médicalisé hms-vilgo, 2008
parmi les nombreux objets à roulettes
qu'on trouve dans la chambre.



Fig.27 **Objet de traitement**

Arbre à chimiothérapie, que la grande majorité des patients atteints de cancer ont déjà cotoyé, souvent detesté. D'une part à cause de l'illisibilité du contenu transporté de tuyau en tuyau, d'autre part il est l'un des effets indésirables causés par la chimiothérapie.

Fig.28 Le repas
Hospitalisation à l'ICRB à Rennes et Saint-Malo



Fig.29 Le masque
Derrière le masque, un regard...
CHU de Besançon - © Séverin Rochet

Fig.30 **Prise de tension**

ocillomètre circa. 1900, Musée
d'Histoire de la Médecine.



Fig.31 Tensiomètre BPM, Pierre Garner, 2020

Fig.32 Rituel de la toilette

Objet de toilette, époque Gallo-romaine,
Musée d'Histoire de la Médecine.



Fig.33 Salle de bain d'hôpital,
Hes, La Salle De Bain Prefabriquee, 2018

Hospitalité et confort



Fig.34 L'accueil à l'hôpital

Hospitalité et confort

Être hospitalier

A} Les lois de l'hospitalité

Le mot hôpital est voisin de « *Hospital* » qui signifie « *être hospitalier* », et renvoie aussi à l'hospice crée au moyen-âge (comme je vous le racontais à travers mes récits historiques). Dans l'Antiquité, l'*hospitium* était un droit de protection réciproque, des uns aux autres. L'une des divinités grecques et romaines, Jupiter, était d'ailleurs le dieu de l'hospitalité. Tous les étrangers sans exception bénéficiaient de sa protection. Jupiter avait la bonté de traiter tout le monde comme son propre frère (mais si par mégarde quelqu'un violait ce devoir, il subissait la colère du roi des dieux). Ceux qu'on appelait les *hospes* chez les Romains, autrement dit les invités, profitaient d'un droit de divertissement gratuit, l'hospitalité était alors perçue comme une forme de don.

Cette tradition morale perdure jusque dans le chef d'oeuvre cinématographique et burlesque *Les lois de l'hospitalité*, sortie en 1924¹. Le protagoniste Buster Keaton, alias Willy MacKay cherche par tous les moyens à rester dans la maison de ses hôtes, les Canfield. Ces derniers, qui se trouvent être des ennemis depuis une querelle ancestrale, ne peuvent pas l'attaquer sous prétexte qu'il est l'invité de la maison (Fig.35). Comprenez ici que l'hospitalité reflète l'art de recevoir et d'héberger.

Mes précédentes réflexions sur l'évolution de l'hospice, espace d'accueil, vers l'hôpital, rendent compte d'une perte d'hospitalité. Et pourtant l'hospitalité n'est-elle pas une forme de soin et de confort ?

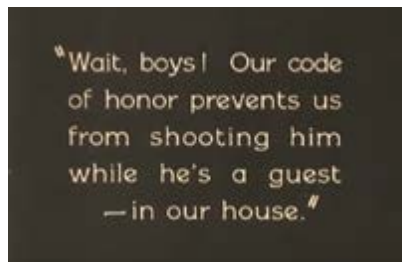


Fig.35 Parole du père des Canfield «Wait boys! [...]» traduit ainsi : « Attendez les garçons! Notre code d'honneur nous empêche de lui tirer dessus tant qu'il reste un invité dans notre maison ».

L'insigne fixé au mur de la maison des Canfield «love thy neighbour as thyself» (image du bas) signifie «Tu aimeras ton prochain comme toi-même »

¹ Buster KEATON et John G. BLYSTONE réalisent *Our Hospitality*, film muet américain, sortie en 1923. (Dans le domaine public, disponible gratuitement sur internet)

L'établissement de santé reste un espace social articulé par un accueil, une prise en charge et la mise en place de visites. Chacun s'approprie plus ou moins l'hôpital selon son habitude à le côtoyer. Ses employés, notamment, sont les plus réceptifs à son appropriation de par une fréquentation quotidienne. Leur appartenance au lieu peut être constaté selon la couleur des habits des soignants. Gustave Nicolas Fischer¹ note d'ailleurs qu'il y a « *la blouse bleue pour le service de réanimation* » ou « *rayée jaune pour le service de radiologie* ». De cette façon, le personnel divise et marque les territoires de chaque spécialité.

Et justement, la spécificité de l'hôpital c'est d'être autant un espace de travail qu'un espace public. Par conséquent, leur dominance territoriale contraste avec une certaine dépossession des arrivants qui viennent être soignés pour quelque temps à l'hôpital. J'évoquerai plus tard l'effet de dépossession qui peut être vécu.

On note par opposition, que ceux qui y séjournent régulièrement ou longtemps, comme les patients atteints de cancer, ne peuvent pas s'approprier pas les lieux. Le but des antennes de soin est de les guérir vite afin que les patients partent rapidement.

Au demeurant, l'hôpital évite toutes formes d'hospitalité en raison de contraintes budgétaires.

Ce problème resurgit souvent dans les témoignages du personnel de santé :

le système de T2A² les épuise. Cette réforme a automatisé le soin au sein des hopitaux. Ce qui est très clairement évoqué par le professeur Agnès Hartemann, spécialiste en diabétologie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière:

« *Dans les réunions hebdomadaires où on parle, avec tout le personnel, de ses patients, je devenais une sorte de robot à dire :*

– *Quand est-ce qu'il sort ?*

– *Quand est-ce qu'il sort ?*

– *Et, quand est-ce qu'il sort ?*

Parce que dans ma tête je me disais, ça fait 15 jours qu'il est là. Le patient occupe la chambre, je ne vais pas pouvoir faire du séjour. Et ce sont les jeunes infirmières, qui me regardent avec un air ... Un regard, avec lequel on se dit « je ne suis plus éthique ! ». Et je leur ai dit : « N'oubliez jamais pourquoi les patients sont là. Et rappelez-moi cette réalité ! »

Je dirais qu'en plus, les difficultés avec ces maladies chroniques, c'est que ce ne sont pas des patients rentables. [...] Parce qu'on va devoir vous garder un certain temps. Parce que votre plaie est complexe. Au fur et à mesure que les jours passent l'hôpital commence à perdre de l'argent. Par malchance vous êtes amputé.[...] Il redevient rentable. Voilà où on en est avec la T2A. ».

La TD2A détruit toutes formes d'hospitalité. Et dernièrement, partout dans l'hexagone, les services de réanimation ont manqué de place face à la vague d'infection du COVID19. C'est le résultat du « *redimensionnement capacitaire* » dont parlera le médecin Stéfane Velut. Les soignants craquent, ils doivent trier les patients. Leur priorité est la prise en charge des personnes gravement malades ayant des chances de guérir.

¹ Gustave Nicolas Fischer, *Psychologie sociale de l'environnement*, édition Privat, 1992

² C'est la *tarification à l'activité* mis en place en 2007, créé pour homogénéiser le financement des hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés.

Si je simplifie : plus l'hôpital est efficaces, et plus il bénéficiera d'aide financière de l'état. Ce système a fait du tort au service hospitalier. Les soignants se sentent accaparés par des tâches administratives chronophages, au détriment du soin. Le patient représente un coût à amortir.

Je fais écho aux soignants obligés de délaisser des cas sans espoir durant la première vague de l'épidémie, et ce par manque de lits et de matériels. Certains paraissent penser qu'il soit possible d'aménager un hôpital sans soins. À moins qu'aveuglés par les pertes et le manque de profits, ils aient oublié que l'hospitalité était au coeur du soin.

Je vous propose une image simple : imaginons que l'hospitalité soit une fleur, sa tige (son support) serait le soin, les pétales bordant la fleur formeraient l'espace d'hospitalité. La générosité et la sociabilité correspondraient à son pistil. Ce pistil, serait pollinisé par des rencontres, des attentions, des dons. Car la générosité est avant tout un don gratuit, une attention particulière. Ainsi, le fruit qu'il en résulterait s'avèrerait être un sentiment de bien-être (Fig.36).

Si je veux parler maintenant de façon plus technique, l'hospitalité relève de la *psychologie sociale de l'environnement*¹. Celle même qu'étudie G.N Fischer et qui permet de comprendre les usages que l'humain fait de l'espace. Le premier à théoriser cette psychologie est Abraham Moles, à l'aide du fameux schéma de la « coquille de l'homme ». La coquille (Fig.37) est une métaphore de notre sphère personnelle dans l'espace. Cette sphère est plus ou moins grande selon notre relation aux autres.

À ce propos, l'hôpital doit favoriser la santé, soit « un état de bien-être physique, mental et social et non seulement une absence de maladie et d'infirmité » selon la formule de l'OMS. Par conséquent la santé est aussi une affaire de relation. L'énoncé sous entend que l'entourage, la sphère intime et professionnelle du patient (soit la coquille de l'individu) doivent être pris en compte. A.Moles démontre aussi que l'espace n'existe pas s'il n'est pas habité. Ainsi,

notre sphère intime et l'espace commun semblent disparaître à mesure que l'hospitalité se fait rare.

Si nous arrivions à l'hôpital pourvus d'une vraie coquille sur le dos, elle deviendrait minuscule, aussi petite que celle d'un bernard l'hermite!

Simplement, l'hospitalité est une démarche qui humanise des relations dans l'espace.

Et souvent grâce à elle, des liens socio- culturelles se tissent à travers des rencontres ; le dialogue unis socialement. Nos échanges forgent notre histoire, et notre quotidien. Finalement, un espace hospitalier doit se prêter à un séjour facile, agréable.

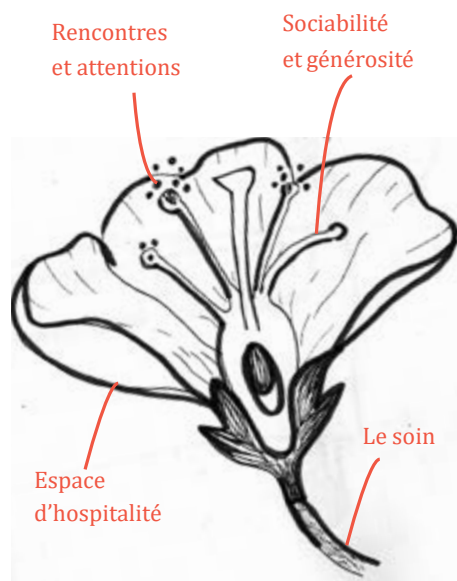


Fig.36 La Fleur de l'hospitalité
conception personnelle

¹ Gustave Nicolas FISCHER, *Psychologie sociale de l'environnement*, édition Privat, 1992

D'ailleurs, ma première image à l'énonciation du mot « hospitalité » est une auberge à l'accueil chaleureux, avec une pièce où se partagent un dîner, des paroles, où chacun se sent bien ; quelques signes aussi, un message de bienvenue, quelques attentions ça et là dans une pièce, un gage d'amitié ou même le sourire d'un inconnue.

Il s'agit bien ici de recevoir et de loger, ou plus généralement, de « rendre accessible ». Ce qui est une fonction essentielle de l'hôpital : on y séjourne, on a accès au soin. D'ailleurs, l'hôtel et l'hôpital partagent la même origine. Le clivage entre ces deux institutions s'est formé au fil des siècles.

L'hôpital a du moins gardé une mission semblable à l'hôtellerie : l'accueil. Un bon accueil passe par un rituel de présentation, d'écoute, de connaissance de l'autre (pour mieux le soigner) et de partage d'informations. C'est le premier temps de relation.

Il arrive dans certains services que les infirmiers remettent un livret d'accueil. Ce livret favorise l'accès aux informations pratiques mais ne dispense d'aucune forme de relation soignant-soigné. La porte de la chambre du malade peut être un support d'informations. On pourrait aussi imaginer qu'elle puisse renseigner sur le désir du patient d'être ou non dérangé, ou renseigner ses centres d'intérêt. Le seuil d'une porte est l'endroit crucial d'un accueil. Vous avez sûrement déjà remarqué que la plupart des hôpitaux disposent d'impressionnants volumes pour leur station d'accueil, depuis que les différentes spécialités ont été

regroupées. Ce qui peut donner l'impression que tout est moins accessible. L'ambivalence entre accessibilité et inaccessibilité, s'agissant des visites, est encore plus marquée. Il arrive souvent que des contrôles à l'entrée et d'autres rites de passages fassent barrière aux familles et aux proches. Je me rappelle que mon passage au chevet d'un proche ne durait qu'un temps déterminé par les soignants. L'expression « rompre le pain de l'hospitalité » est adéquat dans ce genre situation.

Cette terre inhospitalière est en partie le fruit d'une figure ancienne d'une entité intouchable (prête, anciens médecins,...), détenant le pouvoir de vie ou de mort. Mais son emprise sur ce lieu « sacré » a heureusement, évolué dans le bon sens. L'accessibilité est primordiale puisque, comme le soulignait Michel Foucault : « *L'hôpital agit sur les maladies, il peut parfois les aggraver, les multiplier ou au contraire les atténuer* »². La relation psychosociale du malade avec l'hôpital détermine son confort.

Jacques Tenon, ce chirurgien parti explorer les hôpitaux à travers l'Europe, le démontre par différents exemples. Il notait minutieusement dans ses carnets le nombre de malades et le nombre de lits mis à disposition, la taille des salles de soins et de l'administration, les déplacements, les parcours du linge propre et sale, et surtout le taux de guérison et de mortalité des patients. Ses observations sont précieuses, puisqu'elles soulignent que la cohabitation de patients blessés avec les femmes enceintes par exemple, engendrait l'augmentation de mortalité durant l'accouchement. Ce phénomène fait écho au terme de « *maladie nosocomiale psychique* » dont parle la philosophe Cynthia Fleury³.

² Michel FOUCAULT, *l'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne*, Troisième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université d'État de Rio de Janeiro, Octobre 1974.

³ Cynthia FLEURY, *Le soin est un Humanisme*, 2019

Elle dénonce « l'asepsie » de l'hôpital. Le système de soin est lui-même malade. Dans ce contexte, les risques d'attraper une « *maladie nosocomiale psychique* » sont d'autant plus grands et le patient aura plus de peine à guérir.

Il faut soigner l'univers hospitalier, en restaurant un environnement accueillant et stimulant, réaménager des soins primordiaux. Ce qui fut le projet de la fondation de rééducation d'Arnhem, au pays bas en 2010. Son architecte, Koen Van Velsen et son équipe ont facilité la proximité entre ses patients et les habitants aux alentours. De plus, la fondation s'intègre dans un paysage naturel, inclut le complexe sportif communal au rez de chaussée, ainsi qu'un restaurant. L'ingrédient principal de ce bâtiment est la convivialité. Nous sommes bien loin de l'usine à soigner construite par les architectes fonctionnalistes. La fondation pose la question de l'influence du cadre bâti, ou de l'interaction humaine comme enjeux d'hospitalité.

À l'instar, les designers de la *Fabrique de l'hospitalité*¹ sont voués à déchiffrer les nouvelles pistes d'organisations de l'hôpital et créent de nouveaux espaces de soins, des objets, du mobilier, des supports d'échange pour « *accompagner l'ensemble des usages dans la conception de l'hôpital de demain* »².

Ces créations prouvent le besoin de confort grandissant, afin de pallier le malaise des occupants. Autrement dit, la dépossession, le vide dans l'espace nous engage à l'habiller de confort.

**Fig.37 La coquille
de l'Homme**
conception personnelle



¹ La Fabrique de l'hospitalité « *laboratoire d'innovation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg* »

² Jeanne Deautrety, « *anatomie du corps ou la réparation du corps blessé* » *Design et pensée du care*, 2019

Confort et inconfort

Petit Larousse 1989

CONFORT n.m (angl. Comfort ; de l'anc. Fr. confort, aide) Bien-être matériel, commodités qui rendent la vie quotidiennement plus agréable, plus facile. Ils ne pourront jamais renoncer à leur confort.

—avoir le confort : avoir tout ce qui rend la vie confortable (chauffage, salle de bains, etc.), en parlant d'un lieu d'habitation.

CONFORT n.m (de conforter). MED. Médicament de confort : médicament prescrit, dans un but surtout psychologique, pour aider le malade à supporter un symptôme désagréable mais qui ne constitue pas, à proprement parler, un traitement.

Petit Robert - 2009

CONFORT n.m — v.1100 de conforter. 1 Vx Secours, assistance matérielle ou morale. 2. MOD. Médicament de confort qui permet de mieux supporter un mal, mais qui ne soigne pas.

CONFORT n.m (de confort 1815) ♦ anglais, confort, de l'ancien français confort « aide, réconfort », de conforter « réconforter ». 1. Tout ce qui contribue au bien-être, à la commodité de la vie matérielle. Aise, bien-être, commodité. Il aime son confort (cocooning). Le confort d'un appartement, d'un bureau (confortique). PAR EXT. Le confort de lecture, d'écoute, Qualité. 2. FIG. Situation psychologiquement confortable (souvent péj.). Confort intellectuel. Confort moral. 3. ADJT. Qui assure un meilleur confort à l'utilisateur. Poussette, pneus confort.

Confort et inconfort



2 Être hospitalier

B} Et le confort dans tout ça ?



Aujourd'hui il n'y a plus quarante mais bien trois lits maximum dans chaque chambre d'hôpital . Nous avons évidemment gagné en intimité et confort à l'hôpital. Mais qu'est-ce donc que ce confort ? D'où vient-il ? Et, pourquoi le recherche-t-on encore autant ?

Il serait né avec le XVIII^e siècle. Dès lors, on commence à multiplier les « cabinets » avec « des ustensiles spécifiques ». Ces ustensiles offrent diverses fonctionnalités, ils se transforment de liseuse à coffret à bijoux. Evidemment réservés à l'élite à l'époque, ils organisent une nouvelle façon de s'approprier l'espace dit « confortable ». Le confort se dessine au-delà du nécessaire vitale. Il adoucit le quotidien.

L'idée latine du confort suppose une commodité matérielle (*ndrl*, la définition du dictionnaire) qui adopte des principes d'ergonomie.

La qualité de l'ergonomie est souvent rattachée à une imitation parfaite du corps, une empreinte impeccable. Dans ce cas, le confort relève d'une dénomination physique, et la réflexion se base sur les positions du corps.

Fig.38 Les 3 Assises

Qui représentent le confort contemporain selon C. COLIN



Fig.40, Dr. CALVERT,
digestive chair, Circa 1850



He instinctively loathes chairs, and none more than those vicious traps called high chairs. To be clapped into one is as humiliating to him as to be kept on a lead is to a self-respecting dog. He does not forget this insult to his dignity and, later in life, takes revenge by defying conventions of sitting behavior (fig. 35).

Sado-pedagogy is to be credited with having given rise to infant-size penal furniture, cavalierly ignored by the compilers of design cyclopedias and dictionaries of furniture. More or less ingenious stocks, racks and mini-pillories for immobilizing the mobile tot afford insight in depth into the disciplinarian's minds.



36, 37, 38. Parental solicitude for small children spawned marginal furniture never researched or commemorated. These nineteenth-century contraptions for immobilizing children are the precursors of the high chair.



Fig.39, Bernard RUDOLFSKY,
illustration esthétique de l'usage
«s'asseoir comme il ne faut pas», Circa 1980

Le confort assisté

Il est facile de constater que l'ameublement se plie aux usages du corps de l'Homme contemporain. Notamment lorsque Christine Colin¹, dans le catalogue *Les Villages*, désigne les trois assises phare (Fig.38) de notre génération: Le « *siège coque* » correspondant à l'individualisme de masse, et sans doute (même si elle ne le mentionne pas) au besoin grandissant de sécurité auquel il répond par l'enveloppe. En deuxième place de ce classement, on trouve l'assise « *culbuto* » qui satisfait la mobilité du nomade 2.0. Car même si les derniers événements sanitaires et les préoccupations environnementales suggèrent une nouvelle sédentarisation, nous avons besoin d'une dynamique pour pallier l'immobilité forcée par le travail numérique.

Enfin, la création du siège mécanique pour « *la mobilité assistée* » est lié au vieillissement de la population. Ce dernier a hérité des codes technologiques du XX^e siècle. Il est souvent associé à l'univers de la santé. Les « soins de confort » sont des techniques utilisées par les soignants pour soulager les douleurs des patients gravement malades, comme peuvent l'être le soulève-personne ou les soins socio-esthétiques. Le siège du dentiste par exemple, est à l'image du corps assisté. Le dentiste vous redresse, vous accroche, vous allonge, d'un seul clic sur sa télécommande! À la manière du fauteuil Isotron créé par le designer technophile et créateur automobile

Giorgetto Giugiaro pour Eurodent en 1991. Et la procédure est similaire pour les lits d'hôpitaux. À ce sujet, ma cousine Alice qui est infirmière au CHU de Nantes, m'a confié ceci : « *j'ai remarqué, lorsque je penche les lits la tête vers le bas, pour m'aider à repositionner les patients, ils ressentent une grande gêne* ».

Les créateurs technicisent le mobilier sans appréhender l'expérience du patient. Il faudrait réfléchir plutôt à concilier le confort du soignant et du soigné, qui à l'évidence, sont incommodés par cette assistance. Elle peut provoquer un sentiment d'abandon du patient. La philosophe Cynthia Fleury dans *Le soin est un Humanisme*, parle même de « *chosification* » du patient.

D'ailleurs, le brancard et le lit font partie du paysage hospitalier par habitude (historique, voire dogmatique) d'allonger les gens. Pourtant en réalité, il n'y a aucune explication concrète au fait d'amener le patient au bloc par le brancard. Même chose lorsqu'on se trouve dans un fauteuil roulant, nous tournons le dos à notre interlocuteur. Ces positions ne sont pas faites pour favoriser la communication, l'échange de regards, une certaine dynamique. Ne faudrait-il pas que l'objet disparaisse pour laisser place à la relation ? Et pourquoi ne pas réinvestir une forme de sollicitude ?

L'historien du design Tony Côme², partage un extrait sur la sollicitude comme forme de confort. Il expose les travaux de Bernard Rudofsky³ au sujet du mobilier conçu pour les enfants. (Fig.39)

T. Côme explique que « *La sollicitude parentale envers les petits enfants a donné naissance à un mobilier qui n'a jamais fait l'objet d'un travail de recherche ou d'inventaire* » au sujet des chaises hautes et du mobilier verticalisateur utilisés

¹Christine COLIN, « *Confort et inconfort* », *Les villages*, pour les Industries Françaises de l'ameublement, édition Hazan, 1999

² Tony CÔME, *L'idée du confort, une anthologie*, édition B42, 2016

³ Bernard RUDOFISKY, double casquette d'ingénieur et d'architecte autrichien, éternel globe-trotteur, a écrit *Now I Lay Me Down to eat : Notes and Footnotes on the Lost Art of Living* en 1980.

pour l'enfant. Ces objets corsètent toujours le corps, la véritable sollicitude se niche dans les objets discrets, que peuvent illustrer les mains courantes, les cannes, les marches d'escaliers. Mais s'attaquer au mobilier médicalisé est audacieux, au vu des innombrables normes à prendre en compte: le confort est hyper-réglémenté. Il existe même des contrôles *de qualité de vie* à partir de calculs d'échelles du confort.

L'échelle du confort

Le confort est strictement réfléchi parce que l'espace est uniformisé. On propose un tout-fonctionnel avec un catalogue formel adapté, tel que les fenêtres bandeau ou le Ripolin de Le Corbusier d'ailleurs surnommé le « médecin de l'architecture ». L'architecte prône un retour à la clarté via un intérieur immaculé. De la même manière, il crée le Modulor, une silhouette aux proportions standardisées. À l'instar de son confrère Ugo de la Pietra, les espaces confortables sont des espaces télématiques dont le décor est organisé, dicté par des fonctions. Tandis que Ernst Neufert¹, avec ses illustrations « *chambres à coucher* » (Fig.41) normalise les positions du lit en fonction des situations d'hébergement. Le confort se mesure en qualité : qualité de l'air, qualité d'ensoleillement, température, humidité etc. Ces commodités matérielle serait une maladie de l'imagination dont « la misère physique serait réglémentée par les médecins » selon Tony Côme.

Ces préoccupations datant des débuts de l'époque hygiéniste (XVIIIe siècle) sont de nouveau les nôtres. Mathieu Lehanneur, designer français reconnu, nous présente Andrea conçu en 2009 avec le scientifique David Edwards. Cette capsule filtre l'air en décuplant les pouvoirs d'oxygénation de la

plante. Sa boule DB créée plus tôt en 2006, émet un bruit blanc pour supprimer les nuisances sonores.

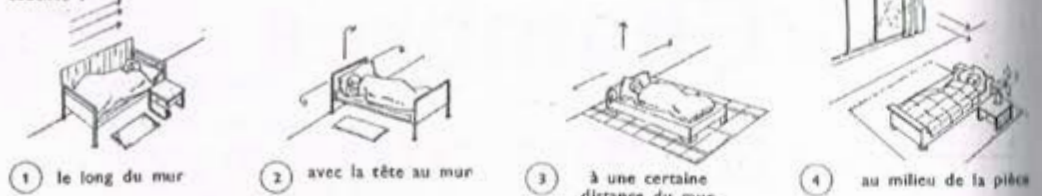
Par la suite, ces cadets de l'EnsCI qui forment le Normal Studio proposent une approche équivalente. Leurs recherches sur l'immatériel, le flux, les incitent à revoir certaines normes de confort qui ne sont plus en accord avec les aspirations écologiques d'aujourd'hui. Le studio réinvente le confort par des micro-architectures à greffer dans les habitations, qui s'opposent à l'espace figé. Leur élan créatif démontre une chose, le confort ne signifie pas conformité dont il a la même racine. Car proposer un habitat hyper-technique dépossède l'habitant de sa propre maison. Nous sommes encore tributaires de cette technique dans la mesure où la norme est l'accès constant à notre connexion internet, il crée un nouveau besoin d'hyper-disponibilité. Et pourtant, je crois que nous cherchons tous dans le confort, quelque chose de familier; Hors, laisser une place au symbolisme est très important.

Le confort est culturel

N'oubliez pas que l'homme est un être social, et par extension, un être de culture. C'est en quelque sorte « la position socialement acceptée » dont parle Erwan Bouroullec, designer depuis 1999, dans *le confort dans la jungle*¹ en 2016, qui permet de « proposer une position du corps, [et de] proposer une façon de se présenter, de se constituer en être social ». Je parlais tout à l'heure de la naissance du confort d'apparat, celui qui annonce le repos du guerrier, pour l'homme de l'ère

¹ Il faut dire que la pensée du Bauhaus est chère à l'ancien élève de l'école, E. NEUFERT, qui a connu Gropius, et qui a fondé sa propre école de Weimar

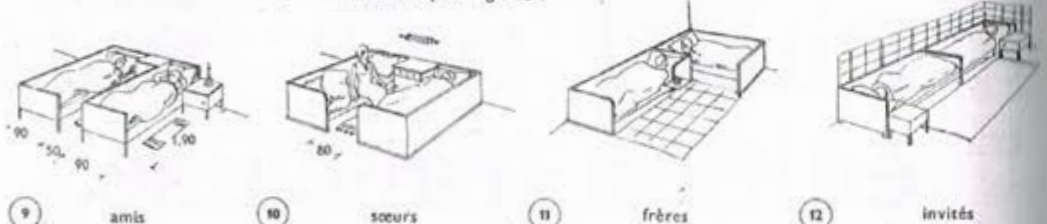
La disposition des lits par rapport aux murs et leur emplacement dans la pièce sont d'une grande importance pour le repos de la personne couchée :



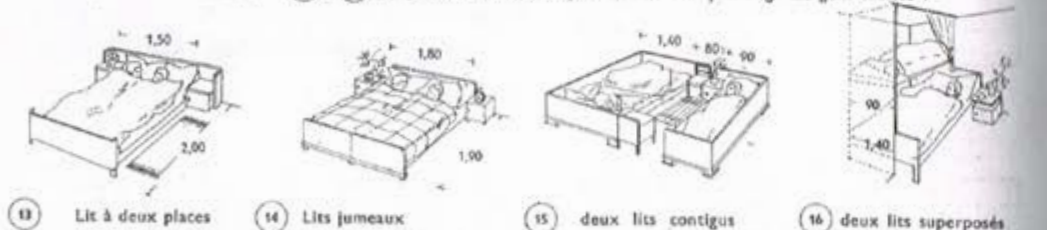
Un homme sûr de lui aime à dormir dans un lit qui ne touche pas le mur → 4 ; un timide préférera être près du mur → 1 et 2 ou mieux encore :



Le sentiment de repos dépend essentiellement de la tapisserie, de la forme du lit, de sa situation par rapport : aux points cardinaux (tête autant que possible vers le nord) ; à la lumière (loin de la fenêtre) et à la porte (regard vers la porte). S'il y a plusieurs lits dans une pièce la disposition est très importante, suivant qu'il s'agit de :



La disposition des lits dépend essentiellement d'une question de relations et de sentiments ; surtout en ce qui concerne l'emplacement des têtes pour des lits contigus → 11 et 12. La question est encore plus délicate lorsqu'il s'agit de gens mariés :



Ces questions dépendent moins de problèmes architecturaux que de désirs personnels. Si les lits sont séparés, placer les deux époux autant que possible en sens inverse → 15 et 16. Dans les ménages modernes, il y a de plus en plus tendance à faire lit à part.



Ce dernier en forme de cathédrale est éclairé, quand les rideaux sont fermés, par la lumière indirecte. Ces quatre derniers exemples montrent de façon frappante à quel point le mobilier dépend du goût de chaque époque.

victorienne, (Fig.40) avec des reading chair, siesta chair, smoker chair, digestive chair et autres mobiliers amusants. Autant de gadgets qui ne remplissent pas un rôle aussi fonctionnel que leur nom le désigne; ce sont des preuves de bourgeoisie que nous raconte fort bien Tony Côme dans son ouvrage *L'idée du confort, un anthologie*. Le confort peut devenir un auxiliaire de vie, lorsqu'il peut soulager des corvées. En créant par exemple des machines ménagères, pour libérer la femme dans les 50's, et donc devenir une forme d'émancipation sociale.

Le confort intérieur

Le confort c'est aussi valoriser l'individu. D'ailleurs chez les anglais, le «comfort» est d'abord une question psychologique. Selon ce que suggère l'architecte Bernard Rudofsky, il doit permettre à un espace habité d'être « un instrument » et non pas une « machine » à habiter. De façon explicite, il s'agit pour l'homme de co-agir et non pas d'être tributaire de la technique : il prend l'exemple de l'instrument de musique, le violon auquel on joue, contre le simple bouton du jukebox sur

lequel on appuie. Il peut incarner le sensitif, le personnel. On peut imaginer que ce soit par des objets faits main, des expériences multi-sensorielles. Créer un espace sensoriel du corps au delà des normes est une manière de créer du divertissement. Nos sens sont des récepteurs: nos yeux sont sensibles à la lumière, notre peau à la chaleur, notre nez aux odeurs.

Ils dilatent la réalité dont ils font partie, avec l'imagination, et les fantasmes qu'ils enclenchent. Par exemple, lorsqu'on écoute une musique, la dopamine, molécule «*du plaisir et de la récompense*» va s'activer si l'expérience nous a paru agréable.

Ce qui n'est pas sans rappeler la vision poétique et philosophique du corps par l'architecte Madeline Gins et l'artiste Shusaku Arakawa. Le duo propose d'oublier l'illusion du savoir du corps adopté par U. Pietra, Le corbusier, ou encore E. Neufert.

S. Arakawa (Fig.43) et M. Gins invitent à s'évader. Les pièces font mine de se mouvoir, les obstacles inscrivent le corps dans une dynamique.

J'aimerais faire un lien avec les installations de microarchitecture multi-sensorielle dans les EHPADs et les maisons de santé, comme les espaces *snoezelen* (Fig.44) aujourd'hui. Inventés en Suède, il s'agit d'espaces composés de murs colorés, de miroirs, d'objets pelucheux, de lumières multicolores, de musique, de sons



Fig 42. Des soldats americains, en France seconde guerre mondiale, s'occupent en tricotant



Fig.43 (page de droite et ci dessous)

S. ARAKAWA et M. GINS, *Bioscleave House*, photo de Leopold Lambert-5. 1990



Fig.44 un espace SNOEZELEN pour la Résidence EHPAD la Rossignole à Onet le Château



naturelles et tout autre sorte d'éléments pour permettre la détente. Ces espaces ressemblent énormément aux salles psychédéliques créées dans les années 1970.

Partout autour de nous, dans les Ephad, les centres spécialisés, fleurissent ces espaces haptiques. Et ce, dans un but précis : installer les patients dans un rêve afin de les apaiser. Ces lieux aident des personnes un peu mutiques à s'éveiller, à s'ouvrir. Un protocole bien détaillé est mis en place afin d'accompagner les patients dans cet univers. Il y a une longue procédure afin de faire sortir progressivement ces personnes sans que cela crée un

électro-choc. Ils sont très réputés depuis que leur incidence bénéfique a été prouvée.

Cependant, le trop grand décalage entre ces espaces snoezelen et le monde extérieur, ne pourrait-il pas produire un effet inverse ? C'est à dire désadapter les patients au monde réel ou même les renfermer dans leur bulle ?

Les cinq sens sont convoqués en même temps, cette surabondance entâche notre développement sensorielle. Pourquoi ne pas laisser davantage de place à l'imagination en jouant avec les sens les uns après les autres: faire revenir un souvenir par un parfum, deviner un objet par le touché, ou bien distinguer un animal par son bruit.

La dépossession

En effet, l'inconfort est relié à la privation, à l'ennui, et l'obligation. Est-ce donc une histoire de support palpable, comme un outil de guérison, ou plutôt d'espace bienveillant ? Si objets et espaces se complètent, on peut aussi dire que les objets font l'espace.

La dépossession des chambres est l'exemple de l'entière dépossession vécue à l'hôpital. Tout particulièrement dans les chambres hospitalières, c'est le matériel médical qui crée l'ambiance, l'identité de la pièce, et non pas le patient qui l'habite quelque temps. L'hôpital n'invite pas à être soi, et peut détériorer notre confort psychologique. La liste est longue : dépossession vestimentaire, alimentaire, temporelle, spatiale, corporelle, affective. Dépossession spatiale d'une part, parce que cette chambre sera un lieu de passage et de travail. Dépossession corporelle, alimentaire et vestimentaire d'autre part car on vous palpera, on vous piquera, on vous nourrira, on vous lavera peut être. Jean Jacques Wunenburger, philosophe décrit cette dépossession à l'hôpital ainsi : « *On sait combien morne et désespérantes peuvent être ces promenades dans des corridors glacés, ou des parcs en trompe l'oeil, qui ne restituent pas grand chose de l'environnement de la vie ordinaire* » Voilà qui pousse de nombreux patient à l'hospitalisme, syndrome dépressif engendré par ce milieu mécanisé, immaculé. Les malades perdent les repères qu'ils s'étaient créés.

Au Japon, d'abord, puis ailleurs ensuite en Asie, dès la fin des années 1990 des styles excentriques se sont emparés du matériel médical : le masque est stylisé dans le mouvement de mode Harajuku. (Fig.45). Cette forme de possession dédramatise son utilisation et apporte un confort intérieur.

Le pédiatre et psychiatre Donald Winnicott a mis en lumière la toute première possession de l'humain avec le concept « *d'objets transitionnels* ».

Dans son œuvre³, il est sujet du nourrisson et de son doudou. Il sert à construire un espace intermédiaire symbolique, c'est à dire créer, penser et imaginer. L'objet transitionnel est l'illusion du prolongement de la mère, et de l'enfant ensuite : le doudou par exemple, va servir de présence rassurante, et lorsque l'enfant s'en détache petit à petit, il s'ouvre au monde extérieur et s'individualise.

Le but de ces explications n'est pas d'infantiliser les malades avec une peluche mais d'introduire un objet transitionnel pour retrouver son espace personnel via l'élaboration imaginative. L'objet permettrait de rassurer et de réconforter le malade.

³Donald W. WINNICOTT, pédiatre et psychanalyste, *Les objets transitionnels*, édition Payot, 2010

Fig.45 **La mode harajuku,**
dans les rues de tokyo 2010



Le réconfort

Le réconfort

2 Être hospitalier C} Besoin de réconfort

Le confort est une consolation, c'est même sa signification originelle. Ce mot est utilisé pour la première fois dans la chanson de Rolland « *Ils ont entr'eux orgueil et réconfort* » pour signifier l'encouragement mutuel. Le réconfort est l'inverse de l'inquiétude. Il fait appelle à l'affect et porte une charge émotionnelle car c'est à la fois un sentiment et un acte. Il procure la sensation de « *refuge* ».

Pour citer encore G.N. Fisher, il s'agit de la « *niche psychologique* » comme image du « *sens affectif [d'un lieu]* », un espace revendiqué pour soi. Il existe quelques instincts de protection chez nous tous qui engendre l'*effet de coin* noté par Octave de Gaulle. C'est le fait de chercher un abri, une grotte, pour se reposer en attendant que l'orage passe. Les coins et recoins sont des zones de retrait, dans lesquels on revendique une sorte d'indépendance et de liberté. Ils permettent de bloquer, d'envelopper et de cacher. Le recoin le plus commun est par essence la chambre. C'est même le coin le plus intime et réconfortant de l'habitat.

« *De l'accouchement à l'agonie, elle est le théâtre de l'existence, là où le corps dévêtu, nu, las, désirant, s'abandonne. On y passe près de la moitié de sa vie, la plus charnelle, celle de l'insomnie, des pensées vagabondes, du rêve, fenêtre sur l'inconscient, sinon sur l'au-delà.* »¹

¹ Michelle PERROT, Historienne, professeure émérite des universités elle a écrit *Histoire de chambres*, édition Seuil, 2009

Le repos

La chambre se présente sous une grande diversité de formes, et elle organise un monde d'expériences, de sensations, d'objets, d'ornementation. Et ce grâce à une constellation sociale propre à chaque histoire. La chambre est un lieu de solitude d'abord et surtout un espace de repos. Elle est même bien davantage qu'un endroit où dormir désormais, selon les sociologues : on y mange, on y regarde un film, on y lit, on y joue de la musique.

La chambre en tant qu'espace privé existe rarement avant le XIX^e siècle. Les maisons de campagne sont dotées d'une unique pièce réunissant toutes les fonctions (cuisine, salle à manger et couchage). Les cases de bois où siège le lit sont disposées près du feu et contre des murs. Et seuls, des petits rideaux transforment ces armoires à sommeil en écrin intime. Le refuge n'existe qu'au moment où se déploie cette enveloppe souple. E. Neufert a illustré les diverses typologies des lits (Fig.41, page 65) enveloppantes qu'on retrouvait même autrefois dans les hospices (Fig.46). Parmi ses croquis se trouvent les lits baldaquins, les ciels de lit, les lits d'apparat. Cette typologie de lit ne saurait-elle pas satisfaire l'intimité d'un patient et ainsi le réconforter?

Cette enveloppe a une incidence sur l'esprit, elle centralise.

Hormis ce voile, il existe des objets des siècles passés qui accompagnent aussi le sommeil.

Ils sont indispensables pour réchauffer le lit glacial de l'époque. On utilise par exemple des

bouillottes faites de caoutchouc, de cuivre ou céramique, remplies d'eau bouillante ou de braise, ainsi placées au pied du lit.

Ces différents objets garantissent un confort de sommeil, un bien-être physique et soulagent même parfois les douleurs.

Ce sont les armes de repos du guerrier. Cela ne vous rappelle-t-il pas toutes les nuances bellicistes autour du mot guérir ?

Un environnement confortable libère une partie de la douleur : rappelez-vous la notion de soin de confort.



Fig.46 Unknown, visite d'Anne d'Autriche et du Dauphin de France à l'Hôpital de la Charité (XVIIe siècle)

Un bel effort

Le réconfort est une forme de soin. Je racontais précédemment l'importance de la toilette, une façon de rester digne, mais aussi du lever chaque matin. Ce rituel exposé dans l'ouvrage *Une journée* d'Ivan Denissovitch¹, que je citais dans le chapitre *l'Ère du soin*, raconte le désespoir interdit. Le prisonnier puise sa force de survivre jusqu'au lendemain, malgré des conditions de vie intolérables. Il fait preuve d'une grande dignité. C'est l'effort qui les rend dignes. Par ailleurs, lire demande de l'effort au patient atteint de cancer. Surtout lorsqu'il souffre dans son lit, et que son voisin de chambre regarde la télévision. Il serait tenté de suivre

bêtement l'écran. Les personnes malades ont trois fois plus de symptômes de la dépression, et sont de moins en moins réactives.

Mon père m'a raconté les efforts quotidiens afin de rester actif. Il m'a confié les bienfaits que lui apportaient la lecture et la musique durant cette période. À contrario la télévision, ou les lunettes V.R. (maintenant à la disposition des malades dans les services d'oncologie) sont des activités passives. Sans objectifs, sans activités, le malade peut s'enfoncer dans la maladie.

Je pense qu'il faut solliciter des activités lucides, qui amène à un soin dynamique. La posture et la possession d'un espace culturel personnel peuvent aussi engager le patient qui décroche. À l'hôpital, les soins de confort peuvent passer par la personnalisation des chambres. Cela désigne par exemple l'ajout de fleurs, une ambiance musicale, un décor sur mesure. Il s'agit de soigner son intérieur.

Le divertissement peut l'inviter à rire. Albert Espinosa, auteur de la version originale espagnole de la série *Les Bracelets Rouges* [*Polseres Vermelles*], suggère l'importance de ce réconfort via le divertissement. A. Espinosa rapporte le changement de comportement de ses téléspectateurs: « *Leur regard a changé vis-à-vis des malades. Dans chaque pays ayant adapté la série, les visites dans les hôpitaux ont augmenté de 40%. C'est important de visiter et dorloter les patients atteints de cancer. À l'hôpital, on ne meurt pas que du cancer mais d'ennui aussi.* »². Il ajoute « *Je dis toujours que l'humour aide à tout* ».

¹ Ivan DENISOVITCH, *Une journée*, édition Fayart, 1962

² Propos recueillis par Margaret LAWRENCE Calmelet sur le site de franceTV.

La récréation

Je vous disais que l'effort parvenait parfois au divertissement, et qu'un compagnon permettait de partager. En ces termes, le loisir récréatif est une façon de reconforter. Loisir, provient du latin *l'otium*, qui désignait le temps de congé du soldat romain chez lui, à vaquer à ses occupations personnelles. Il s'opposait au moment de combat au sein de l'armée. Je considère cette oisiveté romaine comme une opposition à l'action technique.

L'hôpital fait peur. A peur de faire peur. Les politiques médicales ont trouvé bon d'épurer les services pour empêcher une atmosphère trop familière. C'est pour cela qu'on ne trouve pas ou peu d'activités ou d'aménagements spécifiques de loisirs. La designer Marie Coirié², parle de «*sobriété manifeste*». L'atmosphère est centrée sur la technique médical des soignants.

Par le loisir, j'aimerais dire le besoin d'investir des occupations personnelles. Un dispositif de traitement, en plus d'être intelligible, pourrait avoir une valeur ludique. Ce qui confèrerait une meilleure expérience.

J'en ai eu l'exemple lors d'une discussion avec un ami qui allait voir le même orthopédiste que moi étant enfant. Il m'a dit : « *Tu te rappelles quand le médecin chatouillait le pied en traçant le contour au crayon ?* ». Je me suis rappelé cette sensation amusante. Aujourd'hui cette échange récréatif entre le médecin, le dispositif ludique et l'individu est perdu par l'utilisation de la machine : il s'agit de fixer deux pieds sur une boîte qui les scanne. Et c'est terminé. L'expérience relationnelle est quelques peu opacifié, les interactions ont disparu.

Dernièrement, une invention réjouissante à vue le jour afin d'améliorer l'expérience stressante des enfants en brancart le jour d'une opération : désormais les enfants partent au bloc en voiture électrique! Cette belle idée du Dr Nabil Elbeki a favorisé la diminution du stress des petits, de

leur famille, ainsi que la limitation des prises de médicaments. La médecine par l'otium est une manière de rassurer mais aussi de combattre l'ennui.

J'aimerais faire un parallèle avec les créations des designer Raphaël Pluvinaud et de Marion Pinaffo.

Leur Papier machine, sorte de livret joujou-LowTech permet de fabriquer des instruments qui produiront des sons, par notre interaction avec l'objet. Ce sont des formes d'engagement par le jeu.

Bien que ces exemples prouvent d'une part l'influence des objets sur le bien-être, ils répondent encore timidement à ma grande question : le design peut-il guérir?

Mon hypothèse mûrie au fil des pages est la suivante: le design pourrait soigner le séjour à l'hôpital, pour redonner la force de guérir au malade.

Je vous invite à lire dans le chapitre suivant, au gré des définitions, des études de cas et de mes propres propositions, pour y trouver réponses.



Fig.47 Raphaël Pluinage, Marion Pinaffo,
Papier machine, 2018

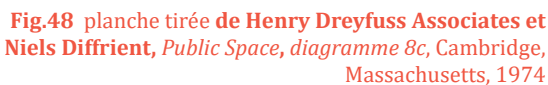
¹« un robot émotionnel d'assistance thérapeutique ayant fait l'objet de 10 années de recherche et développement au Japon» développés par Takanori Shibata et présenté sur <https://www.phoque-paro.fr/>

² Marie COIRIÉ, «*Designer Hospitalier, une démarche d'émergence*», *Pensée du Care*, (Marie Coirié est designer spécialisée dans les services et les questions liées au soin, co-dirige le Lab-ah, Laboratoire d'accueil et d'hospitalité au GHU Paris psychiatrie & neurosciences)

Le design à l'hôpital

« L'homme ordinaire qui chaque matin recommence sa danse avec les milliers d'objets circulants qui constituent son univers familial n'a pas conscience de reconstruire les bases d'un système d'ordre sans lequel son existence serait impossible »

Jean Claude KAUFMANN, *Le coeur à l'ouvrage, Théorie de l'action ménagère*, édition Nathan., 1997



Le design à l'hôpital

3 Le design peu-t-il guérir ?

C) Besoin de réconfort

Quel pourrait-être le rôle du design dans l'élaboration du soin ? Je pense profondément que le design découle de la pensée humaniste et comme le souligne Cynthia Fleury, « *le soins est un humanisme* ». Alors le design et le soin sont intrinsèquement liés. Le soin est une réparation du monde, et le design cherche à rendre le monde habitable.

Aux sources du design

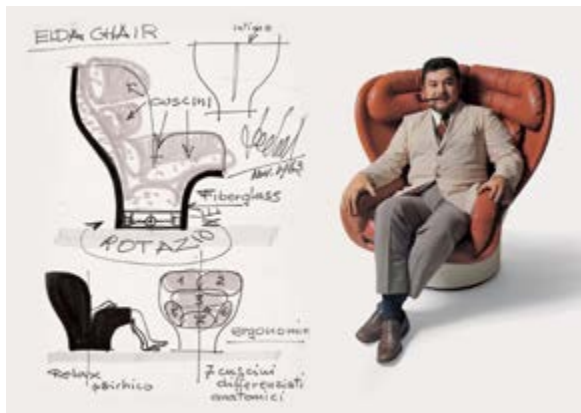
Revenons aux balbutiements du design dont émergent deux principaux motifs: le design moderniste, et le design post-moderniste.

Le premier descend du design «originel», qui serait l'héritage de l'Amérique féministe du XX^e siècle (comme le souligne la théoricienne Alexandra Midal dont je vous reparlerai). Il ne serait nullement originaire d'Europe, comme nous, Français, avons tendance à le rêver. Mais je reviendrai plus tard sur cette théorie.

Cette période moderne est donc la mère du design (moderniste), un mouvement minimal et biomorphiste. On y trouve la première chaise en série (*chaise n°14*) de Michaël Thonet (Fig.50) qui inspirera les meubles en kit d'Ikea, le *Good Design* d'Edgar J. Kaufmann, ou l'étonnante école d'ULM (inaugurée en 1955). Max Bill (ancien élève de l'école du BAUHAUS), le directeur de cette dernière, définira notre métier ainsi: «*de la cuillère à la ville*», le designer veut «*collaborer à la construction d'une nouvelle civilisation*».

Dessiner le Design, une démarche créative

Fig.49 Joe Colombo, *Elda chair*, 1963



La pensée du design moderne est orientée vers les sciences, ce sont des codes intemporels, universels, puisqu'on la retrouve aujourd'hui chez Apple. Ce design promeut une vision techniciste. Par technicisme j'entends une croyance selon laquelle la technique peut résoudre tous les maux de l'humanité. La technique est au coeur de leur réflexion, mais dans un but salvateur. Les enseignants du design vont instiller des règles d'ergonomie et la théorie de la Gestalt¹ aux élèves. Le design produit donc une réponse rationnelle aux besoins utilitaires. Cette extrême technicité est déjà visible travers le mobilier médicalisé. Le design du XX^e évolue dans le même sens que l'hôpital qui se transforme en *machine à guérir*.

Le motif post-moderne, arbore en revanche un design décoratif, c'est à dire plus expressif. Il naît dans les années 1960 avec le besoin de diversification (l'effet de la mondialisation) et une certaine critique de la croissance. Il fait émerger un nouveau mouvement : l'*antidesign*. Les designers déplorent leur soumission au capitalisme et la disparition du rôle social que joue la culture au sein du design. Des groupes de designer se forment pour renverser les codes établis, tels que *Radical Design*, *Archigram* et *Superstudio*. Dans leur travaux, la narration est conduite de concert par la présence des visuels et de l'écrit : ils veulent raconter des histoires. Pour se faire, le moderne s'articule avec l'ancien. Les projets actuels des *FormaFantasma*

dans lesquels je m'appuierai dans l'étude de cas, en sont la prolongation. Pour contrer le fonctionnalisme, qui veut faire «*table rase du passé*»², l'*antidesign* revendique le métissage. Le designer italien Ettore Sottsass³ publiera un long pamphlet à ce sujet. Il y joue le rôle du designer martyr qu'on oblige à «*s'inscrire dans le cycle de production/consommation* ». Il est question d'éthique, Sottsass explique bien que c'est l'industrie qui a besoin du design et non l'inverse. Et ce, parce que le designer développe des techniques, analyse des besoins. Cette analyse sera effectuée selon la méthode du *care*, on pense en terme de relation parce qu'on veut humaniser l'espace. Le designer a une vision de relation entre les gens. Son travail ne peut être résumé à une affaire de style. Ce créateur reste un O.V.N.I, trop souvent assimilé au «*style design*» et au luxe, il est mal compris. Il y a une *démarche créative* complexe en design, c'est un autre mode d'investigation, encore différent de celui de l'ingénieur ou de l'artiste. Je dirai que c'est l'oeil de l'artiste mélangé au cahier de contrainte de l'ingénieur. Il est un entre-deux, et utilisera son sens de l'observation aussi bien que son intuition pour proposer des solutions nouvelles.

Dans l'anti-design, les archétypes, l'usage de couleurs ou de faux marbre de Memphis (Fig.51), les capsules d'habitation (héritière des blocs-cuisines) créées par Joe Colombo (Fig.52), sont autant d'éléments structurant «*nos mythologies*»⁴. Cette période témoigne d'un besoin d'évasion par des mondes imaginaires : Voyez en parallèle l'apparition de la télévision, le Mp3, les DVD, ou l'ordinateur. Cet univers technique n'a eu de cesse d'être critiqué et continue d'être détourné par le *Critical design* de Dune & Raby aujourd'hui.

¹La Gestalt correspond à une psychologie des formes, et défend le minimalisme qui rend l'objet lisible et distinct du reste de l'espace.

²LE CORBUSIER, *L'art décoratif d'aujourd'hui*, édition Flammarion, 1996

³Aldo ROSSI, *l'architecture de la ville*, édition Feltrinelli, 1966

⁴ Texte traduit par Alexandra Midal, Ettore Sottsass Jr., «*Mi dicono che sono cattivo* », 1973, in Scritti 1946-2001, Editore Vicenza, Neri Pozza, 2002, pp. 242-245.



↑ Fig.52 Joe Colombo , *Total
Furnishing Unit*, 1971

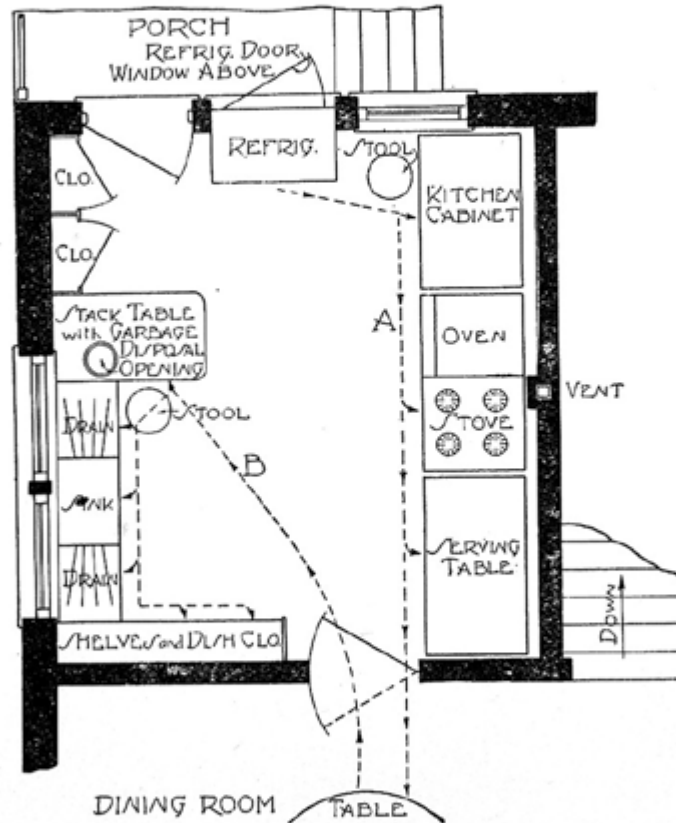
Fig.50 Michael Thonet, *Chaise n°14*, 1859 →

Fig.51 Matteo Thun (du groupe
MEMPHIS) *Lesbia Oceanica* teapot, 1982 ↓



In other words, we (1) REMOVE, (2) SCRAPE, (3) WASH, and (4) LAY AWAY dishes and utensils according to these definite steps, in this definite order at every meal.

It therefore follows that the equipment connected with these two processes and their respective chain of steps should be arranged in a corresponding order. *This prin-*



EFFICIENT GROUPING OF KITCHEN EQUIPMENT
A. Preparing route. B. Clearing away route.

ciple of arranging and grouping equipment to meet the actual order of work is the basis of kitchen efficiency. In other words, we cannot leave the placing of the sink, stove, doors and cupboards entirely to the architect. The reason

Fig.53 Christine Frederik, plan de la cuisine performante, dans *Household Engineering* 1919

Le design est subversif

La chercheuse en design Alexandra Midal, pose une question fondamentale : pourquoi devrait-on donc étudier l'histoire du design du point de vue du style et des formes ?

Elle décortique le récit¹ du design par *protocole*, ce qu'elle appelle le «*proto-design*». L'auteur définit le travail de Catharine Beecher, écrivaine et éducatrice en sciences ménagères au milieu du XIX^e siècle, comme l'essence du design (c'est la thèse de l'humanisme et du care comme origine du design). Notamment grâce à son ouvrage *The duty of american women to their country* écrit en 1845 où Catharine s'adresse aux personnes prisonnières de leur condition : des femmes au foyer, sujettes à la mélancolie.

Beecher propose aux femmes, malades de l'imperfection de leur vie, des solutions par le soin. L'organisation fonctionnelle sert à ménager l'effort, à gagner du temps, pour qu'elles puissent aller étudier. A. Midale expose les propositions de C. Beecher: « *Par exemple, elle invente la surface de préparation des aliments ou « plan de travail », qui permet de réunir sur une seule surface horizontale tout ce qui doit être découpé, émincé, taillé, etc., afin que cette étape de la préparation puisse être coordonnée et simplifiée sans que la cuisinière n'ait à se déplacer inutilement. Ce parti pris annonce les lois du fonctionnalisme qui s'imposent rapidement* ».

C'est en réfléchissant à un nouvel équipement que Beecher veut réparer le quotidien des Américaines. Comment ne pas y voir l'origine même des réponses ensuite données par les designers ?

Justement, la co-directrice de la revue « *The designer* », Christine Frederik, professeure en sciences ménagères, empruntera les schémas (Fig.53) de Beecher au début des années 1900.

«*Elle dégage les principes permettant d'accroître la productivité de la maison*» nous dit A. Midal. Elle fonde l'efficacité par le geste universel. Bien que les projets de C. Beecher et C. Frederik partent d'une bonne intention, la question identitaire est négligée.

Dans ce sens, les premiers Salons des Arts ménagers s'organiseront en France. De son côté, Henry Dreyfuss (fig.48 p.79) va aussi développer l'ergonomie des appareils domestiques : les premiers étaient lourds et encombrants. Les designers profitent de l'évolution technologique en cours pour réduire les volumes, et donner un aspect plus soigné aux objets. Ces technologies imposent de nouveaux comportements, une gestuelle différentes, une organisation sociale différente. Bien avant que les acteurs de l'anti-design s'attellent aussi aux technologies telles que les appareils-photo de Sony, les radios de Steepletone, ou les calculatrices d'Olivetti. Le design critique et contre critique. Alexandra Midal l'affirme : «*le design est subversif*». Tantôt plus artistique, tantôt plus fonctionnel.

Du plaisir personnel à l'enjeu social, le design se revête de différents idéaux, mais toujours dans le but de faire soin.

¹ Alexandra MIDAL, *Une introduction à l'histoire d'une discipline*, édition pocket, 2009

²Leatitia Goffinet dans *Design et pensée du care – Pour un design des microluttes et des singularités*, 2019, édition Jeanne Dautrey.

Henry Dreyfuss est un designer américain

L'empathie du designer

« L'empathie est la capacité à ressentir et à se représenter les émotions et les sentiments (pour soi et pour autrui), la capacité à adopter la perspective d'autrui et enfin la distinction entre soi et autrui »³.

Ce terme est justement apparu durant la période humaniste. L'empathie s'oppose à la raison et la réflexion. De l'anglais « *Empathy* », la notion combine la particule « *en* » c'est à dire dedans, et « *pathos* » autrement dit sentir. L'empathie relève donc d'une projection de soi dans un objet ou dans un être. Les trois opérations de ce processus d'*empathisation* sont : connaître, ressentir, répondre. Et c'est sur ce processus d'analyse et de recherche que s'appuie le designer afin de répondre à un besoin de la façon la plus juste possible.

J'ai choisi le domaine du design par ce que j'aime sa façon de questionner le monde, c'est le biais sensible, pour soigner le quotidien. Je prend très à coeur la part sociale que peut avoir le design. Il joue un rôle dans la réinvention de l'interaction humaine, dans ce qu'elle a de plus intime; il s'attache au « *ressort morphologique des interactions sociales* »². Le design est davantage inclusif aujourd'hui, avec l'essor de la discipline du Design Social.

La stigmatisation est l'ennemie du design. Être malade c'est subir le regard des autres. On parle beaucoup de l'esthétisme quand on évoque le design mais le design signifie étymologiquement « *ce qui s'appréhende*

avec les sens ». Le regard du designer pointe des problèmes imperceptibles pour quiconque réfléchit à son milieu de façon rationnelle. Je veux donc préciser l'empathie nécessaire au designer afin de valoriser, de magnifier, de transformer le regard qu'on pose sur le malade, sans la victimiser.

[petit aparté] *Je me suis demandé pendant le confinement dû au COVID19, comment dire nos émotions avec le port du masque ? Comment démontrer cette empathie ?*

Le masque devient un obstacle à la perception, car habituellement pour communiquer, les informations sont émises par le triangle que forment nos deux yeux et notre bouche.

Le visage montre et assimile les émotions d'une personne. Le regard seul peut paraître insuffisant, pourtant la pupille transmet beaucoup d'informations de façon inconsciente. Le cerveau les analyse et désambiguïse la relation. Par exemple, des pupilles dilatées, sous l'effet de la joie rendent sympathique, donne confiance à votre interlocuteurs, tandis que des pupilles contractées susciteront la méfiance, voire la peur. Toutefois, le masque augmente notre concentration sur le regard; le corps entier se sur-exprime et le langage verbale doit être plus explicite. Il met en lumière des signes auxquels on ne porte pas attention d'habitude. J'entendais à la radio ces derniers jours, le romancier et médecin (coordinateur d'un centre dédié au Covid-19 à Toulouse) Baptiste Beaulieu dire que le port du masque l'avait aidé à capter certains éléments qu'il ne sentait pas chez certains patients plutôt fermés. En se focalisant sur le regard, il percevait les hésitations, il pouvait déceler comment libérer la parole, avouer certains problèmes conjugaux. B. Baulieu s'est focalisé sur le langage non verbale pour communiquer différemment.

³Alain BERTHOZ, *L'empathie*, édition Odile Jacob, 2004

On se concentre entièrement sur le fond de ce que va tenter d'exprimer la personne.

Ce questionnement sur le port du masque m'a fait prendre davantage conscience que les postures du corps transmettent considérablement nos émotions. Il serait possible d'améliorer la relation patient-soignant par la focalisation sur certains sens.

Cette approche empathique est relayée dans la démarche de la jeune designer Marianne Franclet¹. Elle parle de « *designer-éponge* » (elle reprend le terme d'Ettore Sottsass) dans l'ouvrage *Design et pensée du care*. Je me reconnais bien dans ce personnage qui absorbe ce qu'il l'entoure sans hiérarchie d'informations... Mais heureusement, cette porosité avantage les phénomènes d'imbrication, de liaison, de bifurcation des idées. Des demandes informatives fixes se frottent aux informations en marge : des anecdotes, des modèles, des images hors-champ. Les connexions peuvent être surprenantes entre des éléments en apparence distincts les uns des autres. Mais ce qui semble être un méli-mélo peut se transformer en « *une possible source de récits nouveaux pour les usagers et induire de nouveaux comportements* » ajoute Marianne Franclet. Cette démarche est appliquée au design du care.

Le design du care

Dans son livre sur le design du care, Jeanne Deautrey définit le design du care comme une intention, celle de « *défaire cette substance normée du soin, au profit de relation saine* ». Le soin peut être l'œuvre d'un design *robortif*, en déposant un nouveau regard, une nouvelle attention, et donc un nouveau soin. Ce que Bernard Stiegler² aurait appelé « *un nouveau tournant moins machinique de la sensibilité* », pour éviter la perte de participation, et donc la perte d'individuation du malade.

La recherche en santé, y compris en sciences cognitives, s'est vue stimulée par les évolutions essentielles des soins : l'élaboration de nouvelles thérapies, la découverte de nouvelles pathologies, des prises en charge appliquant la T2A². L'hôpital a accueilli de nouveaux spécialistes, tels que des ingénieurs ou des informaticiens, oeuvrant sur les appareils de technologie médicale. Mais l'hôpital a aussi ouvert ses portes aux sociologues, aux philosophes et aux anthropologues pour collaborer dans l'observance d'un nouveau système de soin. De ce fait, le designer, au fait des questions posées par la société, s'est vu enrôlé dans le champ de la recherche en santé. Le design est une science du contexte, il faut le dire. Sa place est pour l'heure timide, les praticiens ne voit pas forcément d'un bon oeil son investissement dans le domaine hospitalier.

¹ Marianne Franclet fait partie du studio Shore.oo qui participe à la démarche sociale de design du care depuis 2019. Le studio compte parmi ses clients la Métropole du Grand Nancy et la Clinique Bellefontaine.

² C'est la tarification à l'activité mise en place en 2007, créée pour homogénéiser le financement des hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés.

L'univers du soin et en particulier celui de l'hôpital déborde de contraintes liées à un cahier des charges complexe par rapport à des normes d'hygiène et sécurité qui ne le rend pas forcément propice à la création et à l'expérience. On observe certains travaux intéressants auprès d'acteurs de santé. Les différents témoignages des intervenants de la revue de Science du design (dont Guilloux et Le Boeuf) exposent l'importance des recherches préalables des designers : des veilles sont engagées en médecine, physique, biologie, chimie, et aussi anthropologie, psychologie, afin d'identifier les propriétés plastiques ou chimiques des matériaux, des processus.

On a vu des designers répondre au besoin de revalorisation d'objet face à la multiplication de déchets. En voici quelques échantillons : le travail des Maximum (Studio français de design) avec l'assemblage d'anciens échafaudages en tables contemporaines, Marion Seignan, designer fraîchement diplômée de l'ENSCI, et ses urnes funéraires biodégradables en galalithe (plastique de lait), ou encore la méthode Kintsugi au Japon, autrement traduit par des jointures d'or pour réparer des porcelaines cassées. La nuance à faire est que designer-soignant, soigne un sujet et pas une maladie. Les projets de l'agence d'architecture SCAU se démarquent également par leur réflexion sur la temporalité du bâtiment, et sur l'architecture à entretenir, à réparer. Réparer est synonyme d'habiter. Il y a des nombreux exemples avec divers acteurs du design du care. L'un des premiers est Misha

Black en 1961 : le directeur du département Industrial Design, au Royal college of Art de Londres, a mené un projet de recherche nommé « *Studies in the function and Design of non-surgical Hospital equipment* », afin de proposer un équipement et des meubles à destination hospitalière. Ces équipements seront fabriqués et commercialisés. L'un d'eux, le Lit King's Fund, sera développé dans les hôpitaux en réponse à la pénurie d'infirmière. Même si ces lits ne remplaceront jamais les infirmières manquantes, ils furent adoptés à grande échelle (on retrouve encore des King's Fund dans certains hopitaux français).

On remarque aussi l'émergence de laboratoire de recherche en santé par le design, comme celui de Gaël Guilloux : le *Care design Lab*, à Nantes. Avec Jocelyne Le Boeuf, il met en évidence la méthode du care via des travaux d'élèves en master de design au sein du Care Design Lab : « *La mise en place en place d'un échange avec le cancérologue fut longue. Le praticien ne comprenait pas où et sur quoi le design pouvait intervenir. Un cancer nécessite un traitement via un protocole instauré par des professionnels de santé. Il n'était pas envisageable de discuter d'une mise en perspective de ce processus par le design* ». ²

Le designer est un médiateur. Face à une certaine résistance du monde médical il doit expliquer que son attention à l'environnement agit sur le parcours de soin, non pas sur le traitement en lui-même. Il y a donc une nécessité de créer un langage commun pour faciliter la communication entre tous. Guilloux note qu' « *il est à la fois un animateur/modérateur, un observateur, et un participant actif de la co-créativité* ». Il saura inciter l'engagement des parties prenantes de l'hôpital au moyen de résultats probants. C'est la capacité du design à expérimenter, notamment in situ, qui hissera une réponse la plus juste possible.

Le design du care tend à faciliter la relation entre les professionnels et le patient, majoritairement lorsque les professionnels sont absents d'une étape de son parcours. Les méthodes visuelles et créatives des designers facilitent la participation de tous les acteurs du parcours. Il est lui-même dépendant de la culture des autres. Sa principale acuité est sa curiosité.

En parallèle, des agences germent depuis une dizaine d'années en France. Je pense par exemple à User Studio, ou les Sismo, qui s'inscrivent dans des projets en Ephad, ou au sein même de l'hôpital.

La question est comment, collectivement, le design peut-il faire soin ? Et faire perdurer ce soin ? Penser une solution relève de l'approche entre les acteurs de l'hôpital et les designers. Les uns et les autres se saisissent d'idées, se saisissent de solutions qui sont interprétées et ré-interprétées jusqu'à la satisfaction de tous. L'échange avantage l'imagination et la création.

Une collaboration transdisciplinaire est bénéfique, c'est pour cela qu'il existe des connexions étonnantes en design, comme celle entre la philosophe Cynthia Fleury et l'agence de Design les Sismo. Durant un séminaire sur le *Design with care* au sein du CNAM cette année, ces deux partenaires expliquaient la pratique du design du Care: il s'agit d'une «*dialectique entre pensée et action*» autrement dit une conversation. C.Fleury expose ce soin comme une pratique des «*commons*». Implicitement, le commun renvoie à une méthode de partage et de gratuité. Il faut savoir articuler le temps long de la pensée et le temps court de la conception.

Simondon dans *Du mode d'existence des objets techniques*, évoque une autre forme de relation, celle que nous avons avec nos objets. Les objets technologiques de l'hôpital s'inscrivent dans un système d'*auto-correlation* complexe :

ils offrent des fonctionnalités convergentes mais dont les éléments sont interdépendants, une carte électronique auto-corelle avec une batterie, un moteur, par exemple. Il faut avoir une culture technophile de plus en plus élaborée pour comprendre les relations entre les éléments d'un système, et pour ensuite le fabriquer. On est donc obligé de collaborer par la mise en commun des savoirs. Cette incompréhension des objets technologiques biaise nos relations avec eux. De plus, avec l'obsolescence programmée l'objet n'est plus autonome.

Dans cette idée où technologie et soin sont les mots d'ordre, le *Living Lab Sofa* du Cnam³ met en place et développe au sein du contexte hospitalier des «*serious game*», des jeux où le patient suit un programme de rééducation dans un environnement virtuel et adaptatif.

En plus de l'aspect ludique, ces serious game collectent les données sous forme de scores et permettent ainsi d'apporter la preuve médicale tangible d'efficacité du programme, tant aux patients qu'aux professionnels. C'est le cas de Cybercycle, un serious game destiné aux malades d'Alzheimer dans le but d'améliorer leurs fonctions cognitives. Je ne peux m'empêcher de voir ces produits comme un déplacement du problème, et non comme une solution.

Il me semble que la relation humaine et la réalité sont totalement effacées. Il y a une grande collection d'objets technologiques dans le milieu médical qui réduisent nos relations et donc le soin. J'ai d'ailleurs mentionné ce phénomène dans le chapitre Réconfort.

² Stéphane Vial, «*design et territoires de pratiques en santé : enjeux pour la recherche et la formation*», *Design et Santé*, revue Science du design N°6, édition puf, 2017

Gaël Guilloux est directeur du Care design Lab, et Jocelyne Leboeuf est directrice de recherche à l'école de design de Nantes Atlantiques

Avec l'exemple des dispositifs d'hier et d'aujourd'hui chez l'orthopédiste. Je ne dénigrerais pas le fait que ces différents robots hyper sophistiqués sont au service de la personne malade ou handicapée et de son aidant, en accompagnant ses gestes, en se substituant à certains organes défectueux. Le robot devient une extension du corps. Mais on a tendance à exclure l'humanité et la spécificité de chacun dans la gestion des maladies et du handicap en créant un univers froid, impersonnel et inaccessible.

Quand on est atteint d'un cancer, on est constamment dirigé vers des scanners, des IRM, des machines de radiothérapie pour des rayons, ou immobilisé face à une perfusion le temps de la chimiothérapie. Ces soins représentent beaucoup de temps où l'objet prend de la place. Pourtant, dans un bon soin l'objet devrait s'effacer et non pas capter toute l'attention. Des objets de soin ce sont des objets ancrés dans nos pratiques. En ce sens le design du care doit valoriser la vie quotidienne du malade en créant de nouveaux usages. C'est à dire un art de soigner par un nouveaux rapports aux objets.

La réflexion autour de l'expression du soin s'est amorcée à travers l'exposition du même nom à la Biennale internationale du design de Saint-Etienne en 2017. Le résumé de l'exposition est pertinent :

«Le soin n'est pas seulement la part thérapeutique, celle qui soigne directement et rend la maladie ou le vieillissement réversible, c'est aussi une part d'attention portée à l'autre».

Ces différents paradigmes du prendre soin étaient représentés selon cinq objets de designer. On y retrouvait des objets qui témoignaient de la fragilité. Le projet *Senior Mobile* de Sophie Larger sert à engager la mobilité par des assises versatiles, engager aussi le « *risque du mouvement, du contact avec l'autre* ». Le projet d'Isabelle Daëron *Ceci est une causeuse*, est un double fauteuil qui invite au dialogue verbal ou visuel. Ces deux projets questionnent la bienveillance des objets qui nous entourent.

L'expérience de la vie est bel et bien un rapport étroit entre faire, souffrir, et subir. C'est à dire ressentir des émotions qui auront un effet *homéostatique*. On doit à Walter Cannon ce concept pour désigner l'ensemble des mécanismes physiologiques qui maintiennent l'état d'équilibre de notre milieu interne. C'est l'idée que les interactions entre l'environnement et l'organisme modifient l'état de ce dernier.

À ce propos, les Grecs énonçaient deux types d'espace. Platon était un fervent défenseur de la *Chora*, autrement dit « quelque chose qui reçoit une empreinte ».

Il faut comprendre qu'il y a une porosité forte entre l'intérieur et l'extérieur. À l'opposé, la pensée d'Aristote se fiait plutôt au *Thopos*, une séparation entre le lieu et l'être. Autrement dit, l'être ne change pas en fonction du lieu.

À dire vrai, les deux sont recevables. Il y a forcément des frontières entre nous et l'espace, mais nous sommes traversés par les expériences esthétiques que nous vivons : c'est le rapport aux formes qui nous entourent. Cependant, il ne doit pas y avoir un plan prédéterminé d'un espace du soin.

³Cnam : Conservatoire national des arts et métiers

On ne peut plus se permettre de dessiner pour répondre à un seul variable mais prendre plus de variable en compte. Plus généralement, dans le care il y a la possibilité de retourner à une éthique en créant des fiction régulatrice. Cette fiction (c'est à dire cette hypothèse) pourra être une manière de rendre la chambre d'hôpital harmonieuse ou conforme aux patients et ses autres « utilisateurs ». Sans émotions il n'y a pas d'image régulatrice, ce sont elles qui produisent l'homéostasie, et ainsi, une sorte de guérison interne.

Je pense notamment à Ilse Crawford, qui nous dit dans un reportage¹ qu'elle a toujours été fasciné par le comportement des gens selon un lieu. Elle étudia longuement l'histoire de l'architecture avant d'être rédactrice en chef d'*Elle Décoration Magazine*. Elle écrit ensuite un livre, *Sensual Home* en 1998 dans lequel elle explore les 5 sens, « *c'est grâce à eux qu'on explore le monde* ». Toutes aussi uniques et majesteuses, Ilse Crawford dessina l'une des premières boutiques de la marque Aesop, à Londres. Aesop et Ilse ont compris que ce n'est pas seulement le produit qui fait la différence pour une belle expérience, c'est surtout la routine quotidienne qui l'accompagne. C'est ainsi qu'I.Crawford installa un lavabo en plein milieu de la boutique, une belle manière de sublimer le soin par le design.

L'univers du soin chez Aesop est très intéressant à creuser. Comme chaque boutique est unique, elle raconte l'histoire du lieu dans lequel elle se trouve, elle rappelle sa culture. Les matériaux utilisés sont locaux. On retrouve par exemple l'argile verte sur les murs de la boutique Bordelaise ou une ancienne pompe à eau dans la boutique de Kyoto (qui rappelle son patrimoine). La sobriété des flacons vendus (type verreries de pharmacie) invite à s'amuser sur l'aménagement des espaces.



Fig.54 Boutiques Aesop
Londres (haut), 2008
Bordeaux (bas), 2018
Kyoto (page de droite), 2016

¹ *Abstract: The Art of Design*, série originale Netflix, 2019



Chaque petits détails de chaque boutique est classée selon ce que le département interne en design d'Aesop appelle la «Taxonomie du design»¹, comme s'il y avait une classification naturelle d'objet du design. Leur travail sur le soin reste très intéressant.

En tant que designer, il est essentiel de garder en tête l'immense cahier des charges que demande l'hôpital. La complexité de la tâche est de réussir à sortir de nos modèles mentaux par la fiction, pour proposer une nouvelle construction de modes de soin de demain.

Ensuite, il sera possible d'adapter ces schémas aux normes (très strictes) de l'hôpital.

Les études de cas proposées par la suite vont permettre d'ouvrir le regard sur le pouvoir homéostatiques des créations de designers.

Mais qu'est-ce qui différencie un objet de design d'un autre ?



Fig.55 Sphère de soin

¹ *Taxonomyofdesign.com*, site web de classifications d'éléments en design, par Aesop. La marque a collaboré avec Ilse Crawford mais aussi Snohetta, Dimore Studio, les Frères Campana etc., c.à.d. une multitude de designers en plus d'avoir son propre département de design.

Étude de cas

Étude de cas

3 Le design à l'hôpital

B} étude de cas : Design émotionnel

Investir l'inhabitable pour l'habiter, telle est la question. Imaginons une greffe à l'hôpital, mais pas n'importe laquelle. Une greffe d'objet de design pour soigner et le rendre la chambre d'hôpital hospitalière.

Dans son ouvrage *Le design émotionnel*, le théoricien D. A Norman¹ cite quatre types de plaisir, que peuvent influencer les objets de notre habitat : le plaisir du corps appelé le physio-plaisir, le psycho-plaisir qui traite des «réactions des personnes et de leur état psychologique au moment d'utiliser un produit», le socio-plaisir qui exprime le bien-être par l'interaction et enfin l'idéo-plaisir produit par la culture (le développement personnel).

Les objets de design choisis pour cette étude de cas, représentent au moins un de ces aspects émotionnels.

J'ai divisé ces objets d'étude en deux catégories: Le *design viscéral* et le *design réflexif*. Le psycho-plaisir et le physio-plaisir entrent dans la catégorie Le *design viscéral*, avec des objets qui jouent sur les apparences et le geste.

Le *design réflexif* lui, s'apparente au socio-plaisir et l'idéo-plaisir, produits par l'image de soi renvoyée et le témoignage de souvenir.

¹Directeur du design Lab de l'Université de Californie à San Diego, spécialiste en sciences cognitives

Design viscéral

Éveiller les sens : matières, formes et couleurs

L'apparence de nos objets joue un rôle émotionnel immédiat, c'est une impression esthétique directe. Il peut s'agir d'une réaction à la forme, à la couleur, à la matière.

Prenons les objets de Wendy Andreu par exemple, dont son siège *Regen Camouflage* (fig.56); Ses créations regroupent une multitude de facteurs esthétiques intéressants. La designer s'est distinguée en créant le néotextile Regen à base de silicone de corde et de latex, qu'elle compare à une nouvelle peau. Elle fait disparaître la frontière entre les objets : ce ne sont pas exactement des meubles et pas exactement des textiles. Le pouf et le tapis Regen s'habille d'effets visuels irisés et de rayures en contraste (noires et rose). Les lignes sinueuses donnent au projet un effet vivant. Il y a une touche enfantine, dans sa façon de mélanger les matières et de laisser les traces des soudures de silicone.

Le moelleux du siège de W. Andreu rappelle la souplesse régressive du fauteuil Up5 (Fig.57) de Gaetano Pesca. *Up5 Donna*, généralement interprété comme une figure féminine préhistorique. L'*Up5 Donna* arbore des formes généreuses recouvertes d'une couleur éclatante. Cette conception légère, comprimée dans l'emballage, se déploie peu à peu jusqu'à retrouver sa forme féminine (l'air pénètre dans les alvéoles en mousse). Ce subterfuge, donne à l'*UP5 Donna* une présence d'autant plus forte.

Pesce conçoit des objets rassurants, de par leur forme et leur couleur et leur matière.

Soigner l'apparence

Fig.56 Wendy Andreu,
Regen Camouflage, 2019 →

Fig.57 Gaetano Pesca,
Fauteuil UP5 Donna, 1969 ↓



¹Guillaume Houzé est président de Lafayette Anticipations



Le matelassé de son autre siège *I feltri* (Fig.58) éveille notre sens tactile. Le designer a pensé ce siège à travers la préhension de la matière. Gaetano Pesce expérimente les possibilités des textiles imprégnés de résine: la paroi haute en feutre permet d'abord de s'emmitoufler. Dans la partie basse, la résine epoxy est injectée afin de durcir le matériaux et de rendre l'assise stable. Le feutre est d'ailleurs un très bon isolant phonique, la cloison pliable favorise l'investissement d'un espace à soi ; elle renvoie à l'idée de « coquille » d'Abraham Moles.

Nos objets peuvent même avoir une présence aussi forte que des personnes. Le grand miroir d'Ettore Sottsass (Fig.59) en est l'exemple. Le designer réinterprète sa forme traditionnelle. Ce modèle produit en série pour Poltronova évoque la chevelure d'une sirène par ses ondulation. Son cadre en résine ABS s'illumine de couleurs douces, orange et rosé. Sottsass dira que ce miroir est à l'image « *des lucioles japonaises qui transforment les nuits de mai en matière solide* ». De même que les *rubbish things* de Takuto Ohta (Fig.60). Des objets en bois fin qui se déplacent librement dans l'espace dès qu'on le touche.

Ces trois créations manifestent leur présence bienveillante dans notre habitat. Cette fois ci, les couleurs sont moins outrancières. L'intérieur en tissus matelassé blanc d'*I Feltri* aurait pu être une couverture d'hôpital. D'ailleurs pourquoi a-t-on choisi le blanc à l'hôpital ? J'aimerais faire un court aparté sur le sujet.

On m'a souvent évoqué « *le dégoût du blanc* » lorsque je demandais « *Si je te dis hôpital, à quoi penses-tu ?* ». Michel Pastoureau, historien spécialiste de la couleur, a étudié sa symbolique à travers les époques et les cultures. Il explique qu'auparavant, les objets étaient conçus en matériaux naturels donc ils n'était jamais blanc. Il était alors difficile de réaliser un blanc pure. Le blanc immaculé devient un symbole divin. Il sera ensuite réservé aux sciences, exclu du spectre des couleurs lorsque

Newton décomposera la lumière. En parallèle, l'impression noire sur blanc banalise les deux teintes, elle exprime le vide et la pureté de la « *page blanche* ». Par extension, on l'utilisera pour attester d'une hygiène domestique impeccable : le linge de maison était toujours blanc afin de prouver qu'il n'y avait aucune tâche. La literie et la lingerie de couleur sont très récentes. On garde encore cette habitude de blancheur à l'hôpital pour souligner cette pureté et cette hygiène irréprochable, et les designers qui travaillent pour cette institution ont tendance à se conformer à cet esthétisme.

Le geste: celui du soin, de l'attention

Après ces explications, j'aimerais revenir au siège *I Feltri*. Sa paroi reflète le geste enveloppant déjà évoqué dans la partie l'Ère du Soin. Le geste de soin peut venir d'un système enveloppant, pour rassurer son destinataire.

L'enveloppe est un geste courant au Japon : on empacte les repas et les cadeaux dans des linéaux aux imprimés raffinés (Fig.61). Cela fait partie de leurs gestes rituels. Cette notion me rappelle les cocons en fibres et feuilles de bananes du designer Erez Nevi Pana (Fig.62). Il imagine une version tropical de la ville de milan où le climat aurait transformé nos notions de l'habitat: devenue un sac en maille de banane. L'objet redevient un outil qui n'existe qu'à travers son interaction avec l'Homme.

Bernard Stiegler le dit dans son œuvre *De la misère symbolique*,¹ « *la question de la participation est primordiale, parce qu'une œuvre sans public ne peut être une œuvre, tandis qu'un public sans œuvre ne peut se constituer : c'est cette relation qui œuvre, c'est à dire ouvre* ».



Soigner le geste
Fig.58 Gaetano Pesce, *I Feltri* (low side
blue) pour CASSINA en 1987

Fig.59 Ettore Sottsass, *Ultrafragola*, 1970





Fig. 60 Takuto Ohta *Rubbish Things*, 2020

Fig. 61 Furoshiki diagramme *L'art d'envelopper à la japonnaise*

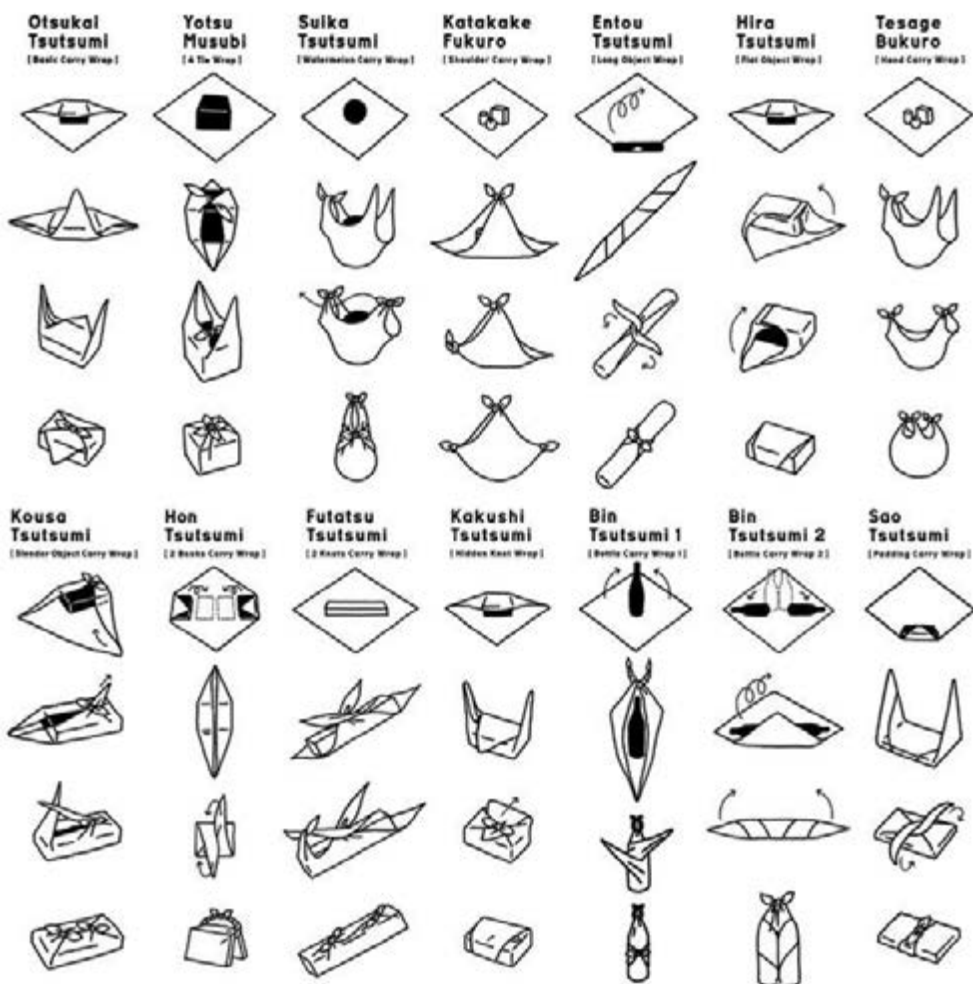




Fig. 62 *Nevi Pana* *The human cocoons*,
dans un film présenté en 2020

Design Réflexif



Le soin rituel

Fig.63 Natao Fukasawa, *Humidificateur*, 2003

Fig.64 Shore.oo, *Le banquet*, 2014

Un objet qui crée des expériences rituelles engage une forme de soin. Les rites sont vécus à travers une multitude d'objets : la brosse à dents, le gant, la serviette, les couverts ou le miroir etc.

Le design réflexif propose certains gestes rituels pour apporter du bien-être. Ce design répond à des habitudes afin d'organiser des expériences propres à notre culture, à notre personnalité, à notre rythme, à nos échanges. Le rituel de l'eau sur lequel je reviens souvent, à inspiré des créations le designer japonais Natao Fukasawa (Fig.63). Il investit ses recherches dans la valeur d'usage des objets, afin de les adapter à nos différents styles de vie, et donc la relation que nous avons avec nos objets.

Le rituel : un plaisir social ou culturel

D'autres rituels que ceux de la toilette sont désacralisés à l'hôpital. Et particulièrement le repas. *Le banquet* du collectif Shore.oo (Fig.64) expérimente des couleurs et des textures d'aliments peu utilisés au quotidien. Il est difficile d'adapter la cuisine aux résidents atteints de la maladie de Huntington. Ce grand festin réunit les patients, les familles et le personnel sous une même bannière dorée arborant le «H» d'Huntington. De cette façon, les designers dédramatisent la maladie, et réussissent même à valoriser leur vulnérabilité. Le nom du collectif reprend la notion « shore », l'échelle de mesure de dureté des matériaux. Et la valeur « oo » de cette échelle indique les matériaux les plus mous. Le nom de ces designers suggère leur intention: créer avec des matériaux et des environnements qui se meuvent en fonction des habitants. On a souvent recherché l'élasticité

¹Bernard STIEGLER, *De la misère symbolique*, édition Galilée, 2005

des matériaux, afin qu'ils reprennent leur état initial. Mais pourquoi ne pas utiliser des matières qui soient comme nous ? C'est-à-dire des matières qui changent avec le temps, gardent l'empreinte et marquent le geste, comme le sont la pierre ou le bois.

Marquer le geste humain et son savoir-faire par des techniques traditionnelles, c'est une manière d'invoquer des histoires, des souvenirs.

«Lorsque le design d'un produit ou d'un service tient compte des objectifs et des motivations des utilisateurs, allant parfois au-delà du but premier du produit, tout en y étant relié par le biais d'associations personnelles ou culturelles, l'opportunité de créer une signification réflexive est grandement améliorée.»

Robert Reimann, Personae, Goals and Emotional Design, 2005

Raconter des histoires

Le duo de formafantasma nous raconte justement des histoires. Comme celle du volcan Etna, dont la lave était récoltée par les siciliens et moulées en meuble et sculpture par les artisans. Lorsque le volcan fit à nouveau éruption en 2013, le duo voulu s'emparer de cette tradition

Il la renouvelèrent en créant une collection d'objets fascinante. Les designers de Forma fantasma ont sculpté, broyé, soufflé et tissé le basalte volcanique. Les horloges ci-contre (Fig.65) sont aussi recouvertes de sable de lave.

Monti Silvestri, choisi parmi leur collection *Natura fossilissium*, représente autant le geste ancestrale que le mouvement du temps. Posées sur une base de basalte formé de lave, les horloges témoignent de l'impact de l'éruption sur le lieu de confection. L'univers caractéristique du duo est fondée sur un grand métissage culturel. Ils mixent des

techniques artisanales disparues, avec des processus industriels complexes. En suivant les traces des historiens, il savent que le design est un métier de collaboration et d'accompagnement. En profitant des connaissances d'autres métiers, le designer pourra les transformer en matière. Et à sa manière, Forma Fantasma témoigne d'histoires différentes, imagine des univers poétiques, pour que la magie s'opère.

Faire voyager

Je devine le son doux des grains de sable qui s'agitent au gré des aiguilles.

Monti Silvestri me rappelle ces tables de sable utilisées pour la méditation en Asie. Mais surtout je pense à l'oeuvre *Ti torpo il mare* (Fig.66) de l'artiste Alessandro Sciaraffa. Avec ses grands tambours mouvants, le sable glisse sur la peau de l'instrument et produit un son: on reconnaît le bruit des vagues qui éclatent en écume sur la plage. Cette expérience sonore est un vrai voyage, elle nous emmène en bord de mer.

Raconter une histoire

Fig.65 Forma Fantasma, Monti Silvestri, 2014 →





Fig.66 Alessandro Sciaraffa, *ti torpo il mare*, 2011

Voyager par l'imagination

L'objet Placebo

« Il y a chez le designer une implication totale, une certaine relation avec le patient, un côté social du design. Le designer a des atouts incroyables, cette sensibilité aux usagers. L'hôpital est un lieu pragmatique avec un million de problèmes à traiter par jour.

Le médecin ne voit pas ce qu'on peut faire avec pour origine un matériau, une forme. La rencontre et les propositions du designer lui permettent de comprendre comment à travers la subtilité de ces éléments, un objet peut répondre aux besoins »

Dr Célia Crétolle, Chirurgienne pédiatre, PH du Centre de référence MAREP. Conférence *Les approches du design dans le champ de la santé*, organisé par le LAB-AH, hôpital Sainte-Anne, 8 octobre 2019.



Fig.67 Thomas Panzolato, *Médibons*, 2013

L'objet placebo

3 Le design à l'hôpital

C} L'objet placebo

L'effet produit par des objets tels que décrits dans l'étude de cas, peut être un effet placebo. On sait que notre système produit naturellement des molécules thérapeutiques pour atténuer la douleur, l'asthme ou même la dépression. On connaît le placebo sous forme de médicament, vendu en pharmacie et consommé à la maison. Des études ont démontré que « 30% des sujets sont placebo-répondeurs »¹.

Pour les fabricants de placebo, chaque détail compte pour renforcer l'efficacité d'un traitement : la couleur et le packaging sont pris en compte.

Mais l'efficacité du placebo n'est pas dû à l'esthétisme du produit : la croyance joue un rôle cruciale. L'anesthésiste américain Henry K Beecher, partagea une anecdote remarquable au sujet d'un certain pouvoir de conviction. Des soldats dont il s'occupait, blessés durant la seconde guerre mondiale, manquèrent de morphine. Ne sachant que faire, il leur infusa une simple solution saline. Ce leurre avait agit sur une partie des blessés qui sentirent le mal s'apaiser. L'ethnopsychiatre Tobie Nathan dit lui même que le rituel s'il marche, amène à la croyance². L'effet placebo se rapproche de l'effet d'hypnose utiliser pour guérir les maux de l'esprit car il s'agit dans les deux cas d'actions de l'esprit sur le corps.

¹ Marie Catherine Mérat, L'effet Placebo, Science et Vie N°1225

² Tobie NATHAN, C. Lewertowski, *Soigner. Le virus et le fétiche*, Paris, Odile Jacob, 1998.

L'ethnopsychiatrie consiste à apprendre des autres peuples les connaissances qu'ils ont des troubles psychiques et de leur traitement. A tenir compte de leurs traditions et de leurs rites ancestraux pour les soigner. Dans son livre fondamental.

L'ergothérapeute en psychiatrie Jean-François Frémond avec qui je discutais un jour, partage mon : l'objet en lui-même n'est pas guérisseur. Frémond est convaincu que le traitement devient thérapeutique seulement au sein d'espace thérapeutique et face à un thérapeute. Cet espace et son thérapeute sont ses révélateurs. Ce qui signifie qu'un lieu de bien être aurait un impacte sur l'effet de guérison.

Dans cette optique, l'architecte Ivan Harbour créa des Maggie's center qu'il appelle lui-même des « espaces placebo ». Ces espaces sont conçus pour les patients atteints de cancer. Ces Maggie's center sont aujourd'hui mondialement adoptés, ils font même partie du cahier des charges de conception des hôpitaux français. Luana Collaca, professeure italienne en sciences de la douleur et des symptômes translationnels, explique que « des éléments de l'environnement comme l'odeur de l'hôpital ou une blouse blanche peuvent jouer un rôle de signaux ». Particulièrement parce que nos sens éveillent notre Amygdale. Colloca démontre que cette partie de notre cerveau (associé au cortex préfrontale) est dédiée au stimuli sensorielle. L'Amygdale conditionne l'effet placebo en produisant des émotions. Luanna Colloca explique que la motivation (activée par le noyau Accumbens) va également jouer en faveur de la guérison.

Mais comment motiver cette guérison? La prise de traitement est rarement agréable. Le goût notamment, n'incite pas à la prise de médicament. Pour résoudre ce problème, le pharmacien belge Jean Neuhaus, (considéré comme l'inventeur de la praline), trouva un moyen simple: il créa des pilules enrobées de chocolat dans sa pharmacie-confiserie (au XIXe siècle).

Cette jolie idée fut reprise plus tard par le designer Thomas Panzolato (Fig.67) avec ses *Médibons*. Ses médicaments en forme de petites créatures de chocolat se substituent aux seringues doseuses traditionnellement utilisées pour les enfants hospitalisés. Panzolato entend dédramatiser et dé-médicaliser certains outils de soin.

Le design peut aider à dé-stigmatiser le malade. Il peut aussi avoir un rôle d'éducation thérapeutique, comme les *Objets thérapeutiques* de Mathieu Lehanneur. Pour son projet de diplôme de l'ENSCI, il propose une gamme de médicaments créative. Son utilisation illustre les étapes à suivre pour atteindre le cœur de la guérison.

Appelé le « *designer thérapeute* », Lehanneur explore les opportunités magiques, étranges et sympathiques, prodiguées par nos objets. Emmanuelle Lequeux dira : « *Développés, parfois même, avec l'aide de scientifiques ou de médecins, ses projets inventent de nouvelles ergonomie face à nos enjeux tangibles : mieux respirer, mieux dormir, mieux aimer, mieux vivre* ». L'image de la page suivante (Fig.68) présente le feutre à médicament, sous forme de crème antalgique colorée. Chaque mine contient une dose à déposer sur la peau. Le patient dessine sur son corps pour se soigner. Il souhaite que ses médicaments captivent les patients avant leur propre corps, afin qu'ils s'impliquent dans leur traitement. C'est une forme de « *nudge* ». Par *nudge* je sous-entends les sciences comportementales, utilisées en Design de politique publique. Cette méthode créative identifie des effets cognitifs, sociaux, ou émotionnels.



Mathieu Lehanneur utilise cette méthode pour d'autres projets, cette fois auprès de patients de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital des Diaconesses Croix Saint-Simon. Les soignants se trouvent parfois déconcertés face aux angoisses des patients et de leur famille. L'équipe de l'établissement à alors fait appel à Mathieu Lehanneur afin d'imaginer des oeuvres apaisante. Il leur propose « *Demain est un autre jour* », une sculpture lumineuse à installer dans les chambres des malades. Faisant office d'écran murale, il indique le ciel du jour suivant. Ces images de lendemain aident à savourer l'instant présent.

Savourer, c'est le maître mot de Louise Knoppert, designer suédoise.

Elle cherche à remédier à la nutrition par sonde en proposant des couverts inédits. Pour que ces patient puissent à nouveau partager des repas, Knoppert invente une nouvelle expérience culinaire (Fig.69) : un liquide vapeurux s'échappe d'une pipette pour redonner l'odeur des aliments, une cuillère contient une poudre effervescente à faire fondre sur la langue, une baguette créée de la mousse et une pièce éponge divulgue un liquide lorsqu'on la mâche.



Ces produits, issus d'une attention particulière des designers, procurent un effet placebo inédit. Ils engagent les sujets dans leur traitement par le plaisir.

Fig.68 Mathieu Lehanneur, objets thérapeutiques, 2001

Fig.69 Louise Knoppert, Proef, 2014

Fig.70 Mickael Boulay, *Measuring Less To Feel More* 2014



Fig. 71 Keita Augstkalne, *intravenous drip* 2018



Fig.72 Myriam Mortier, *pulse rythm*, 2016



Fig.67 Ettore Spalletti et Guido Fanti, *Salle de départ*, Hôpital Raymond Poincaré, 1996

Fig.67 *Rêve de Lilou, des couleurs à l'hôpital croquis*, 2019

Le placebo, c'est aussi ce qui sert à panser des blessures. En ces termes, l'hôpital Raymond Pointcarré a chargé des artistes de recréer une salle de départ. Tremlett et Spaletti tentèrent d'humaniser ce lieu, pour permettre aux endeuillés de se recueillir. Ils privilégièrent les discussions avec les médecins puis refusèrent de voir la salle d'origine, afin de ne pas bloquer leur imagination et pour répondre parfaitement aux besoins. La déstructuration de l'architecture du lieu, ce bleu profond évoquant l'infini, font de leur réponse une belle réussite.

Il y a une autre histoire, qui rejoint entièrement le sujet, et qui m'a particulièrement touchée. C'est celle d'Assia et Safia Amor, qui souhaitaient rendre hommage à leur soeur Jalil, qui s'est éteint en Octobre 2018 dans le service d'oncologie de l'hôpital Saint-Louis. Jalil était architecte d'intérieur. Elle avait dit un jour à ses soeurs qu'elle aurait préféré vivre ses derniers moments « *dans un arc-en-ciel plutôt que dans ce morne décor d'hôpital* ».

Assia et Safia ont retenu ses mots, et ont décidé de créer *Rêve de Lilou, Des couleurs à l'hôpital*, une association dédiée à l'embellissement des services d'oncologie pour adultes. Elles ont pu rénover une chambre et un hall dans le service oncologie médicale Fougère de Saint-Louis grâce aux donations. En voici quelques photographies. L'idée est très intéressante, mais l'analyse des besoins reste encore à développer. L'espace ne doit pas seulement être coloré mais il doit accueillir une zone «personnelle» pour le patient.

Le travail sur la salle de douche est pertinent, celle-ci invite d'avantage à prendre soin de soi. C'est l'une des zones principales que le designer devrait investir à l'hôpital selon moi.



Fig.67 *Rêve de Lilou, des couleurs à l'hôpital, salle d'eau, 2020*

C O N C L

L'étude du monde hospitalier d'hier à aujourd'hui met en lumière l'origine de difficultés rencontrées actuellement. On peut dire que l'ère scientifique a renversé l'ère des croyances. Les grandes avancées ont amélioré les chances de guérison de façon considérable, grâce aux expérimentations et aux recherches. Il semblerait que l'hospitalité se soit effacée peu à peu et ne soit plus le devoir de l'hôpital.

Ne peut-on pas trouver un équilibre entre les croyances naïves de la médecine antique et la T2A ?

Le système de T2A a laissé de côté des soins essentiels. Je reprendrai les mots de Michel Foucault : l'hôpital est devenu «*la machine à guérir*», expression qui dans le contexte que nous traversons prend tout son sens.

Ce fonctionnement a enlevé un temps précieux d'attention dont le patient et le soignant ont besoin. Si l'univers de soin est lui-même malade, c'est tout l'espace hospitalier qu'il faut guérir. Les définitions des notions de guérison et de soin soulignent d'ailleurs une chose essentielle : guérir ne relève pas uniquement du savoir technique du médecin, bien qu'il soit principal.

Il existe une multitude de paramètres à prendre en compte pour faire soin au cœur de l'hôpital. Toutes les parties prenantes devraient intégrer l'analyse et l'élaboration de ce soin.

Les études autour des notions de confort/réconfort ont démontré que prendre soin de la sphère personnelle du malade était une forme de sollicitude. L'une des façons d'améliorer le quotidien du patient est de retrouver du confort afin qu'il se batte.

Je veux surtout dire un confort psychologique grâce aux rêves, au réconfort de l'enveloppe ou à une forme de sollicitude, que pourrait trouver le patient dans les gestes infimes du quotidien. Je me devais d'exposer mon idée selon laquelle les objets qui gravitent dans notre sphère intime peuvent faire varier notre sphère psychologique. Il me semble que lorsque nous sommes à la maison les objets de notre foyer sont le reflet de notre nature. Ce n'est évidemment pas le cas à l'hôpital parce que notre chambre n'est ni «chez nous» ni vraiment l'atelier des soignants, mais qu'elle déchoséifie le malade.

U S I O N

Reportons-nous au catalogue d'objets à l'hôpital: il montre que les différents outils techniques comme le lit médicalisé ou l'arbre à chimiothérapie, aussi nécessaires soient-ils pourraient être repensés, et que les éléments du quotidien dépersonnalisent souvent le patient. Aussi parce que la chambre manque d'éléments personnel.

Leur comparaison avec les objets créées en design démontre la légitimité des Arts Appliquées au sein du care. Le design a déjà fait ses preuves en engageant des projets impactants avec le milieu hospitalier. Son atout réside dans sa sensibilité au monde, par le biais cognitif surtout.

Le but du design est d'observer les paramètres qui inciteraient le patient à s'investir et à croire en sa guérison. Cette discipline pourrait alors être un placebo au sein de l'hôpital.

Il serait par exemple tout à fait possible de réfléchir au moment de confrontation du patient avec l'arbre à chimiothérapie, son temps d'attente pendant le traitement. On pourrait aussi destituer le caractère trop technique du

lit d'hôpital, réfléchir à une enveloppe pour contenir, délimiter, concevoir un objet de rêverie, ou encore admettre que le patient ne devrait pas être horizontalisé en permanence. Des outils de traitement qui insite plus d'échange entre le soignant et le soigné. Des aménagements ou des objets pourraient être conçus pour symboliser un cocon personnel. Des objets même qui pourraient restituer des rituels quotidiens pour motiver quelques petites actions de soin du patient envers lui-même, au sein de la salle d'eau par exemple.

Je crois en effet qu'il reste encore une multitude de choses à réinventer dans le soin.

Il est difficile de croire que le design peut s'implanter à l'hôpital mais on peut considérer qu'il n'a pas besoin d'y camper pour participer à son amélioration.

Si le designer ne guérit pas la maladie, il contribue à la guérison du malade par ses marques d'attentions.







Témoignages de soignants

Alice Robert, 29ans, infirmière au CHU de Nantes

« On manque de personnel, et donc on manque de temps. Dans certains services, il y a des prescriptions sur papier qui sont faites pour chaque patient. Ce qui engendre un risque d'erreur, une perte de temps. Dans d'autres services j'ai pu tester des bracelets avec les informations enregistrées sur chaque malade (comme la prise de tension dans la journée). Ils ont l'air plus rassurés. Autre chose que j'ai remarqué, lorsque les lits se penchent par la tête vers le bas, pour nous aider à remonter les patients, ils ressentent une grande gêne. C'est un des nombreux signes qui montre qu'ils souhaiteraient se sentir plus autonomes. »

Sigrid Sanudo, Docteur en pharmacie à la clinique du Tondu, Bordeaux

« Dans notre clinique, il existe des dispositifs pour accompagner le patient, la RRAC, qui aide à une récupération après chirurgie, et le PAEPS, un processus amélioré et une amélioration du parcours de soin. Il y a donc une réelle éducation thérapeutique. Le patient hospitalisé ne doit surtout pas se sentir malade, mais en voie de guérison. Il doit marcher avec ses prothèses, s'adapter. »

Florence Belzic, 38 ans, infirmière à la clinique Les Augustines, Malestroit

« Tout d'abord, Merci de nous solliciter pour ton mémoire. Ma définition du designer serait qu'il est un créateur, concepteur d'objets, de produits innovants, mêlant l'aspect pratique, fonctionnel tout en recherchant l'esthétisme, l'harmonie.

Tandis que le thérapeute est un professionnel qui prend soin d'une personne ou d'un animal en s'appuyant sur différentes techniques d'approche: musicothérapie, équithérapie, psychothérapie, kinésithérapie par exemple.

La chambre d'hôpital m'évoque le blanc, la solitude, une pièce aseptisée, froide, impersonnelle, donc à personnaliser pour s'y sentir mieux. Je pense au numéro donné à chaque patient, à leur isolement, à la maladie. Il y a à la fois de l'insécurité et de la sécurité. Les malades ont souvent des angoisses, ils sont dans l'inconfort. Pourtant il y a aussi l'aspect positif du soin et de la rencontre soignant/soigné. Bien qu'ils aient un manque d'intimité, j'espère tout faire pour que ces points négatifs ne soient pas vécu comme tels. »

Estelle HERNANDEZ, Ergothérapeute à l'EHPAD Alquier Debrousse

Quelles techniques manuelles et artistiques l'ergothérapeute développe-t-il ?

« Toute technique manuelle et artistique peut être utilisée dans l'accompagnement proposé par l'ergothérapeute, à condition que cette activité ait du sens pour la personne soignée. Sans sens pour le patient, il engage moins de motivation et de volonté dans l'activité et peut se retrouver en échec. »

Quelles sont les normes thérapeutiques prises en compte ?

« L'ergothérapeute est soumis au secret médical et professionnel, au consentement de la personne prise en charge et se doit de ne pas mettre en échec thérapeutique ni en danger ses patients. »

Croyez-vous qu'un objet ou un espace ait un impact sur le degré de guérison d'un patient ?

« Bien sûr, par exemple l'ergothérapeute adapte les fauteuils roulants aux patients qui en ont besoin (réglages, largeur, modifications) mais aussi l'environnement (désencombrer une pièce ou un appartement chez une personne qui est à risque de chute par exemple). Avec du matériel et des espaces adaptés, l'autonomie du patient ne peut être qu'améliorée. »

Et pour vous, qu'est-ce que le design ?

« Pour moi c'est de l'esthétisme moderne et fonctionnel pour les objets »

L'ergothérapeute collabore-t-il avec des designers ?

« L'ergothérapeute ne collabore pas directement avec des designers mais certainement que les fabricants de matériel médical (type fauteuil roulant ou autre aide-technique) travaillent avec des designers. L'ergothérapeute prendra en compte les demandes et attentes du patient ainsi que son environnement matériel et humain. »

Baptiste, 27 ans, infirmier en service

« Je crois qu'un designer, c'est une personne qui va créer des objets répondant à certains critères (esthétique, fonctionnalités...). Quant au thérapeute au sens large, c'est un professionnel de santé qui intervient dans le processus de soin d'une personne. Il a pour but de soigner. Par exemple, cela peut être mis en place par une relation d'aide, de l'art thérapie etc.

En ce qui concerne la chambre d'hôpital, c'est un terme qui renvoie dans un premier temps vers quelque chose de négatif. En effet, on va l'associer à la maladie, à la vulnérabilité. La plupart du temps on a à faire à un endroit neutre, sans chaleur, ce qui peut rendre l'hospitalisation désagréable.. »

Qu'appelle t-on l'effet placebo ?

« Pour expliquer le phénomène de l'effet placebo, c'est le fait de donner un traitement sans molécule thérapeutique à un patient sans que celui-ci ne le sache. Il permet de comparer et de tester l'efficacité d'un traitement thérapeutique. Il peut avoir un effet bénéfique notamment psychologique. »

Témoignages de soignés

**Mon père, 53 ans, éleveurs-
agriculteur**

« J'ai passé beaucoup de temps dans les couloirs et les salles d'attente, je me suis levé très tôt tous les matins, pour prendre ma douche sereinement, j'ai partagé les jeux télévisés, les émissions de télé-réalité, la famille, les amis de mes voisins, j'ai reçu mes proches dans des chambres impersonnelles qui puait la chlorhexidine et le peroxyde, j'ai mangé avec dégoût, j'ai porté une chemise, entre-ouverte sur mes fesses et subi les intrusions régulières des élèves. J'étais "un patient".

Je garde pourtant un bon souvenir de mes séjours, par deux fois l'hôpital m'a sauvé de "longues maladies". J'ai énormément de reconnaissance vis à vis du personnel (du personnel d'entretien aux chefs de service) qui m'a permis de retrouver une vie peut-être encore plus active, entouré des gens que j'aime. »

**Marjorie MADEIRA, 25 ans, AED au sein
d'un Lycée**

« J'ai séjourné à plusieurs reprises à l'hôpital. La première fois, je ressentais de l'angoisse à l'idée d'y aller. L'hôpital fait pour beaucoup d'entre nous référence à la mort, à un état de gravité. Je suis diabétique insulino-dépendante. À ma grande surprise, l'accueil a été très aimable, l'équipe était à l'écoute et aux petits soins en proposant plusieurs activités, telles que la piscine, des balades, afin de penser à d'autres choses qu'à ce cadre hospitalier.

Une fois les valises posées, cette chambre devient la mienne pour quelques jours. J'en retiens des couleurs neutres, dans les tons bleus. Un tableau avec un feutre en face du lit, une table de chevet, le lit et puis le coin "salle d'eau", qui n'est jamais bien pratique pour moi, j'avais tendance à faire rire les infirmières lors de leurs venues après mon passage à la douche :

On aurait pu surfer sur l'étendue d'eau débordant du bas de la porte ! Il y avait aussi cette horloge avec un bruit strident, rappelant les minutes qui s'écoulaient.

Il serait judicieux de penser à un mobilier astucieux et rassurant pour les personnes qui redoutent leur séjour à l'hôpital, de manière à les faire quelque part voyager, qu'ils aient une pièce chaleureuse, afin de faire diversion face à la peur de l'inconnu »

Image p.120 et p.121 Masquerade,
Studio photo à Beïjin, 2019
p.12 Unknown, *speack again*,
Exposition de Beirut 2011



BIBLIOGRAPHIE DESIGN

Biennale Internationale DESIGN
SAINT-ÉTIENNE, *L'empathie ou
l'expérience de l'autre*, 2013

Marie-Haude CARAËS, *Images de
pensée*, édition de la Réunion des
musées nationaux, 2011

Tony CÔME, *L'idée du confort, une
anthologie*, édition B42, 2016

Jeanne DEAUTREY, *Design et pensée
du care*, 2019

Henry DREYFUSS Associates et Niels
Diffrient, *Public Space*, Cambridge,
Massachusetts, 1974

Christine FREDERIK, *Household
Engineering*, édition American
school of home economics, 1919

L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI,
n°405, *Architecture thérapeutique*,
mars 2015

LE CORBUSIER, *L'art décoratif
d'aujourd'hui*, édition Flammarion,
1996

LES VILLAGES, Industrie française
de l'ameublement, *Confort et
inconfort*, édition Hazan, 1999

Alexandra MIDAL, *Une introduction
à l'histoire d'une discipline, édition
pocket*, 2009

Daniel A. NORMAN, *Design
émotionnel*, 2012

Aldo ROSSI, *l'architecture de la ville*,
édition Feltrinelli, 1966

SCIENCES DU DESIGN, n°6, *Design et
santé*, édition Puf, 2017

Ettore SOTTASS JR., « Mi dicono
che sono cattivo », Texte traduit
par Alexandra Midal, 1973 Editore
Vicenza, Neri Pozza, 2002

Stéphane VIAL, «*design et territoires
de pratiques en santé : enjeux pour la
recherche et la formation*», *Design et
Santé*, revue *Science du design* N°6,
édition puf, 2017

AUTRES LIVRES

Alain BERTHOZ, *L'empathie*, édition
Odile Jacob, 2004

Luc BOLTANSKI, *Les usages sociaux
du corps*, Annales. Économies,
Sociétés, Civilisations. 26^e année, N.
1, 1971

Hervé BRIZON, *Précis d'alliance
patient-soignant*, édition Lamarre,
2019

Jacques COSNIER, Marie-Lise
BRUNEL, *L'empathie, un sixième
sens*, Presses universitaires de Lyon,
2012

Ivan DENISOVITCH, *Une journée*,
édition Fayard, 1962

Grégoire DE TOURS, *Histoire des
Francs*, circa. 600

Gustave-Nicolas FISCHER,
*Psychologie Sociale de
l'environnement*, édition Privat, 1992

Gustave-Nicolas FISCHER,
L'expérience du malade, édition
Dunod, 2009

Cynthia FLEURY, *Le soin est un
humanisme*, Tracts (n°6), Gallimard,
2019

Michel FOUCAULT, *Les anormaux*,
*Cours au Collège de France, 1974-
1975*, édition Seuil, 1999

Michel FOUCAULT, *Les machines
à guérir : aux origines de l'hôpital
moderne*, édition Mardaga, 1995

Michel FOUCAULT, *l'incorporation de
l'hôpital dans la technologie moderne*,
1974, Hermès La Revue, 1988/N°2,
éditions C.N.R.S.

Jean Claude KAUFMANN, *Le coeur
à l'ouvrage, Théorie de l'action
ménagère*, édition Nathan., 1997

Jean-François MATTEI, *Santé: Le
grand bouleversement*, édition Les
Liens Qui Libèrent, 2020

Marcel MAUSS, *Les techniques du
corps*, «Les techniques du corps»,
Journal de Psychologie, XXXII, ne,
3-4, 1936

Marie Catherine MÉRAT, *L'effet
placebo*, Science et vie, N°1225,
Octobre 2019

Musée de l'ASSISTANCE PUBLIQUE,
Hôpitaux de Paris, *Hôpital et utopies*,
2001

Michelle PERROT, Historienne,
professeure émérite des universités
elle a écrit *Histoire de chambres*,
édition Seuil, 2009.

Isabelle ROUGERIE RIVAT, *La
médecine au Moyen-âge, entre
croyance et science*, diplôme
universitaire d'histoire de la
médecine, 2017

Jean-Charles SOURNIA, «*Archéologie
de la médecine* », *Histoire de la
médecine*, 2004

Bernard STIEGLER, *De la Misère
symbolique*, édition Galilée, 2005

Stéphane VELUT, *L'hôpital, une
nouvelle industrie*, Tracts (n°12),
Gallimard, 2020

Jean VALLERY-RADOT, *Revue de
l'histoire de l'église en France*, Tome
35, n°126, 1949.

Donald W. WINNICOTT, *Les objets
transitionnels*, édition Payot, 1969

REFERENCES DESIGN / ART

5.5 DESIGNERS, *Chaise Reanim*, 2004

Wendy ANDREU, *Regen camouflage*, 2019

Shusaku ARAKAWA, Madeline GINS, *Bioscleave House*, photo de Leopold Lambert-5. 1990

ATELIER MAXIMUM, *Chaise Gravene*, 2015

Keita AUGSTKAINE, *intravenous drip*, 2018

Mickael BOULAY, *Measuring Less To Feel More* 2014

Dr. CALVERT, *digestive chair*, Circa 1850

Joe COLOMBO, *Elda chair* et *Total Furnishing Unit*, 1963 et 1971

DACH&ZEPHIR, *Manman Dlo*, 2017

ECOBIRDY, *Chair Charlie*, *Table Louisa*, *Storage Kiwi* et *Lamp Rhino*, 2017

FORMA FANTASMA, *Monti silvestri*, 2014

FROG DESIGN, *Concept santé Aura*, 2008

INNO3MED, *Robot phoque Paro*, 2005

Louise KNOPPERT, *Proef*, 2014

Mathieu LEHANNEUR, *objets thérapeutiques*, 2001

Myriam MORTIER, *pulse rythm*, 2016

Gaetano PESCE, *I feltri*, 1987

Raphaël PLUVINAGE, Marion PINAFFO, *Papier machine*, 2018

Alessandro SCIARAFFA, *ti torpo il mare*, 2011

SHORE.OO, *Le banquet*, 2014

Ettore SOTTASS, *ultrafragola*, 1970

Michael THONET, *Chaise n°14*, 1859

Matteo THUN, *Lesbia Oceanica teapot*, 1982

FILMS / VIDEOS

Miloš FORMAN, *Vol au dessus d'un nid de coucou*, 1976

Buster KEATON, John G. BLYSTONE, *Our Hospitality*, 1923

Thomas LILTI, *Hippocrate*, 2014

Jérôme LE MAIRE, *Burning out*, documentaire Arte, 2016

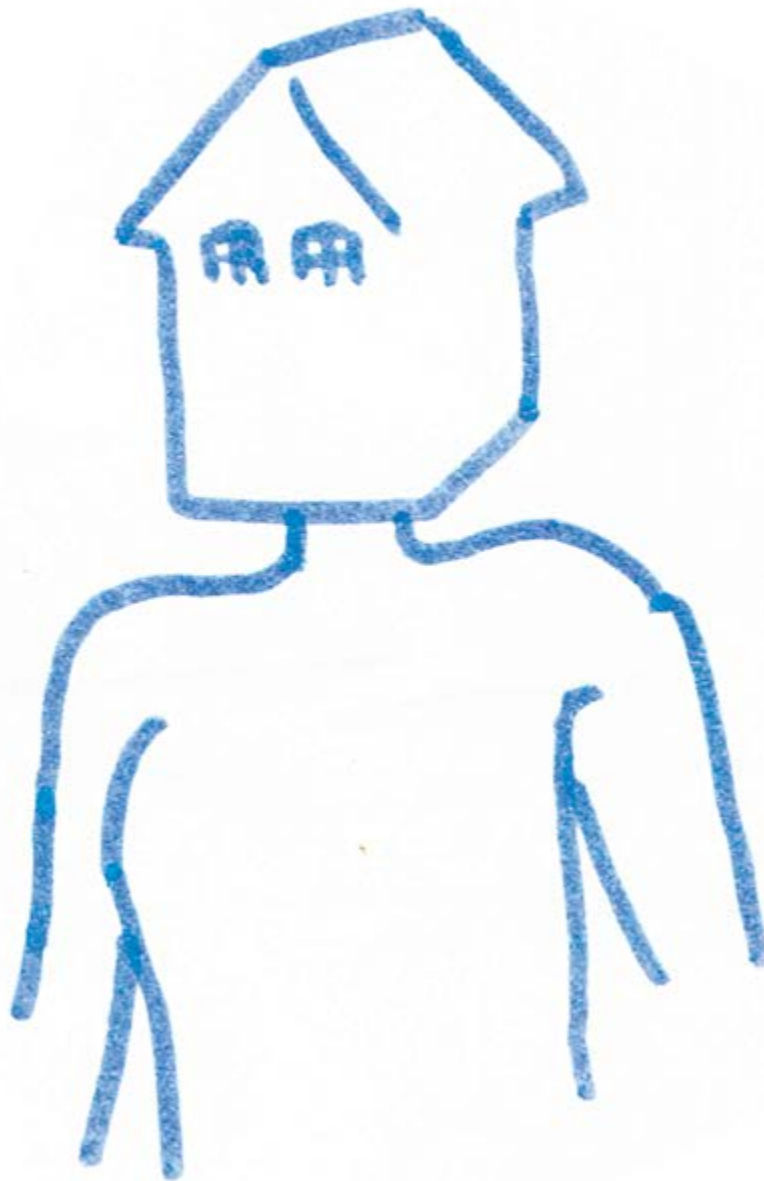
Martin SCORSESE, *Shutter Island*, 2010

Jean-Marc VALLÉE, *The Dallas Buyers Club*, 2014



Hôpital pour enfants, désaffecté





*“ Il me semble que les objets de notre foyer soient le
reflet de notre nature”* Philomène Robert

