



# L'URGENCE D'ACCOMPAGNER

---

Comment mieux considérer le besoin de l'accompagnement dans un service d'urgences adulte ?

# PROJET DE FIN D'ÉTUDES

L'URGENCE D'ACCOMPAGNER

*Comment mieux considérer  
le besoin de l'accompagnement  
dans un service d'urgences adulte?*

**Coline Lebaratoux**  
DSAA option Design de produits

*Directrice de mémoire*  
Cecilia Rohmer

*Deuxième lecteur de mémoire*  
Jean Obrecht, Carmen Princelle

Juin 2013

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	8
Chapitre 1. Rôle et fonction de l'hôpital public	13
L'ÉVOLUTION D'UNE INSTITUTION	14
L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX	16
L'ÉVOLUTION DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT MÉDECIN, HOMME DE FOI OU HOMME DE SCIENCES ?	17
Quels sont les facteurs de l'évolution de cette relation ?	18
UNE DÉMYSTIFICATION DU STATUT MÉDICAL	18
LA RESPONSABILITÉ CONTRACTUELLE DU MÉDECIN	19
L'EXIGENCE DES ASSURÉS	20
LA DISPARITION DU MÉDECIN DE FAMILLE	20
LES SCANDALES SANITAIRES	20
INTERNET ET L'ACCÈS AUX INFORMATIONS	21
UN USAGER ACTEUR ET SUJET ?	22
Quel type d'utilisateur accueille l'hôpital public ?	22
LA NAISSANCE D'UN USAGER ACTEUR À TRAVERS LA LOI DE L'USAGER-ACTEUR À L'USAGER-PARTENAIRE	23
FICHE REFERENCE co-conception	25
L'HÔPITAL ACCUEILLE-T-IL UN USAGER-SUJET ?	29
Un hôpital déshumanisé ?	29
LES ÉCUEILS D'UNE INSTITUTION PUBLIQUE	29

UNE ORGANISATION MILLIMÉTRÉE	30
DES STRUCTURES INHUMANES	31
LE RELATIONNEL	32
Chapitre 2. Le service d'urgences	35
L'ÉVOLUTION DU RÔLE DES SERVICES D'URGENCES	36
Le service vitrine de l'hôpital	36
Un décalage entre l'offre des services d'urgences et la demande.	36
UN CHOIX DE FACILITÉ	37
UNE POPULATION COMPLEXE	37
UNE ATTENTION GRANDISSANTE PORTÉE À LA SANTÉ POUR LES FRANÇAIS	38
ARTICLE L'image des urgences à travers la télévision	39
LES USAGERS DES URGENCES ET LEURS RELATIONS	43
Le personnel	43
COHABITATION	43
RYTHME DE TRAVAIL	43
UNE VIE SOCIALE DEVANT LES USAGERS	44
UN NIVEAU DE STRESS TRÈS ÉLEVÉ	44
Les patients	45
UN ORDRE DE PRISE EN CHARGE SOURCE DE TENSIONS	45
ARTICLE attendre	47
ARTICLE L'individu malade du temps	49
UNE RELATION À SOI ET AUX AUTRES MISE À MAL	51
SYNTHÈSE Intimité et dignité du patient	53
DISSERTATION Faut-il être détaché émotionnellement pour bien soigner ?	58

L'accompagnant	64
<b>LE RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT</b>	<b>64</b>
État des lieux législatif	64
L'Accompagnant : un repère pour le patient	65
L'Accompagnant : un partenaire ?	66
<b>RENCONTRE</b> le rôle de l'accompagnant vu par Kristian Schneider	67
<b>LA PERCEPTION DE L'ACCOMPAGNANT PAR LE PERSONNEL</b>	<b>70</b>
<b>RENCONTRE</b> La relation personnel - accompagnant vu par Kristian Schneider	67
<b>L'USAGER FACE À UNE ORGANISATION COMPLEXE</b>	<b>77</b>
<b>FICHE REFERENCE</b> démocratiser le langage	78

Chapitre 3.

## Le service d'urgences idéal : vers le projet

"c'est notre lieu"	84
<b>1. APPORTER DES REPÈRES AUX USAGERS.</b>	
"On s'y occupe les uns des autres"	85
<b>2. DÉVELOPPER LE RELATIONNEL</b>	
"On sait comment ça fonctionne"	85
<b>3. AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DU SERVICE</b>	
"être là pour l'utilisateur"	85
<b>4. DÉVELOPPER UN SERVICE CENTRÉ UTILISATEUR ET DONC EXPÉRIENCE</b>	<b>73</b>

<b>BILAN</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>88</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>92</b>

## INTRODUCTION

*Ce jeudi 24 avril, comme chaque jeudi, je vais manger chez ma grand-mère. Comme d'habitude, j'arrive un peu avant midi pour l'aider à préparer le repas. C'est un petit rituel qui s'est instauré entre nous depuis le départ de mon grand-père. Mamie a du mal à rester seule et je sais qu'elle attend chaque semaine impatiemment ma venue. Ce jour-là, j'arrive donc à 11 h 30 devant son immeuble, je prends le courrier dans sa boîte aux lettres et sonne à la porte. À mon grand étonnement, elle ne vient pas m'ouvrir immédiatement. J'attends quelques minutes sur le palier, un peu inquiète et je finis par ouvrir la porte grâce aux doubles des clés qu'elle m'avait données. Je vois alors ma grand-mère allongée par terre dans la cuisine. Je cours à ses côtés, la regarde et m'aperçois qu'elle a perdu connaissance. Je l'appelle, la secoue un peu et elle reprend assez rapidement ses esprits. Elle m'explique qu'elle est tombée : elle ne se souvient plus comment, mais elle m'assure qu'elle va mieux. En effet, dix minutes plus tard, elle est déjà debout, prête à se remettre aux fourneaux. Perturbée par ce qu'il vient de se passer et, inquiète pour elle, je la force à quitter l'appartement pour l'amener aux urgences.*

*Cela a été très dur de la convaincre, elle déteste l'hôpital, son atmosphère, les médecins... tout. Je pense que cela lui rappelle cette période difficile à la fin de la vie de mon grand-père. Moi non plus ça ne m'enchant pas de l'amener là-bas, mais je m'en voudrais beaucoup si sa chute avait des conséquences sur sa santé. Arrivées aux urgences, il y a déjà de nombreuses personnes devant l'accueil. Il y a trois bureaux, mais pourtant tout le monde s'est regroupé en une seule file. Je prends ma place à la suite. Dans la file, mamie râle, elle fait tout pour me prouver qu'elle est en forme et qu'elle n'a pas sa place ici. Cela lui ressemble bien : elle ne montre jamais ses faiblesses et fait toujours mine de pouvoir tout gérer toute seule. J'essaye de la raisonner, de dédramatiser la situation, mais cela n'est pas chose facile. En effet, derrière l'accueil, on entrevoit les patients en chemises sur les brancards en train de se faire examiner, on distingue des ambulanciers, des pompiers, des infirmières qui s'activent dans tous les sens. Par contre, au premier plan, rien ne s'agit. La file d'attente ne semble pas avoir bougé et l'infirmière derrière sa vitre est au téléphone. Lorsque c'est enfin notre tour, l'infirmière ne nous regarde toujours pas. Elle tri des documents, annote des papiers, parle à sa collègue... Je suis sidérée de ce comportement et n'ose pourtant rien dire. Lorsqu'elle lève enfin la tête, je suis soulagée. Collée à la vitre, pour être sûre qu'elle m'entende, je commence à lui raconter toute l'histoire : la chute, l'évanouissement, la perte de mémoire... lorsqu'elle me coupe en me disant « ici, c'est l'accueil administratif : carte d'identité, carte vitale, mutuelle s.v.p. ! ». Ma grand-mère s'exécute et deux minutes après on la fait entrer à l'intérieur du service.*

*J'ai à peine le temps de comprendre que je ne peux pas venir avec elle, qu'elle est déjà de l'autre côté. L'hôtesse me montre du doigt une salle d'attente en m'expliquant brièvement que je devrais y patienter pendant au minimum une heure. Je m'exécute, un peu perplexe, sans réellement assimiler les données qu'elle vient de me transmettre. Dans une petite salle d'attente située dans un renforcement, trois personnes sont installées éparpillées aux quatre coins de la pièce. Je m'installe au juste milieu entre deux personnes, et commence à ruminer. Pourquoi dois-je attendre ? Pourquoi une heure ? Que va-t-il se passer pendant tout ce temps ? Cela veut-il dire qu'après une heure, je pourrais aller la voir ? Ou peut-être que ça veut dire qu'elle sortira au bout d'une heure. Et puis pourquoi ne m'a-t-on pas laissé entrer avec ma grand-mère ? Je ne comprends pas, mais je n'ose pas revenir à l'accueil pour poser ces questions. Je me suis déjà sentie assez bête tout à l'heure de ne pas avoir compris que cette femme n'était pas l'infirmière qui allait s'occuper de mamie...*

*J'attends donc passivement. J'observe furtivement les quelques personnes avec lesquelles je suis condamnée à attendre. L'une d'entre elles, assise en face de moi, montre des signes d'anxiété manifestes : elle gesticule, ouvre un livre, le referme, range toutes ses affaires, passe devant le guichet d'accueil, sort, revient, soupire, se rassoit à la même place, sort son téléphone, ressort et revient... L'attente semble lui être insupportable. Je me demande depuis combien de temps elle attend. Je remarque qu'elle s'est assise à une place stratégique, d'où elle peut avoir une visibilité sur l'accueil : de ce poste d'observation elle peut épier les trois hôtesse. Moi, je suis assise, là, à cotée des distributeurs dont le bourdonnement comble le silence de la salle. Les minutes passent très lentement et se ressemblent. Je me pose inlassablement les mêmes questions et tente d'y répondre par moi-même en émettant des suppositions en tout genre. Je commence même à culpabiliser de l'avoir amenée ici, elle doit m'en vouloir de l'avoir abandonnée comme ça. Il se peut même qu'elle imagine que suis repartie chez moi!... J'aimerais tellement être à ses côtés pour la rassurer.*

*Au bout d'une heure, je retourne à l'accueil. L'hôtesse accepte de me laisser entrer dans le service et en activant l'ouverture de la porte vitrée, elle me dit quelque chose comme « brancard dans le couloir, devant le troisième box à gauche, près des lits-portes ». En un instant, je me retrouve à l'intérieur du service, au milieu des brancards et du flux de blouses blanches. Je balaye du regard cet espace immense à la recherche du visage de ma grand-mère. Par chance, je la retrouve assez facilement et je m'empresse de la rejoindre. Je m'assois à côté d'elle, lui tend la main et, assez nerveusement, je lui pose toute une série de questions. J'ai l'impression d'être plus stressée qu'elle. Elle m'explique avoir vu différentes personnes qui lui ont posé des questions et observée, mais qu'elle n'a toujours pas vu de médecin.*

*Je reste donc avec elle dans l'attente de la consultation. J'essaie de la divertir, de la rassurer, je lui parle de notre quotidien, de ce qu'on fera en rentrant. Je pense parvenir à la détendre un peu dans cet univers pour elle si anxiogène.*

*En réalité, j'avoue que je n'étais moi-même pas très à l'aise. En effet, à l'intérieur du service, je n'ai pas cessé de me faire reprendre. Une infirmière m'a d'abord dit qu'il était formellement interdit de s'asseoir sur le brancard puis une fois debout, deux ambulanciers m'ont demandé de me déplacer pour ne pas gêner le passage des brancards. Ensuite, lorsqu'une infirmière m'a enfin proposé une chaise, je me suis retrouvée, dans une position assez inconfortable pour discuter avec grand-mère, avec ses pieds pour seule vision. De plus, la promiscuité avec les autres patients a également augmenté cette gêne : juste à côté de nous, un homme, un peu trop dévêtu à mon goût, marmonnait des phrases incompréhensibles. De l'autre côté, une femme sur un brancard tentait vainement de créer avec son compagnon une sphère intime. De notre place, on distinguait même un jeune homme qui se faisait ausculter par un médecin. Quelle étrange sensation : on se sentait à la fois observé par les autres dans un espace ouvert et par ailleurs complètement transparent pour le personnel.*

*Bref, souhaitant écouter cette attente désagréable pour ma grand-mère et moi, je cherche à accélérer le processus. J'aborde le personnel, dès qu'il passe près de nous, mais lorsque quelqu'un entend mes appels, il s'excuse de ne pas pouvoir nous apporter plus d'informations, et nous invite à attendre jusqu'à l'arrivée d'un médecin. Je ne comprends décidément pas le fonctionnement de ce service.*

*À 14 h, un médecin se présente enfin à nous. De manière très calme, il prend le temps de nous exposer le processus de soin propre aux urgences et en s'adressant à moi, il m'explique qu'au vu d'une forte occupation du service, il est préférable que je rejoigne la salle d'attente. J'obtempère, mais avant de partir je m'empresse de débiter toute l'histoire : la chute de ce matin, mais également les antécédents de ma grand-mère, son caractère, ses habitudes... comment saura-t-il qu'elle est capable de dissimuler ses maux pour pouvoir sortir de cet endroit ? Ma grand-mère pensera-t-elle à tout lui raconter ? Je retourne dans la salle d'attente, un peu apaisée d'avoir pu la voir et de lui avoir tenu compagnie. Cependant, j'ai l'impression que la situation m'échappe, je suis comme dépossédée de ma responsabilité vis-à-vis d'elle. Je voudrais tellement pouvoir me sentir utile à quelque chose.*

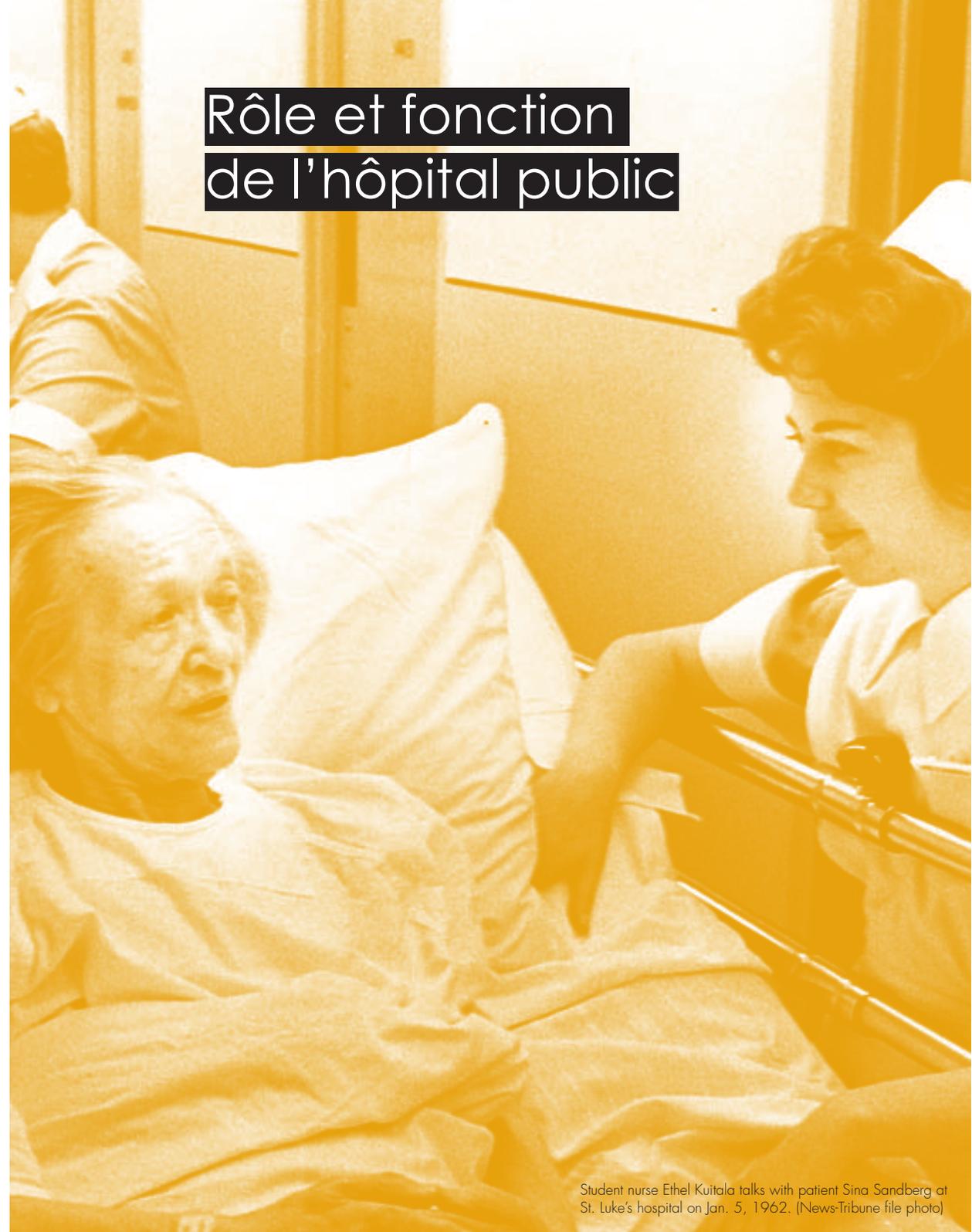
Cette expérience assez commune dans les services d'urgences a éveillé en moi l'envie de réfléchir et de travailler autour du rôle et de la place d'un accompagnant dans un service d'urgences. En effet, cette expérience m'amène à me questionner :

D'où viennent les discordances entre les besoins de cette personne et la réponse offerte humainement et architecturalement par ces services ? Y-a-t-il une légitimité pour le patient à être accompagné lorsqu'il est dans un service d'urgences ? Y-a-t-il des freins à cette intégration d'une tierce personne dans la relation soignant-soigné ? De manière plus générale et davantage portée sur une réflexion de projet, je souhaiterais m'atteler à la problématique suivante : comment améliorer l'expérience vécue par un accompagnant dans un service d'urgences ?

Cette question soulève véritablement des problématiques sous-jacentes qu'il conviendra de traiter dans cet écrit de réflexion préalable à mon projet. Ainsi, dans un premier temps, je porterai un regard historique sur l'hôpital et notamment l'évolution de la relation soignant-soigné. Puis, en seconde partie, je me concentrerai plus précisément sur les particularités d'un service d'urgences : quel type d'organisation, d'usagers et de ce fait quelle est la place d'un accompagnant au sein de ce système particulier.

Enfin, une troisième partie sera consacrée à une vision plus utopique de l'hôpital qui m'amènera à constituer un cahier des charges prospectif du service des urgences idéal.

# Rôle et fonction de l'hôpital public



## L'ÉVOLUTION D'UNE INSTITUTION

● Les services d'urgences tels qu'ils existent actuellement en France, n'ont-ils pas récupéré ce rôle initial des hôpitaux : entre médecine sociale et permanence de soin, ils accueillent aujourd'hui, contre leur volonté, la population démunie et ont à leur charge les pathologies peu « glorieuses » telles que l'alcoolisme, la drogue ou les maladies mentales.

Au Moyen Âge, en Europe, les hôpitaux, fondés par l'Église, étaient étroitement liés à la religion. L'idée d'assistance était fondée sur les consignes du clergé et notamment les œuvres de miséricorde, énumérées par Saint Matthieu « Nourrir l'affamé, abreuver l'assoiffé, accueillir l'étranger, vêtir les malheureux, soigner les malades ». Ainsi, à cette époque, l'hôpital était un établissement d'assistance charitable destiné à accueillir et assister, sur le plan matériel, mais surtout « spirituel », les malades sans ressources, les vieillards et infirmes et les enfants orphelins ; les personnes qui avaient les moyens se faisant soigner en ville ou chez elles. **Christian Chevandier**<sup>1</sup>, auteur du livre *L'hôpital dans la France du XXe siècle* souligne le fait que l'on nommait par le terme « administrés » les patients qui étaient admis dans ces centres. Il s'agissait alors moins d'une politique médicale que d'une politique sociale. La mission des premiers hôpitaux était ainsi de soulager la misère et de faire œuvre de charité. ●

C'est à partir du XVIIe siècle, époque de grande paupérisation, que l'hôpital se double d'une mission nouvelle : pour préserver l'ordre social, les mendiants y sont reclus et contraints au travail obligatoire. L'hôpital, à cette époque, servait ainsi à maintenir à l'écart de la société les personnes déviantes. **Michel Foucault**<sup>2</sup>, philosophe français, dépeint ce lieu d'enfermement dans son livre *histoire de la folie* : « *Entre 1620 et 1660, on voit dans toute l'Europe s'ouvrir de très curieux établissements, qui en France ont reçu le nom "d'Hôpitaux généraux". Ces établissements ont tous en commun la propriété d'être des sortes de prison, de lieu d'emprisonnement où se trouvent réunis une masse humaine assez hétéroclite (chômeurs, infirmes, vieillards, malades mentaux, prostitués...); une masse de gens qui ont pour seul trait commun d'être, en quelque sorte, des obstacles économiques pour la société... ce sont les trublions de l'économie capitaliste en train de naître qui se trouvent enfermés à l'intérieur de ces grandes maisons.* »

Au cours du XVIIIe siècle, le pouvoir royal commence à vouloir maîtriser le pouvoir religieux et, en particulier, la direction des hôpitaux. En effet, il dresse le constat que l'hôpital ne soigne pas, accueille une population de plus en plus nombreuse qui échappe à tout contrôle, et coûte de plus en plus cher à l'église. La Révolution française de 1794 par un décret nationalise finalement les hôpitaux, pour assurer une meilleure gestion sur cette institution ; la logique

1. Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Editions Perrin, collection « Pour l'histoire », 2009, 490 p.

**Christian Chevandier** est professeur d'histoire contemporaine à l'université du Havre

2. Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972

**Michel Foucault** est un philosophe français. Il a exercé une influence importante sur la pensée moderne par sa critique du pouvoir exercé par les institutions.

d'enfermement étant contraire aux valeurs républicaines. En 1849, les hôpitaux deviendront officiellement l'institution d'assistance publique, toujours d'actualité aujourd'hui.

À partir du 18e siècle, siècle des lumières, s'introduit une réflexion à propos de l'hygiène dans les hôpitaux. En 1772, l'incendie de l'hôtel Dieu de Paris se présente comme l'occasion de réfléchir à la construction d'un hôpital idéal en introduisant donc des principes d'hygiène, mais aussi en accordant de l'importance à la lumière, à la circulation de l'air pour améliorer l'accueil des patients et le travail du personnel.

Entre 1848 et 1905, se constituent les premières revendications laïques qui se fondent essentiellement contre les monopoles du clergé. En 1881, la France obtient la laïcisation des hôpitaux et des cimetières et en 1905, la loi se généralise pour statuer de la séparation totale de l'Église et de l'État. Ainsi, le 20e siècle marquera un nouveau départ pour l'hôpital, devenu laïc, qui acquiert progressivement un statut d'établissement de soins.

Puis, il faut noter que jusqu'à la fin du 19e siècle, les religieuses hospitalières n'étaient pas formées à la médecine et aux pratiques de soin. Ces « bonnes sœurs » pouvaient être nommées de manière égale comme infirmières ou servantes. Avec le progrès technique, la transformation du rôle des hôpitaux et notamment leur séparation de l'ordre religieux, les infirmières sans diplômes, seront progressivement chassées de l'hôpital pour être remplacées par des infirmières formées. La première École d'Infirmières de l'Assistance Publique (la Salpêtrière) se crée 1907 à Paris.

Au 20e siècle, pour un souci d'efficacité et de précision s'effectue une spécialisation du corps hospitalier et donc également de l'aménagement des hôpitaux. Le professeur d'histoire contemporaine, Christian Chevandier souligne que cette spécialisation a pour conséquence un changement de la perception du patient qui n'est alors plus perçu dans sa globalité, mais par ses organes ou par ses maladies. Les guerres ont également bouleversé l'hôpital en France, principalement à cause du nombre de blessés qu'il a dû recueillir et des nouvelles pathologies à soigner durant ces périodes. Les guerres ont accéléré l'efficacité thérapeutique de l'hôpital et l'on reconnaît alors le bénéfice de la formation des infirmières qui a participé grandement à ces améliorations. La médecine fait alors des progrès tangibles et la thérapeutique devient plus efficace notamment grâce à l'attention accordée à la formation du personnel.

Or, au 20e siècle, on assiste à un paradoxe. L'hôpital, comme à son origine, accueille encore essentiellement les indigents, les pauvres et les démunis. Les citoyens français s'aperçoivent de la haute technicité de cette structure et ressentent progressivement l'envie de se faire soigner à l'hôpital pour bénéficier eux aussi du professionnalisme du personnel et des prouesses des nouveaux équipements.

C'est avec la création du ministère de la Santé en 1920 et le développement des assurances sociales que l'hôpital parviendra à ouvrir ses portes à l'ensemble de la population. René Arthaud, ministre de la Santé publique à cette époque proclame qu'« *il s'agit de porter la médecine à la portée de tous sans distinction de richesse et d'étendre le champ de la sécurité sociale* ». La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, transforme alors profondément la conception de l'hôpital public, en l'ouvrant aux malades payants.

Le système d'assurance pour la maladie ne fonctionnera, avec la dimension qu'on lui connaît aujourd'hui, qu'après 1945. Ces nouvelles mesures encadrant l'hôpital et leurs usagers vont jouer un rôle conséquent dans la mise en place d'une société solidaire et vont considérablement changer notre rapport à l'hôpital. Depuis les années 50, la santé est le secteur économique qui a le plus fort taux de croissance. Les effectifs professionnels sont multipliés par trois entre 1950 et aujourd'hui. Puis, plus qualitativement, on assiste, grâce aux avancées techniques et aux progrès médicaux, à une amélioration de tous les indicateurs globaux de santé : augmentation de l'espérance de vie, diminution de la mortalité infantile, régression des maladies infectieuses notamment la tuberculose... etc. Enfin, toutes ces avancées ont été rendues possibles par de forts investissements de la part de l'état dans ce secteur et ont donc pour conséquence une croissance des dépenses de santé.

Ainsi, avec la croissance du nombre des professionnels et des établissements, l'État et la sécurité sociale développent progressivement des instruments de gestion, renforcent leur réglementation et cherchent aujourd'hui à freiner la croissance du secteur santé.

### L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX :

Il est intéressant de voir comment le financement des hôpitaux a évolué depuis sa définition en tant qu'établissement de soin. Jusqu'en 1984, les établissements publics et privés à but non lucratif étaient financés par des prix de journée. Ce modèle fortement inflationniste ne correspondait à aucune pertinence dans la prise en charge des patients, les structures ayant intérêt à les garder plus longtemps que nécessaire.

À partir de 1984, les prix de journée ont été remplacés par une dotation globale, qui reconduisait quasi mécaniquement les budgets année après année. Certes, ce système permet de maîtriser l'enveloppe de dépenses, mais il présente des inconvénients majeurs comme l'immobilisme ou absence d'adaptation des activités hospitalières aux besoins de santé sur le territoire.

Pour pallier les défauts des systèmes antérieurs, la loi de financement

de la sécurité sociale en 2004 a introduit la tarification à l'activité (T2A). La France a ainsi rejoint une majorité de pays occidentaux qui, tout en appliquant des modèles variables, ont adopté le principe de tarifs, correspondant chacun à un paiement forfaitaire par type de séjour donné et en complément des dotations pour des missions spécifiques (soins d'urgences, etc.) Trois effets principaux étaient attendus de la réforme : la transparence, l'équité et l'efficacité. Or, ce système complexe a imposé une « révolution culturelle » au sein des hôpitaux avec des conséquences contrastées.

Le grand intérêt de cette tarification a été d'intégrer le coût de la santé dans la pratique médicale. La santé n'a pas de prix, mais à un coût, cette donnée est inhérente à toute politique de santé publique et permet de distinguer la qualité de la prise en charge de la quantité d'actes réalisés ou de la durée du séjour. Toutefois, les écueils sont nombreux : Le financement repose sur la maladie et l'acte et non sur le patient et la spécificité de son parcours de soins ce qui peut générer des surconsommations d'actes techniques. Le financement est similaire entre le secteur privé et public alors que les contraintes pesant sur ces derniers sont insuffisamment prises en compte. On assiste à un nivellement des activités vers un coût standardisé des prises en charge alors que les disparités sont fortes (médecine/chirurgie) ou entre établissements situés dans ou hors zone urbaine avec des coûts de fonctionnement très différents. Puis, cette tarification peut avoir un impact sur l'exercice des praticiens. Ils peuvent intégrer dans leur relation au patient, la valorisation financière qu'ils peuvent générer. Or, l'évolution des problématiques de santé publique contraint de moduler le système actuel. Le développement des pathologies chroniques, qui touchent aujourd'hui quinze millions de Français, rend nécessaire une évolution de la prise en charge des patients, d'autant que de nombreuses hospitalisations, en particulier de personnes âgées, sont évitables. Un double objectif doit être poursuivi : améliorer la qualité et maîtriser les dépenses. Il s'agit également de repenser un parcours global de santé, qui crée les conditions d'une coordination entre les professionnels de santé, qu'ils exercent en libéral ou en établissement. Cette orientation exige de re-concevoir le principe de la T2A, en se recentrant sur le malade et ses particularités plus que sur la maladie.

### L'ÉVOLUTION DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT : MÉDECIN, HOMME DE FOI OU HOMME DE SCIENCES ?

En 460 av. J.-C., Hippocrate<sup>3</sup> théorise la pratique médicale dans des écrits qui seront les fondements de la médecine moderne. En effet, précurseur, il définit des règles de médecine et des devoirs

3. Hippocrate est un philosophe et médecin grec du siècle de Périclès. Il est considéré traditionnellement comme le « père de la médecine »

au sein du rapport médecin, patient et société qui font encore écho aujourd'hui. Par exemple, selon lui, le médecin se doit d'adapter sa pratique à chaque cas rencontré, travailler dans une logique de prévention, respecter l'égalité de la prise en charge des Hommes et à l'obligation du secret professionnel. De même, déjà à cette époque, il note l'importance de considérer les facteurs tels que le climat, l'état de l'atmosphère, l'âge du malade ou le régime alimentaire pour établir le diagnostic d'un malade. Ses écrits reposent donc sur une vision pragmatique et rationaliste et sur une pratique d'observation, qui se distingue nettement des méthodes religieuses ou magiques faites d'incantations.

Or, comme nous avons pu le constater, à partir du 11<sup>e</sup> siècle et pendant de nombreux siècles, médecine et religion se confondent à nouveau. À partir de cette époque, on ne parle plus de médecine observatrice et rationnelle, mais davantage de la médecine « de miracle ». En effet, l'église soutient à ses fidèles que la maladie peut être une punition envoyée par Dieu et que, le repentir pourrait les amener à la guérison. Cette croyance a conduit à recourir à des pratiques comme la pénitence et le pèlerinage comme étant des moyens de guérir d'une maladie.

Puis, au cours des siècles, le médecin retrouve une certaine légitimité, mais sera considéré jusqu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle comme un Homme doté d'un « don », d'un pouvoir de guérison, mais pas encore comme un Homme de sciences. Avec les avancées de la recherche en médecine, notamment en anatomie, l'Homme apprend à repousser les limites de la fatalité, et le médecin devient petit à petit un Homme de sciences. On assiste alors à une relation entre le médecin et son patient assez inégalitaire et paternaliste. En effet, le patient, inculte face à cette science a souvent une confiance aveugle en son médecin, qu'il considère avec beaucoup de respect et de considération. Cependant, même si aujourd'hui, on ne peut toujours pas qualifier la relation soignant-soigné comme étant symétrique, on observe qu'elle a beaucoup évolué en l'espace d'un siècle.

Quels sont les facteurs de l'évolution de cette relation ?

### UNE DÉMYSTIFICATION DU STATUT MÉDICAL

Tout d'abord, la perte de mystère autour de la profession de médecin a modifié profondément la relation soignant-soigné. En acquérant le nouveau statut d'Homme de sciences, le médecin perd dans un même temps « son pouvoir de guérison ». Dans leur livre *Du patient*

*au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale*<sup>4</sup> Luc Audouin et Martine Orlewski expliquent le lien entre les progrès scientifiques et la démystification du statut médical : « La technique a remplacé la magie, l'attitude scientifique s'est substituée au dévouement et à la charité. Le médecin est devenu homme de science et non plus homme de foi ». À partir de ce moment, la relation médecin-patient va être profondément modifiée. Cependant, l'avancée de la recherche en médecine n'est pas la seule « responsable » de cette transformation.

### LA RESPONSABILITÉ CONTRACTUELLE DU MÉDECIN

Au cours des siècles précédents, il n'existait pas de contrat entre médecin et patient et seules les fautes intentionnelles résultant de l'intention de nuire apparaissaient légitimer une sanction envers un médecin. Depuis l'arrêt Mercier de 1936, la responsabilité médicale est passée de délictuelle à contractuelle. On considère alors qu'il « se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle »<sup>5</sup>. Cet arrêt a permis d'élargir les droits d'action du patient et entre autres d'augmenter son indemnisation en cas de préjudice. Puis, le considérant en situation de faiblesse, il tend également à favoriser le patient, plutôt que le médecin. Enfin, ce glissement de responsabilité médicale a eu pour conséquence finale de développer le nombre de recours et procédures des patients qui mettent en cause la responsabilité des médecins. Au cours des années, les obligations des médecins se sont encore précisées et notamment celle d'obtenir le consentement éclairé du patient aux soins proposés. Elle remet donc en cause la relation traditionnelle entre un patient passif, faible, non informé et un médecin sujet, dominant et savant. Au contraire, elle exige du corps médical qu'ils s'inscrivent dans une nouvelle démarche de transparence, davantage pédagogique.

Cette redéfinition légale de la responsabilité du médecin a donc grandement contribué à la modification du rapport soignant-soigné. Elle a accru le niveau d'exigence du patient envers le médecin et a contribué à rééquilibrer cette relation vers un rapport plus symétrique.

4. Martine ORLEWSKI, Luc AUDOUIN, *L'art de fidéliser la clientèle médicale. Du patient au client*, Mmi (éditions), 2000, 194 pages.

Luc Audouin est docteur en médecine. directeur du CEAS (Centre d'études et d'applications de la sophrologie).

Martine Orlewski est docteur en psychologie médicale, médecin sophrologue et spécialiste du stress en entreprise.

5. Marie-Paule FLORIN, Tony MOUSSA, Christian OLLIER, *Les obligations et la responsabilité juridique de l'infirmière*, éditions heures de France, 1999, 277 p

## L'EXIGENCE DES ASSURÉS

Puis, on l'a vu précédemment, la mise en place des sécurités sociales après la Seconde Guerre mondiale, a rendu également le patient plus exigeant envers l'offre de soin. Tout d'abord, ce système concerne toute la population, ce qui a pour conséquence d'amener un nouveau public, plus aisé, à fréquenter les établissements hospitaliers. Ce nouveau public a généralement plus d'attentes et se sent moins redevable envers le médecin. Au contraire, à partir de 1945, il cotise pour sa santé, il exige donc un service de qualité, à la hauteur de ses cotisations.

## LA DISPARITION DU MÉDECIN DE FAMILLE

La médecine familiale, plus commune il y a quelques années, a le véritable atout d'avoir une approche centrée sur le relationnel. En effet, le médecin de famille traditionnel suivait tous les membres d'une famille de leur naissance à leur mort. Se créait, ainsi, une véritable relation de confiance, durable et fidèle. Ce médecin connaissait, de même, parfaitement l'environnement familial, social et économique de son patient et avait un regard souvent plus empathique envers lui. Il jouait par conséquent un rôle de mémoire du patient. ●

Or, aujourd'hui, l'éclatement de la famille et l'apparition parallèle de nombreuses spécialités dans l'offre médicale conduisent progressivement à la disparition de la médecine familiale. En effet, ce type de relation fidèle entre patient et soignant se raréfie laissant place à des relations de plus courte durée et avec un plus grand nombre de professionnel de la santé. Ainsi, la nature de la relation soignant-soigné se modifie profondément avec un patient peut-être plus méfiant et un soignant moins empathique envers lui.

En 2005, le ministère tente de remettre le médecin de famille au goût du jour, en demandant à chaque assuré de désigner un médecin traitant. Cette mesure répond à des objectifs de qualité, de continuité de soins et de prévention, mais aussi à une optimisation des dépenses de santé. Elle prend d'ailleurs rapidement sa place dans la vie des assurés puisqu'un an plus tard 70 % des patients avaient déclaré leur médecin traitant. Cependant, les interlocuteurs/professionnels qui ponctuent le parcours d'un patient restent tout de même très nombreux et leurs actes manquent encore trop de coordination. Cette multiplication des acteurs de santé ne semble plus permettre au lien singulier qui unissait un patient à son médecin de famille d'exister.

## LES SCANDALES SANITAIRES

Les années 80 ont été marquées par plusieurs scandales sanitaires qui ont eu, in fine, pour conséquence de discréditer la profession médicale. L'affaire du sang contaminé est l'un des plus grands

scandales sanitaires qui a touché la France. En 1991, on découvre que les malades atteints d'hémophilie se sont vu distribuer des lots de sang contaminés par le virus du sida. Cette erreur médicale met alors en évidence les failles du système de santé et les manques en ce qui concerne la réglementation sanitaire. Ce scandale a marqué notamment le début de la médiatisation de la santé. En effet, les médias, en s'accaparant cette affaire, ont permis à l'information de santé de sortir des seules sphères scientifiques et spécialisées pour l'ouvrir au grand public. Les Français suivent l'enquête jour après jour via les médias et se propage alors une crainte généralisée envers les médicaments et dans un même temps, envers les pouvoirs médicaux et politiques. D'autres scandales comme les irradiés d'Épinal, et plus récemment les prothèses PIP ou le médiateur montrent également que l'ensemble des acteurs de la filière de soins peut être défaillant. Dès lors, le prestige social des médecins, de l'hôpital et des entreprises du secteur se dégrade dans l'opinion publique : les Français perdent une part de la confiance qu'ils accordaient aux professionnels, aux opérateurs et aux structures de contrôle du domaine sanitaire. L'image d'infailibilité et de confiance laisse place progressivement à la notion de risque inévitable dans toute organisation humaine, même dans ce domaine si cher aux yeux de l'utilisateur.

## INTERNET ET L'ACCÈS AUX INFORMATIONS

Depuis quelques années, une pratique vient véritablement bouleverser la relation soignants-soignés. En effet, on observe qu'aujourd'hui, les malades ont souvent leur propre interprétation de leur diagnostic et donnent des suggestions d'examen à réaliser à leur médecin. C'est un phénomène relativement nouveau qui peut s'expliquer en partie par les nombreuses sources d'informations qu'offre internet. En effet, les outils mis à la disposition des internautes, comme les sites spécialisés, les forums de discussion ou les pages dédiées des réseaux sociaux, permettent au patient de se renseigner avant une consultation sur son problème de santé. ●

Par ce biais, il sort de l'état d'ignorance et passif qui incombe souvent au patient. Ainsi, plus informé, il devient plus exigeant vis-à-vis des médecins. Le psychanalyste *Serge Wallon* parle d'"*empowerment*"<sup>6</sup> pour désigner cette capacité récente des patients à capter le pouvoir. Selon lui, « *l'évolution des savoirs des usagers, à travers une meilleure information, s'apparente à un phénomène de contestation de l'expertise médicale et même à un partage partiel de celle-ci* ». Or, faudrait-il encore que les professionnels de santé ressentent également l'envie de partager ce pouvoir. Ainsi, on observe que cet accès à l'information tend par moment à créer une distance dans la

6. Serge VALLON, « Les quatre visages de l'utilisateur », VST - Vie sociale et traitements, 2002/4 no 76, p. 20-23. DOI : 10.3917/vst.076.0020

Serge Wallon est Psychanalyste, rédacteur en chef de la revue Vie sociale et traitement, ancien directeur de l'école d'éducateurs des CEMEA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active)

● À la suite de cette considération, on peut se demander aujourd'hui, qui ou qu'est-ce qui remplace ce rôle de mémoire et de soutien indispensable à toute personne. Donne-t-on encore la possibilité aux proches du patient de jouer ce rôle ? Ce rôle de mémoire pourrait-il être relevé par un outil accompagnant le patient, lui permettant par ailleurs de mieux prendre possession de son parcours médical et d'aider à la coordination ?

● Cette possibilité de s'informer ne génère-t-elle pas une gêne encore plus importante aujourd'hui pour les patients, laissés dans l'ignorance dans les salles d'attente des structures de soin ?

relation patient-soignant. Certains médecins se trouvent désorientés par cette nouvelle figure active du patient. Par ailleurs, face à la multiplicité des sources d'informations offertes au patient, il perd son emprise sur les données médicales et leur véracité. Ainsi, il arrive qu'il se retrouve dans des situations inconfortables au cours desquelles sa parole peut être remise en question par des informations trouvées sur internet par le patient, informations pas toujours fiables. L'agence "IDS Santé" a choisi de prendre cette évolution comme un atout pour favoriser une meilleure communication entre le patient et son médecin. Elle a choisi de cadrer la pratique de recherche d'informations en proposant une application, accessible dans les salles d'attente via un flash code. Ainsi, le patient peut accéder à des informations santé juste avant sa consultation avec le médecin, et ce dernier connaît la source d'information dont lui fait part son patient. Ainsi, les technologies numériques ont permis de démocratiser les informations médicales et ont de ce fait modifié la relation patient/soignant. Selon moi, la médecine doit s'adapter à ses évolutions pour ne pas subir la surinformation du patient, mais se l'approprier comme un avantage pour rendre plus efficaces les consultations médicales.

À travers le temps, la législation entourant la médecine, l'assurance maladie, les scandales sanitaires, leur médiatisation et l'accès aux informations via les technologies numériques ont ainsi fortement fait évoluer la relation soignant-soigné. Le professionnel de santé est désormais face à un patient (et un client de l'assurance maladie) plus informé, peut être moins confiant qui cherche à recouvrir un rôle plus actif dans cette relation. On a pu voir que depuis quelques années, des réformes hospitalières accompagnent ces mutations et donne la possibilité à l'usager de recouvrir ce rôle plus actif. Or ces mesures sont-elles suffisantes ? Permettent-elles réellement à l'usager d'obtenir une reconnaissance en tant que sujet ?

## UN USAGER ACTEUR ET SUJET ?

1 / Quel type d'usager accueille l'hôpital public ?

### LA NAISSANCE D'UN USAGER ACTEUR À TRAVERS LA LOI

À partir des années 50, à travers les textes de loi, l'usager du système de santé commence à être reconnu comme un sujet à part entière : on lui reconnaît des droits attachés à sa personne. Ainsi, aujourd'hui, l'usager dispose entre autres, du droit de décider de sa prise en charge et d'accéder aux informations de santé via son dossier médical. Sa liberté individuelle, son droit à la dignité et à la protection de sa vie privée sont désormais reconnus. Tous ses droits

sont répertoriés dans la charte de la personne hospitalisée, renforcée par la loi du 4 mars 2002, et distribuée à chaque usager à son entrée dans le service.

Cette même loi a posé les fondements d'une "démocratie sanitaire" en donnant la possibilité à l'usager de recouvrir un rôle plus actif. En effet, on reconnaît son opinion dans la prise en charge de sa propre santé, mais également pour des décisions de santé publique. On admet, de ce fait, que l'expertise profane de l'usager a sa place au même titre que "l'expert", c'est-à-dire le médecin. Ainsi, le début du 21<sup>e</sup> siècle marque l'apparition des premières maisons des usagers. Patients, proches, représentants des usagers se regroupent pour faire entendre leur voix concernant des décisions de santé. Ces maisons permettent notamment aux représentants des usagers d'être plus proches des considérations de ceux-ci et de mieux défendre leurs intérêts dans les instances hospitalières et de santé publique. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 a contribué à donner une place entière à l'usager, à reconnaître non seulement ses droits, mais également son poids dans les décisions hospitalières.

### DE L'USAGER-ACTEUR À L'USAGER-PARTENAIRE

Seulement, bien que ces structures aient su s'imposer dans le fonctionnement des établissements de santé, il faut noter que leur fréquentation ne représente qu'un faible taux de la population. Pour illustrer ce constat, donnons les résultats d'une enquête nationale menée par la haute autorité de santé : seuls 23 % des patients savent qu'il existe un représentant des usagers dans chaque établissement.

Ainsi, si, en matière de santé, la figure de l'usager-acteur est rare, celle de l'usager-partenaire pourrait être plus appropriée. En effet, la figure de l'usager-partenaire est de plus en plus légitimée dans nos sociétés. Depuis le début du 21<sup>e</sup> siècle, nous connaissons une réelle montée en puissance d'un design dit "orienté utilisateur". L'agence IDEO<sup>7</sup>, emblème de ce nouveau courant, a perçu l'intérêt de recentrer la démarche de design autour de l'usager et notamment en lui donnant une place dans le processus créatif. Aujourd'hui, de nombreuses agences se sont appropriées cette approche, tel que Userstudio, Nesta, Inprocess ou Mindlab pour qui l'axe "user-centered" est devenu un positionnement stratégique à part entière. De son côté, la 27<sup>e</sup> région<sup>8</sup>, met en place des programmes de recherche-action en équipe pluridisciplinaire et avec les usagers des services publics afin de réinventer l'action publique. L'agence

7. IDEO est une entreprise de design et d'innovation américaine créée en 1991. Elle est l'agence prophète du design thinking.

8. La 27<sup>e</sup> Région est le laboratoire de transformation publique des Régions de France. Il est co-financé par l'ARF, la Caisse des dépôts et les Régions.

prône «l'innovation par les gens, pour les gens». Par ailleurs, Romain Thévenet, chargé de mission design à la 27ème région explique la teneur de ce partenariat : les usagers, de par leur expertise du quotidien, peuvent «être mis en capacité de proposer, de contribuer {et} de prendre part à l'élaboration de l'intérêt général»<sup>9</sup>. Il ne s'agit pas de créer l'illusion d'un partage de pouvoir, ni de décharger les services de certaines tâches administratives, mais d'impliquer au cœur d'une relation longue entre un usager et une structure de soin, «une interlocution et un partenariat».

<sup>9</sup>. La 27ème région, Design des Politiques Publiques, La Documentation Française 164 pages, 2010

## CO-CONCEPTION

### LA 27EME REGION : MAISON DE SANTE

La 27ème région est une agence d'innovation publique qui travaille pour le compte des 26 Régions françaises. Elle souhaite permettre aux Régions de préparer l'avenir et de changer leurs méthodes d'action. L'accent de leur démarche est mis sur la participation des citoyens.

La méthode privilégiée par la 27ème région et particulièrement pour le programme «Territoires en résidences» est l'immersion : trois semaines de résidence répartie sur trois mois. Durant cette résidence, l'équipe va à la rencontre des habitants, des médecins, des différentes institutions, des élus et des maisons de retraite afin de comprendre les parcours de santé des habitants. Cette proximité leur permet également de se mettre en empathie et de saisir les inquiétudes et préoccupations de chacun.

Une fois les premières données collectées et rendus tangibles, les résidentes reviennent à Pionsat pour les soumettre aux habitants. Cela prend la forme d'un échange plutôt qu'une simple présentation unilatérale. En effet, ils invitent les habitants à s'exprimer autour de différentes problématiques, précédemment dégagées. Chaque idée récoltée vient ainsi continuellement nourrir le diagnostic, la construction du projet et permet d'engager dans la collectivité une dynamique participative.

**Le caractère «résidentiel» de ce projet et du programme «territoires en résidence» est particulièrement intéressant dans la démarche de co-conception puisqu'il permet de s'impregner des problématiques particulières d'un lieu, de décrypter ses usages et d'être en empathie avec les différents acteurs.**



Depuis 2009, la 27ème région anime un programme interrégional nommé «Territoires en résidences» visant à concevoir des projets et des solutions avec des habitants suivant un protocole précis. Dans le cadre de ce programme, l'agence a été invitée à mener une résidence dans la collectivité de Pionsat, en Auvergne afin de réfléchir à une nouvelle offre de soin pour les habitants, et notamment pour la population vieillissante.

## IDEO : KAISER PERMANENTE

Le groupe hospitalier américain Kaiser Permanente a sollicité IDEO en 2005 pour améliorer les échanges d'informations entre infirmières. En effet, l'hôpital a identifié des risques pour la sécurité des patients et surtout une opportunité de garantir la continuité de leurs soins lors des rotations d'équipes.

d'information du personnel qui a été enthousiasmé de participer au résultat. Depuis la mise en place du projet, Kaiser Permanente a enregistré une réduction des temps de préparation et de rotation, associée à une amélioration de la sécurité et de la satisfaction des patients.

Réfléchir à des futurs dispositifs avec les usagers assure l'efficacité de ces derniers mais aussi permet qu'ils se les approprient plus facilement.



IDEO a alors utilisé des méthodes telles que l'idéation ou le brainstorming propices au travail en collaboration avec les infirmières, docteurs et administrateurs du service. Ce travail de co-conception a débouché sur la réalisation de prototypes, par la suite testés pendant trois semaines dans une unité. Les changements apportés à ces prototypes ont été basés continuellement sur le retour

## LIVING LAB SAT : HOPITAL STE-JUSTINE

En 2010, une collaboration entre la SAT (société des arts technologiques) et l'hôpital Sainte-Justine né d'un désir commun de créer un modèle de santé mieux adapté aux différents besoins des patients. Le principal but recherché est une humanisation des soins en passant par la prise en charge du patient mais aussi de ses proches, et par l'amélioration de la qualité de vie des professionnels du milieu hospitalier.

souffrent de phobie sociale. L'utilisation de cet avatar, contrôlé par un psychiatre et personnalisé à l'image de l'enfant, devient un intermédiaire de communication entre l'enfant et son psychiatre. Ce médiateur, qui sert de thérapie miroir pour l'enfant, facilite sa communication et donc le processus de guérison. Par ce biais, le laboratoire repense l'expérience hospitalière en instaurant de nouveaux usages des outils hospitaliers basés sur l'humanisation et la personnalisation.

Lors du colloque «Design médical, inventer les modes de soin de demain» à la Cité du design de Saint-Etienne, Patrick Dubé<sup>1</sup>, revient sur les apports de ce processus créatif «Parfois, ce processus de co-design peut se suffire à lui-même car c'est une méthode thérapeutique: elle fédère et entraîne une cohésion de groupe tout en favorisant le dialogue et les relations entre les différents acteurs de soins et les usagers.»

Cette expérience nous montre qu'un travail de co-conception en équipe pluridisciplinaire incluant également les usagers de l'hôpital a de réels effets bénéfiques tant créatif que corporatif.

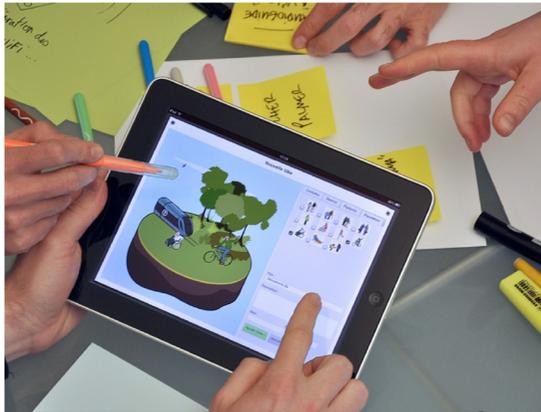
1. Patrick Dubé est directeur à la Société des Arts Technologiques (SAT) sur le projet de living lab avec l'hôpital Sainte-Justine.



Pour atteindre ces objectifs, la SAT exploite les nouveaux moyens technologiques et interactifs et revisite leurs usages. Le processus créatif se base sur la co-conception en impliquant dès la phase de recherche les professionnels de santé du CHU Sainte-Justine. Puis, en seconde phase, pour tester et améliorer leurs projet, il co-design les dispositifs technologiques avec les enfants et les mères de Sainte-Justine. Un exemple parlant est celui d'un avatar créée pour les enfants qui

## USER STUDIO : SERVICE LAB

User Studio est une agence pionnière du Design de Services en France. Centrée expérience utilisateur, elle aide ses clients privés et publics à créer et réaliser leurs nouveaux services.



Comme beaucoup d'agences de design de services, pour ce faire, elle utilise et crée des outils visant à faciliter la collaboration avec les usagers et les différents acteurs des projets.

Service Lab est un outil de créativité et de concertation citoyenne développé par User studio dans le cadre du programme "Territoires en résidences". Le but de cet outil était de faciliter

l'expression des citoyens et à plus long terme de favoriser l'émergence d'«une culture d'innovation sociale sur le territoire.» Ainsi, grâce à l'application proposée par User studio, en quelques clics, le citoyen fait part d'une idée qui s'ajoute à une bibliothèque d'idées visible par les municipalités et collectivités locales.

Cet outil va véritablement dans le sens d'une «démocratie participative» en donnant la parole aux citoyens quant à la conception des services territoriaux. L'intérêt de cet outil est également qu'il offre la possibilité à des personnes d'expertise diverses ( citoyens, collectivités, designers...) qui ne partagent habituellement pas le même «langage», de travailler ensemble.

## L'HÔPITAL ACCUEILLE T-IL UN USAGER-SUJET ?

À partir des années 50, l'hôpital cherche à s'humaniser. Christian Chevandier explique que cette recherche d'humanisation est dans la continuité logique de la loi de 1941 qui ouvre l'hôpital à l'ensemble de la population. En effet, on l'a vu, le nouvel usager de l'hôpital a plus d'attentes envers le service qu'on lui offre, car il cotise pour se payer les soins dont il a besoin. En tant qu'assuré social, l'usager a alors plus d'exigences envers cette institution publique. Ainsi, l'hôpital se reconstruit en essayant d'être plus agréable pour l'usager notamment en réaménageant au maximum les chambres communes en salles individuelles.

Or, bien qu'il y ait eu de grandes évolutions quant à l'accueil des usagers dans les hôpitaux publics, on s'aperçoit néanmoins que la part humaine de son offre reste encore très limitée. En accord avec cette considération, le sociologue **David Le Breton** déclare que «*Nous sommes certes sur développés en savoir et en savoir-faire (...), mais sous-développés en savoir-être*»<sup>10</sup>. Nous allons voir quels sont les facteurs qui empêchent les hôpitaux publics à fournir à l'usager un service "humain".

2/ Un hôpital déshumanisé ?

## LES ÉCUEILS D'UNE INSTITUTION PUBLIQUE

Tout d'abord, selon **Jacques Chevalier**<sup>11</sup>, un service, dès lors qu'il est public ne peut pas véritablement répondre aux besoins et attentes de ses usagers. Pour étayer son propos, il cite la contrainte inhérente au fonctionnement des services publics : celle de servir l'intérêt général. Cette contrainte amène souvent ces services à développer une offre standardisée, voire entièrement dépersonnalisée pour satisfaire le plus grand nombre. (Exemple : les salles d'attente...). ● Ainsi, au nom de l'intérêt général, ils préfèrent prendre des mesures éventuellement contraires aux intérêts spécifiques et ainsi effacer les disparités des usagers.

10. David Le Breton in. Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris , *Demain sera meilleur...hôpital et utopies*. Musée de l'Assistance Publique, Paris, 2001, 328p  
**David Le Breton** est un anthropologue et sociologue français. , professeur à l'Université de Strasbourg,.

11. Jacques CHEVALLIER, *Figures de l'usager*, dans R. Draï (dir.), Psychologie et Science administrative, PUF, CURAPP, 1985, p. 37

**Jacques CHEVALLIER** est directeur du Centre d'études et de recherche en science administrative (Cersa), il est auteur de très nombreuses publications dans les domaines du droit public, de la science administrative et politique, de la théorie du droit et de l'Etat.

● Serait-il possible de désigner plusieurs grandes catégories d' "usagers-types" afin de parfaire la réponse offerte à chacun dans un service ?

Puis, les services publics se trouvent souvent en situation monopolistique. En France, le système hospitalier se caractérise par la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé, mais le secteur public est davantage présent que ce dernier (65 % des lits contre 35 % dans le privé). Selon Jacques Chevallier, le monopole du secteur public n'est pas favorable aux usagers et c'est pour cela qu'il prône les mérites d'une équitable répartition entre public et privé. Il cite « *Dès l'instant où le service public dispose d'un statut de monopole qui le met à l'abri de la concurrence et interdit la désertion, il est irrésistiblement porté à traiter ses usagers en "assujettis" en négligeant leurs aspirations* ». Au contraire, activer les mécanismes de la concurrence, amènerait le service public à améliorer la qualité de ses prestations pour satisfaire les aspirations de sa clientèle. C'est notamment le cas de la Suisse, où des hôpitaux publics commencent à revoir leur offre afin de rivaliser avec les prestataires privés concurrents.

Pour résumer la thèse du spécialiste en sciences administratives, la mission d'intérêt général et la situation de non-concurrence amènent les services publics à développer une offre très pauvre pour l'utilisateur, impersonnelle et standardisée. Peu touchés par l'innovation et la recherche de qualité, ils tendent alors à répéter des modèles administratifs archaïques dans lesquels l'utilisateur est souvent réduit au statut d' "administré". Il donne, par ailleurs, l'exemple très parlant, des guichets d'accueils pour illustrer ses propos : « *Barrière matérielle, mais aussi symbolique entre l'utilisateur et l'agent, le guichet évoque irrésistiblement le contexte d'assujettissement. Placé en position de quémendeur et de solliciteur, l'utilisateur est soumis au bon vouloir de l'agent. Les comportements respectifs des uns et des autres montrent bien que, malgré la prestation, la relation reste à base d'assujettissement : à l'agressivité d'utilisateurs, qui se sentent infériorisés et infantilisés répond l'insatisfaction des agents exposés aux récriminations du public, qui se perçoivent comme 'assiégés' et s'efforcent de maintenir une distance protectrice.* » ●

## UNE ORGANISATION MILLIMÉTRÉE

Puis, ce manque d'humanisation peut être expliqué par l'ampleur de cette organisation qui tend à noyer l'individu au profit d'une masse. En effet, ces dernières années, l'hôpital public a connu un développement considérable. Aujourd'hui, on estime que plus de 13 millions d'utilisateurs fréquentent les hôpitaux chaque année. On comprend ainsi aisément qu'un si grand nombre de visiteurs implique une nécessaire organisation millimétrée de la vie collective. L'hôpital a donc su, petit à petit, créer des complexes très techniques, s'appropriant les logiques de gestion des grandes entreprises pour parvenir à répondre à la demande inépuisable que représente celle de la santé. Cependant, la quête d'une efficacité maximale l'amène à systématiser son offre et par conséquent la prise en charge des usagers.

● Au lieu de maintenir une distance protectrice et renforcer la sécurité, ne faudrait-il pas plutôt apporter des solutions aux causes premières de frustrations des usagers ? En effet, une action en amont - plutôt qu'en aval - par l'anticipation des causes d'insatisfactions semble être davantage bénéfique pour la relation personnel - usager.

L'une des illustrations récentes de cette systématisation du traitement des usagers peut être la mesure introduisant la tarification à l'acte. En effet, on l'a vu, la critique principale à l'égard de la t2a porte sur son caractère mécanique, qui valorise le soin technique au détriment du "prendre soin" ; du "care". Plus globalement, la technicité des hôpitaux et leur logique de gestion auraient pour effet pervers de considérer les patients au travers de leur maladie plutôt que de leur personne, et ainsi de déshumaniser l'offre de soin.

## DES STRUCTURES INHUMAINES

Par ailleurs, la taille des structures hospitalières tend également à faire perdre la dimension humaine du service. En effet, depuis quelques années, on assiste à la création de complexes hospitaliers, par la fusion de petites structures, dans le but d'améliorer leur efficacité et de mutualiser leurs ressources. Or, ces complexes hospitaliers atteignent des dimensions bien au-delà de l'échelle humaine. Ces structures gigantesques posent un problème de lisibilité, d'accessibilité et surtout d'hospitalité pour l'utilisateur. On peut se demander si ces ensembles permettent encore d'accueillir l'utilisateur comme une personne à part entière. Selon Marie-Pierre Tourneur, architecte hospitalier, les hôpitaux ont été construits comme une « *réponse volumétrique aux besoins d'espace de la technique médicale* »<sup>12</sup>. Elle explique ainsi que cette trop grande présence de la technicité est responsable de la froideur des hôpitaux. Dans la continuité de ses propos, on pourra prendre l'exemple du mobilier hospitalier qui correspond à un cahier des charges uniquement fonctionnel, autour du trio : praticité, hygiène, prix. ● Il faut noter que la contrainte de l'hygiène, inhérente aux structures hospitalières, porte une grande part de responsabilité dans cette déshumanisation de l'hôpital. — L'hygiène appelant généralement la solution du jetable, du plastique et de l'épuration — Ainsi, l'architecture géométrique et répétitive accompagnée de son mobilier technique et froid rompt véritablement avec l'univers domestique de l'utilisateur. Ils le transportent dans un univers radicalement opposé à celui qu'il côtoie dans sa vie quotidienne. L'hôpital doit-il marquer une rupture si nette avec le monde extérieur ? Jean-Jacques Wunenburger<sup>13</sup>, professeur de philosophie à un avis sur la question : il soutient l'importance pour l'hôpital de recouvrer un rôle de transition. Pour se faire, selon lui, l'hôpital doit restituer un environnement de la vie ordinaire aux usagers pour favoriser leur passage de la maladie à la santé.

● Pour concevoir du mobilier hospitalier il me semble indispensable que le designer puisse s'extraire dans un premier temps des contraintes pour se focaliser sur la dimension humaine. Ouvrir au maximum les champs des possibles passe par ce chemin : partir de l'utopie pour y intégrer les contraintes.

12. Marie-Pierre TOURNEUR, *Une conception architecturale accueillante, un préalable pour un séjour réussi ?* Problématique de l'accueil, [http://users.skynet.be/hoet\\_minne/publications/accueil/accueil.txt.htm](http://users.skynet.be/hoet_minne/publications/accueil/accueil.txt.htm), 5 octobre 2012

Marie-Pierre TOURNEUR est architecte hospitalier. Elle fait partie de la Société d'Architectes Belge HOET + MINNE, une société qui élabore et suggère des programmes prospectifs pour des ensembles hospitaliers.

13. Jean Jacques WUNENBURGER est agrégé de philosophie et docteur ès lettres, professeur de philosophie à l'université Jean-Moulin-Lyon-III

## LE RELATIONNEL

Heureusement, l'hôpital n'est pas une usine entièrement mécanisée du fait qu'il conserve l'aspect humain grâce aux échanges relationnels entre personnel et usagers. Ces échanges sont le vrai pilier d'une offre de soin à dimension humaine. David le Breton insiste sur la nécessité de cet aspect relationnel pour le malade :

*« Dans la maladie, ce n'est pas un organe ou une fonction qui est touché, mais un Homme en rupture avec sa relation familière au monde. Et pour le malade, l'hospitalisation ressemble à l'entrée dans une terre étrangère, dont il ne dispose ni de la langue, ni des usages. Celui qui franchit les portes d'un service se voit dépouillé de ses valeurs propres, de son rapport intime à soi et de ses manières habituelles d'être avec les autres. Mis à nu, en situation horizontale, privé d'autonomie, il est contraint à un compromis avec son sentiment d'identité. Il est souvent diminué par sa souffrance ou son angoisse. La médecine hospitalière est donc dans une nécessité morale d'accueil et d'accompagnement d'un malade, qui éprouve pour se rassurer le besoin de comprendre ce qui lui arrive et les soins dont il est l'objet. »<sup>14</sup>*

Si l'hôpital rompt totalement avec les codes habituels de la vie du malade, il a d'autant plus besoin de repères pour l'aider à conserver son individualité. Jacques Chevallier dans son texte *Figures de l'usager*<sup>15</sup> nous met en garde contre le caractère attractif du terme d'usager "actif", car il peut faire illusion : « à l'hôpital, le malade fait l'expérience, souvent traumatisante d'une soumission totale au pouvoir médical et d'une dépossession partielle et temporaire de son identité. ». Ainsi, pour réinjecter une part humaine dans cette expérience de l'usager, il s'agit donc bien de reconnaître ce qui fait l'individualité du malade : reconnaître ses habitudes, ses préoccupations de la vie quotidienne, sa culture, sa religion, et également sa famille. C'est s'inscrire dans une démarche d'empathie afin d'appréhender l'autre comme une personne sensible, un sujet et éviter de le systématiser à un corps, passif parmi tant d'autres. Cette appréhension de l'usager comme sujet ne dépend donc pas uniquement de sa reconnaissance en tant que telle dans les textes de loi, mais plutôt de son application au sein de la relation entre personnel hospitalier et usagers.

14. David LE BRETON, *Médecine, corps et anthropologie*, Traité de bioéthique, ERES, 2010. 708 pages

15. Jacques CHEVALLIER, *Op. Cit.*, p. 14.

Ainsi, la législation entourant les droits des usagers, la réorganisation récente du système de santé et l'accessibilité des informations médicales tendent à replacer l'usager au centre du système de soin. Il est indéniable que ces avancées ont véritablement fait évoluer la relation soignant-soigné vers une relation plus équilibrée et plus favorable à l'usager. On reconnaît ses droits, son expertise profane et il a la possibilité d'agir en justice s'il se sent lésé dans la prestation de soin qu'il a reçu. Ce sont de grandes avancées concernant la reconnaissance des droits des usagers dans le système de soin. On pourrait prétendre que ces mesures suffisent à reconnaître l'usager comme un individu à part entière dans le système hospitalier. Cependant, il reste des freins à la reconnaissance concrète de l'usager comme sujet. En effet, l'organisation mécanique, systématique et millimétrée que nécessite l'hôpital entraîne, si l'on n'y prête pas attention, une perte du facteur humain.

Le design peut parvenir à réinjecter cette dimension sensible, tant à travers de l'architecture, de l'objet que du signe pour créer une expérience-usager à échelle humaine. Il s'agit non pas de réfléchir l'environnement hospitalier détaché de ses usagers, mais au contraire d'inclure les différents acteurs (personnel, patients, accompagnants) à ses propositions pour assurer leur bonne cohabitation, et faciliter leur mise en relation.

J'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement au service des urgences, première porte d'entrée et service vitrine de l'hôpital, qui, on va le voir a la spécificité d'accueillir des usagers très divers et sur une courte durée. C'est un service dont l'organisation est de ce fait très complexe puisqu'elle doit permettre de coordonner les actions de toutes les personnes simultanément. Ce service fait partie de ceux dont la dimension humaine tend souvent à disparaître au profit de l'efficacité et de la quantité.

# Le service d'urgences



## L'ÉVOLUTION DU RÔLE DES SERVICES D'URGENCES

### 1/Le service vitrine de l'hôpital

Les premières structures d'urgences apparaissent dès le 16<sup>e</sup> siècle lorsque l'on commence à penser à l'accueil des cas urgents dans les hôpitaux. À la fin du 20<sup>e</sup> siècle, des décrets créent une obligation pour l'hôpital de s'équiper d'un poste de secours comportant un poste de pansements, un matériel pour soins urgents (réanimation, oxygène, réserve de sang...), et quelques chambres individuelles. En évoluant, ces unités se sont adaptées à la société en donnant naissance à des Urgences adultes, pédiatriques, psychiatriques, etc. à l'entrée des villes permettant d'assurer une fonction vitale dans notre système de soin. Ce sera avec lenteur que le concept d'un service autonome va s'imposer, dirigé 24 h sur 24 par un unique chef de service entouré d'une équipe médicale spécifique, affectée aux diverses tâches d'accueil, d'examen, de diagnostic, de soins et du suivi des premières 24 heures des malades accueillis. Le personnel des urgences partage alors comme objectif commun le traitement des symptômes en un minimum de temps, de par l'aspect urgent qui les caractérise. Enfin, les services d'urgences se singularisent également pour leur rôle de transition. Leur structure étant adaptée à recevoir les patients sur une courte durée, les transferts vers des services ou des structures adéquates constituent une grande part du travail du personnel. Ainsi, les Urgences sont l'ouverture de l'hôpital sur la société, lien direct entre la population et le milieu de soins. Ils sont pour beaucoup de Français, et notamment les jeunes, le premier point de contact avec le système hospitalier, par lequel ils vont construire leur image de l'hôpital public. Or, ces services ont néanmoins une image qui se désagrège depuis quelques années dans l'opinion publique : critiqués pour leur mauvais accueil, l'attente trop longue ou la médiocrité de la prise en charge, les services d'urgences sont considérés aujourd'hui comme un des points faibles de l'offre de santé française. D'ailleurs, fin 2012, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, lançait un plan d'action pour les urgences : elle souhaite garantir à chaque Français un accès aux soins urgents en moins de trente minutes et permettre le désengorgement des services d'urgences. Face à ce décalage apparent entre l'offre des services d'urgences et la demande des usagers, on peut se demander, dans un premier temps, quelles sont les raisons sociologiques, politiques et démographiques qui font que les services d'urgences actuels ne semblent plus être adaptés à la fréquentation réelle des urgences.

### 2/Un décalage entre l'offre des services d'urgences et la demande.

## UN CHOIX DE FACILITÉ

Tout d'abord, la fréquentation des urgences a explosé depuis ces 20 dernières années : le nombre d'admissions aux urgences a doublé entre 1990 et 2008, passant de 7 à 14 millions. Cette augmentation, constante depuis plusieurs années peut s'expliquer en partie par la naissance de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins. En effet, le recours au service d'urgences est souvent privilégié par les usagers pour les facilités qu'il offre. Il lui permet d'obtenir une consultation à tout moment, sans rendez-vous, une ordonnance, des examens immédiats, mais aussi d'effectuer un paiement différé. Seulement, la multiplication de ces comportements amène à un engorgement des urgences auquel le service peut difficilement répondre. Ainsi, aujourd'hui, les médecins estiment que les 80 % des patients admis aux urgences ne nécessitent pas de soins véritablement urgents. Ils privent donc les cas les plus graves d'une place dans le service et sont la plupart du temps insatisfaits, car, leur cas ne relevant pas de l'urgence, ils subissent un temps d'attente très long. On assiste alors à une banalisation de l'urgence qui met en péril le bon fonctionnement des services d'urgences.

## UNE POPULATION COMPLEXE

Aujourd'hui, due à l'augmentation de l'espérance de vie, les personnes les plus âgées (75 ans ou plus) sont de plus en plus nombreuses : en vingt ans leur nombre a augmenté de plus de 1,7 million, soit une hausse de 45 % (INSEE). De même, ils sont surreprésentés dans les services d'urgences : en effet, 15 % des consultants de ces services ont plus de 75 ans. Cette catégorie de personnes pose problème, car elle souffre souvent de polyopathologies, nécessitant l'intervention de plusieurs spécialistes, donc assez complexes à soigner à l'intérieur d'un service d'urgences, qui n'est pas équipé comme un service de gériatrie. [En effet, elles ont souvent des pathologies multiples, donc ne relevant pas clairement d'une spécialité, ni d'un service]. La prise en charge longue et standardisée des urgences n'est pas adaptée à la spécificité des problèmes de santé des personnes âgées. Une autre catégorie de personnes freine également l'organisation des urgences. Ce sont les habitués : des SDF, des jeunes à la dérive ou des étrangers sans papiers, qui ne trouvent pas d'autre accès aux soins par méconnaissance du système de santé, par absence de ressources économiques ou parce qu'on ne les accepte pas ailleurs. D'autres patients s'adressent aux Urgences pour des problèmes sociaux ou de mal-être psychologique qui ne relèvent pas à strictement parler des urgences. Tous ces patients nécessitent d'une surveillance spéciale et l'aide que peut apporter les urgences se limite à les remettre sur pied pour un laps de temps restreint, jusqu'à leur

prochaine venue. Il semblerait donc qu'il y ait un problème au niveau de l'offre de soin pour accueillir ces catégories de population.

## UNE ATTENTION GRANDISSANTE PORTÉE À LA SANTÉ POUR LES FRANÇAIS

La santé est devenue une préoccupation très importante aujourd'hui et cela peut expliquer également cet engouement pour les services d'urgence. En effet, on observe que les dépenses de santé par personne ont été multipliées par onze depuis 1950 (source OCDE). On parle aujourd'hui de "surconsommation" des soins. **Guy Bourgeault**, professeur à l'Université de Montréal explique qu'aujourd'hui, nous avons acquis de nouvelles valeurs selon lesquelles, la vie et la santé constituent un idéal absolu. Être et rester en bonne santé tiendrait alors aujourd'hui du devoir. "*Il faut ainsi exceller dans tous les secteurs de notre vie : être bon parent, bon travailleur, bon citoyen, etc. Au regard de notre santé, il faut aussi faire bonne figure.*"<sup>16</sup> Ainsi, les services d'urgences reconnus pour leur professionnalisme et la technicité des actes médicaux qui y sont faits attirent le public qui espère y trouver un personnel compétent ; plus compétent que leur médecin de ville. Par ailleurs, le malade, stressé et souvent influencé par les informations qu'il a pu trouver sur internet, n'hésite pas à se rendre dans un service d'urgences pour des problèmes de santé mineurs qui auraient pu attendre jusqu'à l'ouverture du cabinet du médecin généraliste.

Ainsi, le rôle des urgences s'est modifié avec le temps. Créée à la base pour recevoir uniquement des urgences vitales, il éprouve des difficultés à assumer les nouvelles fonctions qui s'ajoutent à sa fonction première : entre médecine sociale et permanence de soin. Alors, faut-il adapter les urgences à ces modifications de leur usage ou plutôt travailler sur la perception que les usagers ont de ce service ? Il semblerait qu'il y ait aussi une redéfinition de l'offre des services d'urgences à faire en passant par un développement de solutions annexes (urgences gériatriques, soin des non-assurés sociaux, urgences de 1er niveau dans les cabinets médicaux...) pour pallier à l'offre qui n'est pas prise en charge par un SAU. Ainsi, la solution doit sûrement être multiple pour espérer rétablir un équilibre entre l'offre et les attentes des usagers.

Mais cette réflexion est à penser en matière de politique de santé publique, de planification de l'offre de soins, d'économie de la santé... C'est donc un volet politique et économique sur lequel le designer n'a pas directement prise.

16. Entrevue avec Guy BOURGEAULT, *Quand la santé tourne à l'obsession*, Novembre 2004. <http://www.revue-rnd.qc.ca/retro/img4/pdf/0410e.pdf>

**Guy BOURGEAULT** est professeur titulaire au département d'administration et fondements de l'éducation de la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal.

## ARTICLE

# L'image des urgences à travers la télévision :

quelles incidences sur les représentations des Français ?

Les séries américaines médicales connaissent depuis les années 90 un grand engouement en France. La série Urgences est la série emblématique de ce genre qui a su se différencier des autres séries en choisissant un positionnement fort : unité de lieu, illusion documentaire et identification aux professions médicales. Lors de la diffusion d'un nouvel épisode sur la télévision française, près de 4,1 millions de téléspectateurs se ruèrent devant leur poste pour découvrir les aventures du service des urgences du Cook County Hospital de Chicago. Ainsi, ce programme a été fortement suivi et a su toucher le public français. On peut cependant se demander si les séries, telles que Urgences, ont-elles une influence sur les Français et la vision qu'ils ont des services d'urgences ? Ne sont-elles pas à l'origine d'une déformation dans les représentations des usagers ?

Tout d'abord, une caractéristique propre à la série Urgences est qu'elle utilise de manière explicite les codes du documentaire ou du reportage d'actualité. Par exemple, 70 % des plans de la série sont tournés à l'aide d'une steadicam, un dispositif de portage de la caméra généralement employé pour les reportages. Les producteurs Crichton et Spielberg expliquent que cette utilisation donne un caractère très fluide aux plans et permet au téléspectateur de se sentir au plus proche de l'histoire et de l'action. Tout est ainsi employé de manière à transporter le téléspectateur au cœur du scénario, à renforcer une possible identification aux personnages et à donner l'illusion de réalisme. Ainsi, pour accentuer cette dimension réaliste, la série n'a pas hésité à employer de vrais matériels médicaux lors des tournages. Le décor est inspiré de services d'urgences existants des États-Unis. Dans un souci d'exactitude, le jargon médical est également conservé tel quel, sans donner plus d'explications au téléspectateur (comme d'autres séries ont pu le faire). Dans cette continuité, les producteurs ont souhaité apporter cette même exactitude au niveau des gestes du personnel médical, en formant leurs acteurs méticuleusement auprès de médecins et d'infirmières. Enfin, chaque épisode est construit à partir de faits divers authentiques qui sont ensuite injectés dans l'histoire. Tous ces artifices pour donner l'illusion de réalisme à la série semblent fonctionner et ont été véritablement la clé du succès de cette série. Seulement, quelles répercussions ce souci de réalisme peut-il avoir sur les téléspectateurs de la série ?

De manière générale, les spécialistes reconnaissent à la télévision sa vertu pédagogique. **Carmen Compte**<sup>1</sup> explique que la télévision est un vecteur très puissant et non négligeable, d'informations et de connaissances. Ainsi, la série Urgences transmet des savoirs informels qui modifient profondément les représentations initiales du téléspectateur. En effet, sans forcément s'en rendre compte, il « absorbe » des données médicales, des logiques de fonctionnement qui vont façonner son appréhension réelle du service. D'un point de vue positif, cela permet de le sensibiliser à un monde qui lui est, à la base, inconnu et de lui apporter les clés à sa compréhension. Il y a un côté « démystification » et « familiarisation » de l'hôpital qu'il faut reconnaître à la série.

De même, Urgences à la spécificité de jouer sur la proximité entre le téléspectateur et le personnel soignant/médical. Alors que d'autres séries maintenaient la distance sociale en focalisant le regard du spectateur uniquement sur le patient ; la série urgences donne une possibilité d'identification avec le corps médical, le rendant plus « humain ». Elle permet de susciter chez le téléspectateur une empathie pour la profession, leurs conditions de travail et leurs soucis au quotidien. Une empathie qui peut, possiblement, se répercuter chez l'utilisateur dans la vie de tous les jours.

Enfin, la série ne se limite pas à rendre réaliste le secteur des urgences, mais elle tend également à le magnifier. Dans le contexte réel, les services d'urgences sont, comme l'explique Jean Peneff, le service renié de l'hôpital. En effet, ils sont considérés par l'opinion médicale, comme étant un service rapide, sans véritable spécialité, se cantonnant souvent à la prise en charge des pathologies peu glorieuses : alcoolisme, drogue, maladie mentale... Or, la série a su valoriser ce service en lui offrant une part d'héroïsme. Ils gagnent en considération dans l'opinion publique et médicale et l'on reconnaît souvent à la série d'avoir suscité de nouvelles ambitions de carrière chez ses jeunes téléspectateurs.

Or, il semble exister un contrecoup à cette dimension réaliste auprès des téléspectateurs. Les ingrédients qui ont permis à la série d'atteindre cette réussite d'audience sont peut-être les mêmes qui amènent à biaiser la vision des usagers des urgences.

**Sabine Chalvon-Demersay** a réalisé une enquête sur la série Urgences nommée *la confusion des conditions*<sup>2</sup>. Elle se demande « quelles incidences cette présentation de l'univers hospitalier peut avoir sur les spectateurs » et « de quelle manière et avec quelles conséquences le

---

1. **Carmen COMPTE** est professeure en Sciences de l'Information et de la Communication à l'université de Picardie Jules Verne - Centre Universitaire de Recherches sur l'Action Publique et le Politique (CURAPP)

2. Sabine CHALVON-DEMERSAY. *La confusion des conditions. Une enquête sur la série télévisée Urgences*. In: Réseaux, 1999, volume 17 n°95. pp. 235-283.

**Sabine CHALVON-DEMERSAY** est directrice d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), et directrice de recherche au CNRS.

récit fictionnel résonne dans l'expérience de la vie. » Pour cela, elle interroge notamment le personnel d'un service d'urgences pour avoir leur avis sur ces incidences. Ces derniers relèvent trois principales exagérations ou décalages par rapport à la réalité qui ont pour conséquence de biaiser la vision des usagers.

Tout d'abord, le premier décalage notable se situe au niveau du rythme. En effet, les urgences sont un terrain idéal pour les séries télévisées, car elles permettent de créer des scénarios aux multiples rebondissements. L'accent est ainsi mis sur l'agitation, le drame, l'intensité de l'action, la rapidité d'intervention de telle sorte que le spectateur soit emporté dans un rythme effréné. Or, cette vision d'un rythme soutenu va à l'encontre de l'expérience réelle d'un usager à l'hôpital. Ainsi, pour répondre aux nécessités de la fiction et à l'obligation de péripéties, les producteurs ont choisi de passer sous silence les moments d'attente, de passivité et l'aspect routinier du service d'urgence. De même, pour augmenter la cadence du feuilleton, les scénaristes ont fait le choix d'augmenter le nombre de patients dont le pronostic vital est engagé. Un des membres du personnel interrogé par Sabine Chalvon-Demersay rectifie avec humour qu'en réalité « *L'urgence, c'est pas l'immeuble qui s'effondre, c'est plutôt la plaie du cuir chevelu.* » Ainsi, cette vision peut fausser l'image que se fait le spectateur et donc de l'éventuel usager des services d'urgences. En effet, si celui-ci a pour unique point de référence la série, il sera sûrement étonné, voire déçu par le rythme beaucoup moins soutenu.

Ainsi, en omettant une partie de la réalité des urgences, dans une série empruntant les codes du documentaire, on risque de faire apparaître de fausses représentations chez le téléspectateur. Par exemple, **Jean Peneff**, dans son livre *La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision*<sup>3</sup> explique que « Rien sur les arrivées et le classement sélectif des cas n'apparaît dans le film où les clients semblent s'imposer d'eux-mêmes. » L'attente et la prise en charge en fonction de l'ordre de gravité ne transparaissent pas dans la série. C'est une partie du fonctionnement qui échappe à la bonne lecture du service d'urgences pour les usagers. Mais, la série étant une fiction non engagée dans une mission pédagogique, elle peut, très justement, s'octroyer la liberté d'interprétation de la réalité.

Enfin, il existe également des déformations dans les représentations des usagers, du fait que la série est américaine et s'inspire de ce fait, de leurs services d'urgences. Or, entre États-Unis et France, il existe des différences notables entre les services. Tout d'abord des différences liées au fonctionnement : Par exemple, en France, la prise en charge de l'urgence est effectuée par les SAMU accompagnés d'équipes médicales qui délivrent des soins aux blessés sur les lieux mêmes de l'accident. Aux États-Unis, la situation est différente, car les malades sont immédiatement transférés

---

3. Jean PENEFF. *La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision*. In: Genèses, 30, 1998. Emigrés, vagabonds, passeports. pp. 122-145.

dans l'hôpital le plus proche. Puis, les différents métiers et leurs responsabilités diffèrent : le personnel paramédical aux États-Unis ayant la possibilité de faire des gestes médicaux qui en France ne peuvent être effectués que par des médecins (intubation, pose de voie centrale, etc.). On peut aussi ajouter des différences dans les systèmes de prise en charge des soins et dans l'importance des recours judiciaires. Comme l'expliquait Carmen Compte, le fonctionnement sur lequel se base la série constitue du savoir informel pour le téléspectateur, qui inconsciemment, peut intégrer ces règles comme faisant foi dans un contexte réel.

Puis, il observe également un écart au niveau du relationnel. En effet, on l'a vu, la série privilégie, dans ses scénarios, les urgences vitales. Ces situations débouchent souvent, comme le nomme Jean Peneff, sur des moments de « fraternité euphoriques ». Personnel soignant, médical et familles se mobilisent, se soutiennent, on aperçoit même parfois des scènes où l'on voit un médecin enlacer le proche d'un patient pour lui apporter du soutien. Or, ces moments de solidarités sont, au final, très peu courants dans le quotidien du service. Cette approche tactile l'est encore moins en France où le hug ne fait pas partie des coutumes. On remarque, par ailleurs, que les familles des patients sont très présentes et prennent une place relativement importante dans les scénarios. Cette place a d'ailleurs frappé certains membres du personnel français interrogé par la directrice du CNRS « On est toujours étonnés de voir les parents dans les boxes assister comme ça à tous les actes ».

Il existe ainsi, un certain décalage entre le service d'urgence idéalisé à l'américaine que retranscrit la série et le service d'urgence français.

Ainsi, il semblerait que ces dissonances entre la série et la réalité des services d'urgences en France puissent vraisemblablement avoir des conséquences sur le comportement des usagers. Dans un premier temps, ces décalages conduiront à une incompréhension face à une organisation qui s'éloigne de ses représentations ou même une déception, produit par un rythme paru trop lent ou bien un manque de relationnel. Par ailleurs, Véronique Christian, la responsable du service d'urgences d'Haute-pierre attribue à ces séries médicales un autre vice : celui d'avoir fait des urgences, un spectacle. En effet, le personnel reproche souvent aux usagers d'être trop curieux lorsqu'il se trouve à l'intérieur du service : « On a l'impression qu'ils assistent à un spectacle », explique-t-elle. En adoptant les codes, du documentaire, la série, tendrait ainsi à brouiller la distance entre la fiction et le réel.

## B. LES USAGERS DES URGENCES ET LEURS RELATIONS

Le personnel, les patients et leurs accompagnants sont les trois acteurs phares des services d'urgences. Pour comprendre leurs vécus, leurs besoins et motivations, il est essentiel d'approfondir les spécificités de chacun de ces acteurs.

1/le personnel

### COHABITATION

Le personnel des Urgences vit en collectivité dans un lieu confiné. De ce fait, il est en interaction continue avec ses pairs. Ce personnel est multiple : il va de l'Ambulancier au policier, de l'aide soignante au médecin, du brancardier à l'agent administratif pour assurer un travail de groupe, en relais tout au long de la prise en charge du patient et garantir l'objectif de transition propre aux urgences : accueillir, trier et faire sortir le patient vers le service correspondant. Jean Peneff souligne dans son livre, *L'hôpital en urgence*<sup>17</sup>, le caractère unique du travail collectif qu'il a pu observer durant son année d'observation participative. En effet, le service des urgences impose par son organisation, une promiscuité entre les membres du personnel et une nécessité de coopérer et de cohabiter pendant la période de travail. Puis, l'équipe du personnel est garante de l'organisation des urgences et la moindre erreur commise dans ce processus peut amener à perturber l'ensemble de l'organisation. Ainsi, leur travail repose sur les valeurs de confiance, de communication, d'efficacité, pour assurer la bonne coordination de leurs actions. De même, le travail en groupe impose une adaptation des cadences individuelles au rythme collectif.

### RYTHME DE TRAVAIL

Le rapport au temps est ainsi une caractéristique forte du travail des urgentistes. En effet, le personnel des urgences est entièrement dépendant du flux aléatoire d'arrivées des patients. Il est alors confronté à un rythme de travail très irrégulier et imprévisible. Ce rythme alterne entre des moments intenses mêlant vitesse et stress, et d'autres moments plus calmes où le personnel peut se retrouver parfois inactif. De ce fait, il doit ainsi constamment s'adapter et répartir ses ressources (tantôt insuffisantes, tantôt inutiles) pour répondre au mieux au flux de patient qui arrive. Le personnel a du mal à subir patiemment cette discontinuité de leur rythme de travail et tente d'estimer les probabilités d'accélération de flux en se basant sur des statistiques. Aujourd'hui, les analyses d'activité et les comparatifs inter-hospitaliers permettent d'avoir une projection de l'activité prévisionnelle selon l'heure de la journée (disparité en journée, soirée,

17. Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence*, Métailié, 1992, 258 p.

Jean PENEFF est un sociologue français et professeur émérite à l'université de Provence.

● Ce constat m'amène à soulever une opportunité de projet : le designer peut-il produire des outils qui permettraient de trouver une perception commune ? Outils de communication, cartographies...

nuit profonde) par jour (disparité entre les jours ouvrés et les week-end), par mois selon les saisons par exemple (traumatologie hivernale, épidémie de grippe ...). Ces anticipations sont leur seul moyen d'une tentative de "maîtrise du temps". Cette organisation en dent de scie est difficilement perceptible par les usagers qui n'ont pas un regard global de l'activité du service. Ainsi, il existe un réel décalage de vécus, de rythmes, de perceptions du service entre le personnel et les différents usagers des Urgences qui crée nombre d'incompréhensions. ●

## UNE VIE SOCIALE DEVANT LES USAGERS

De même, le personnel des urgences est en interaction continue avec les usagers qui sont admis à l'intérieur du service. Aussi, chacun de leur geste, parole, action est épié, observé par un usager souvent inactif. Il faut noter que comme dans tout travail, le personnel développe une vie sociale avec ses pairs. Une telle promiscuité de travail crée forcément des affinités ou des tensions qui resurgissent dans le travail. Ainsi, le personnel des urgences s'échange, entre eux, fréquemment des blagues, des remarques de la vie personnelle. Seulement, l'usager assiste à cette vie sociale qui peut être totalement en décalage avec son vécu.

## UN NIVEAU DE STRESS TRÈS ÉLEVÉ

Enfin, le propre des Urgences est qu'il soumet son personnel à un stress non négligeable. En effet, les équipes soignantes et médicales font faces à de nombreuses difficultés au quotidien qui génèrent chez elles un stress important. Les contraintes de temps, la proximité avec la maladie et la mort et l'anxiété des patients et de leurs familles rendent l'environnement de travail des soignants relativement anxiogène. Ils apprennent via leurs études et au cours de leur carrière à gérer le stress lié à la cadence soutenue et au soin technique, de sorte qu'il se transforme en un "bon" stress. Cependant, la tension due au relationnel difficile avec certains patients et familles semble nettement moins bien vécue. En effet, cette part, importante, de leur travail est complexe puisqu'elle engage chez le personnel davantage d'investissement de sa personne. Par ailleurs, les services d'urgences sont particulièrement exposés à la violence à travers les agressions (verbales et physiques) subies par le personnel. Elles peuvent être liées à la pathologie des malades (alcoolisation, psychopathies...), aux conditions d'accueil (délai d'attente, pics d'activité) et souvent à l'entourage des patients. La sécurité a ainsi été renforcée afin de protéger le personnel de ses agressions, et notamment via l'ajout d'une vitre à l'accueil séparant les agents des usagers. Or, ces mesures, renforçant la prise de distance entre personnel et usagers ne communiquent-elles pas dès l'accueil une méfiance envers l'usager ? Cette condition est-elle propice à asseoir une relation sur une base de confiance ? Dans l'idéal il s'agirait de pouvoir réfléchir à l'inverse. Comment atténuer le stress des patients et des familles de sorte à diminuer le nombre d'agressions ? ●

● Le risque d'agression ne pouvant pas être nul, le designer peut réfléchir à la question suivante : comment permettre au personnel d'être sécurisé sans ce que cela n'impacte sur la qualité de l'accueil des usagers ?

## 2/ Les patients

on l'a vu, une grande diversité de patients peuple les services d'urgence, mais sur le plan purement médical il est d'usage de les classer en 2 grandes catégories : les patients au niveau de gravité le plus élevé connaissent un circuit long. Généralement, ces patients arrivent via un transport type ambulance ou Smur aux urgences. Étant prioritaires, leur prise en charge est immédiate et ils ne connaissent pas de temps d'attente très long. Cette catégorie de patient correspond à 15 % des patients. La deuxième partie, majoritaire, emprunte le circuit court des urgences. Ce sont des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé. Ils arrivent la plupart du temps par leurs propres moyens aux urgences. (À noter que les patients choisissent souvent la proximité du service, ignorant que chaque service a en réalité une spécialité qu'il faut prendre en compte. Ce choix peut générer une attente plus longue ou un déplacement secondaire)

## UN ORDRE DE PRISE EN CHARGE SOURCE DE TENSIONS

Dans la première partie, on a vu que l'usager du système de santé était devenu plus actif dans sa relation avec le soignant. Ainsi, le patient des urgences a également sa propre interprétation de son urgence. Jean Penneff explique que de plus en plus, ce qui est urgent, c'est "ce que les usagers définissent comme urgent". Seulement, contrairement aux autres institutions, les usagers ne sont pas pris en charge en fonction de l'ordre d'arrivée, c'est le niveau de gravité qui est le critère qui fait loi. Cet ordre de prise en charge est une source permanente d'incompréhension et de conflit entre personnel et usagers. Dans son texte L'hospitalité de l'hôpital<sup>18</sup>, Nicolas Dodier caractérise l'attitude de l'usager des urgences comme étant "égocentrée". À son arrivée, il est focalisé sur sa propre douleur, sa souffrance personnelle, son angoisse et éprouve beaucoup de difficulté à prendre en compte celle des autres. La salle d'attente semble constituer un passage brutal à la prise en considération des autres par le patient : la promiscuité l'invite à sortir de cette posture "égocentrée" pour accepter d'envisager le mal-être d'autrui. De même, la période d'attente qui découle de cet ordre de prise en charge est souvent difficilement vécue par l'usager. En effet, cette typologie d'attente est particulièrement stressante puisque le patient n'a aucun repère temporel qui pourrait l'aider à se projeter : il vit une attente sans organisation spatiale, sans queue, sans ticket d'arrivée qui ne lui donne aucune emprise sur le temps. ●

● Quel dispositif permettrait de rendre tangibles ces informations ? Le designer pourrait-il installer un langage compris de tous, une lecture commune ? Comment pourrait-il donner des repères au patient qui lui permettent de se projeter, et donc d'être rassuré ? Pourrait-il permettre de faciliter la compréhension de cet ordre de prise en charge en fonction de la gravité ?

18. Nicolas DODIER. *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital*. In: Annales. Histoire, Sciences Sociales, N. 4, 1997. pp. 733-763.

Nicolas DODIER est un sociologue français. Il est directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et directeur d'études à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales

# ATTENDRE

---

« Attendre est une conduite qui se présente chaque fois que les circonstances imposent un délai entre le moment où nous voudrions accomplir une action et le moment de sa réalisation. »

Notre vie est ponctuée de ces attentes qui se superposent à différents niveaux et qui ne revêtent pas la même importance. C'est pourquoi nous pouvons dissocier dès les débuts différentes natures et degrés d'attente. D'un côté, on trouve l'attente sur le long terme qui correspond à une anticipation qui n'a pas de répercussions sur l'action présente. (ex : l'attente du grand amour de madame Bovary) ; de l'autre on a l'attente ponctuelle qui induit une suspension de l'action en cours, c'est le cas de l'attente d'un usager dans un service d'urgence. C'est cette deuxième typologie d'attente qui retiendra mon attention dans les paragraphes suivants.

Le verbe attendre trouve son origine du latin *attendere* : prêter attention. Ainsi la racine de ce verbe suppose un état attentif, plutôt actif. Pour le philosophe Bernard Stiegler,<sup>1</sup> « *attente et attention sont indissociables* »<sup>2</sup> et leur apprentissage essentiel aux sociétés humaines. En effet, l'attente serait une action bénéfique pour l'Homme puisqu'elle rendrait possible l'exercice de la conscience. Or, aujourd'hui le verbe attendre comme son synonyme « patienter », revêt une connotation plutôt péjorative. Avec l'accélération du temps (c'est à dire l'augmentation du nombre d'actions effectués pour un même volume de temps), les moments d'attente sont devenus de plus en plus douloureux à vivre pour l'Homme. En effet, l'attente est une suspension, un arrêt dans le cours du temps qui amène automatiquement à un ralentissement momentané du rythme de vie de la personne. Ce ralentissement fait naître une frustration chez l'Homme car elle reporte l'exécution d'un acte pour lequel il se sent prêt. La notion d'attente induit donc implicitement un rapport entre l'Homme et le temps. Pour celui qui attend, le présent est indifférent, il développe ainsi fréquemment un sentiment de démotivation et

---

1. Bernard Stiegler est un philosophe français qui axe sa réflexion sur les enjeux des mutations actuelles portées par le développement technologique et notamment les technologies numériques

2. Isabelle SORENTE. «Attendre : Je gagne à perdre du temps», CLÉS, <http://www.cles.com/enquetes/article/attendre-je-gagne-perdre-du-temps>.

de désintéressement qu'est l'ennui. L'ennui est en quelque sorte un révélateur de l'attente. En effet, l'ennui se développe puisqu'il considère l'attente comme exempt d'une fin digne de s'y intéresser. Ainsi, l'aspect improductif de l'attente contribue à amplifier le sentiment de frustration. Lorsqu'un individu est occupé par des activités, il sait que ses finalités lui donnent un sens. Or l'action d'attendre, plutôt passive en comparaison avec les autres actions qui ponctue sa journée, va à l'encontre de cette logique de rentabilité du moment présent. **Morand** explique dans son texte « *qu'es-ce que l'attente* »<sup>3</sup> que « *Si cet intervalle était rempli, intéressant par lui-même, si l'esprit s'y attachait comme à un présent qui satisfait, il n'y aurait pas attente.* » Nous pouvons donc définir que l'absence d'intérêt pour l'action d'attendre est une condition essentielle pour considérer qu'il y ait attente.

L'attente enclenche d'autres mécanismes visibles et facilement saisissables chez l'individu tel que l'anxiété. En effet, l'attente, par essence, est liée au doute, à l'inattendu et à la surprise ; l'attente, c'est attendre un événement futur plus ou moins lointain, ainsi nous ne pouvons connaître précisément la nature et le terme de ce qui va arriver. L'anxiété découle de la nature incertaine de l'attente. De ce fait, pour se protéger, l'Homme se projette en réalisant une prévision de son attente. Cependant cet intervalle perçu de l'attente peut être par moment très éloigné de la réalité et générer ainsi un sentiment de déception ou de colère.

Ainsi, attendre, de part sa nature incertaine, infructueuse, imposée et passive, est une action qui invite successivement différents états de mal-être chez l'Homme. Cette attente sera ainsi péniblement vécue jusqu'à ce que l'événement attendu vienne marquer le signe ou la fin de l'attente et permettra le passage à une nouvelle période de temps. Pour finir, le philosophe **Nicolas Grimaldi** pose la question suivante : « *Le bonheur est-il le comblement de l'attente ?* »<sup>4</sup> Il semblerait que la réalisation de l'objet de l'attente ne constitue pas l'apogée du bonheur mais que ce soit l'imminence de la réalisation qui constitue le bonheur.

En tant que designer, faudrait-il se concentrer davantage sur l'aménagement de la durée qui précède la réalisation de l'objet attendu pour satisfaire au maximum l'utilisateur ?

---

3. Morand . I. Qu'est-ce que l'attente. In: L'année psychologique. 1914 vol. 21.

4. Nicolas GRIMALDI, « *L'attente* » in Philosophie, programme Arte Vidéo. France, 2012, 26mn

**Nicolas Grimaldi** est un philosophe français. Ancien professeur à la Sorbonne (Paris IV), Nicolas Grimaldi a consacré son œuvre à tenter d'élucider le statut de la conscience et la nature du temps.

## ARTICLE

# L'individu malade du temps

---

### la pulsion d'emprise sur le temps

---

Le temps est pour essence insaisissable. Or, à travers l'histoire, l'Homme a cherché à l'appivoiser pour parvenir à trouver des repères temporels et ainsi à rythmer sa vie en communauté. Pour se faire, il s'est d'abord tourné vers les phénomènes naturels qui présentent une grande régularité comme la rotation de la Terre autour du Soleil, le renouvellement des saisons, les phases de la lune, la succession du jour et de la nuit pour définir des calendriers et des échelles de temps. Il a ensuite cherché à réaliser des instruments de mesure du temps au découpage plus précis qui lui permette de rendre tangible et lisible cette notion. L'un des plus anciens instruments connus pour matérialiser le temps est le sablier égyptien. Cependant, il faudra attendre le début des années 1600 et la découverte du pendule par Galilée, pour que ces instruments commencent à atteindre une certaine précision. Ainsi, dans une quête toujours plus forte de précision et d'exactitude se sont développées successivement les horloges mécaniques puis électriques et enfin l'horloge atomique qui est l'instrument de mesure du temps le plus précis à l'heure actuelle.

À partir de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, l'horloge, mais également sa miniaturisation qu'est la montre-bracelet se généralisent en rythmant toutes les activités humaines. L'universalisation du port de la montre, et ce rapport constant à l'heure vont profondément modifier la perception du temps et les modes de vie des personnes. Or, bien que tous partagent un même système de mesure du temps, la perception du temps reste tout de même subjective et varie en fonction des cultures, des époques et des personnes.

Néanmoins, il semblerait qu'un modèle de gestion du temps s'est imposé depuis les années 30. En effet, dans une période de reconstruction, la vitesse est devenue synonyme de progrès et les termes qui y sont associés : augmentation, accélération, amélioration ont recouvert une connotation positive. **Nicole Aubert** dans son livre *le culte de l'urgence*<sup>1</sup> parle de « contagion » du rapport au temps

---

1. Nicole AUBERT, *Le Culte de l'Urgence*, La société malade du temps, Flammarion, mars 2003

**Nicole Aubert** est une sociologue et psychologue française, spécialisée en sciences des organisations. Elle est enseignante en sciences humaines à l'École supérieure de commerce de Paris (ESCP-EAP) et chercheuse au Laboratoire de changement social de l'Université Paris VII.

des systèmes des marchés financiers sur notre rapport individuel du temps. Nous avons intégré personnellement cette logique de vitesse, d'instantanéité, d'immédiateté comme une valeur personnelle régissant nos vies.

Par ailleurs, les progrès technologiques ont fait naître de nouveaux objets de mesures du temps tels que le téléphone portable, Internet ou la télévision, outils qui nous rappellent l'heure en permanence. Ces technologies donnent l'illusion à l'Homme de pouvoir maîtriser le temps. Les nombreuses expressions fréquemment employées dans la vie quotidienne « avoir du temps » « manquer de temps » « perdre du temps » « gagner du temps » prouvent ce sentiment d'emprise. Par exemple, le téléphone portable donne la possibilité de rentabiliser le temps en dissociant les notions d'espace et de temps : des actions qui nécessitaient un franchissement de l'espace et donc un certain temps d'exécution sont devenues réalisables instantanément via l'utilisation d'internet. Les progrès technologiques ont donc permis et accru cette logique d'urgence.

Enfin, ce sentiment de maîtrise du temps provoque du plaisir à l'Homme, car elle lui donne l'impression d'être acteur d'une temporalité qui lui ait personnelle et donc entièrement maîtrisée. Dans la même logique, lorsqu'il n'a plus d'emprise sur les événements et leur inscription dans le temps, il voit naître une frustration chez lui : la frustration du temps perdu.

Nicole Aubert précise dans son livre que nous assistons aujourd'hui, à « un temps marqué par la pulsion de désir, le tout de suite maintenant, l'incapacité de pouvoir attendre ». Elle souligne donc l'effet pervers de ces technologies facilitant toujours plus notre rapport actif avec le temps : celui de laisser place au caprice et à l'impatience chez l'Homme.

## UNE RELATION À SOI ET AUX AUTRES MISE À MAL

Enfin, le patient des urgences est souvent brutalement tiré de sa vie extérieure et subit sa présence dans le service. Il lui faut donc s'habituer à un univers médical codifié dans lequel son rapport intime à soi et ses manières traditionnelles d'être avec les autres vont être mis à mal. En effet, la cohabitation et la promiscuité avec des inconnus peuvent poser des problèmes liés à la pudeur. Dans un service d'urgence, faire un examen complet nécessite que le patient soit déshabillé. Or, dans les cas de forte affluence, le respect à la pudeur peut être entravé et la situation devenir un réel calvaire pour le patient. De même, la routine de certains gestes pour le personnel, peut l'amener à oublier ou à négliger la difficulté qu'à un malade à dévoiler son intimité. Cette question de la pudeur dans les hôpitaux est d'ailleurs un sujet d'actualité qui fait débat dans les médias. Certains médecins et patients dénoncent le port hospitalier d'une chemise, certes facilitant la réalisation des gestes soignants, mais qui dévoilent l'intimité des patients. Professeure de philosophie à l'université Paris-Descartes, *Michela Marzano* dénonce cette atteinte : « À l'hôpital, on soigne l'autre sans faire attention à lui. En y entrant, on devient un objet de soin sous le regard prétendument neutre du personnel et on perd une part précieuse de nous-mêmes. »<sup>19</sup> Le personnel avoue lui-même, à regret, qu'aux urgences, le respect de l'intimité, mais aussi la confidentialité de certaines paroles sont parfois difficile à respecter.

J'ai souhaité mener une réflexion philosophique et sociologique autour de la relation entre usagers et professionnels de soin et notamment en analysant le phénomène de distance et d'empathie dans la relation de soin.

Sous forme d'une synthèse de texte, je me suis intéressé à la spécificité de la relation soignant-soigné afin de comprendre quelles sont, au sein de cette relation, les conditions à respecter pour préserver le besoin d'intimité et la dignité d'un patient.

A la suite de cette synthèse, j'engage une réflexion plus personnelle autour de la question : Faut-il être détaché émotionnellement pour bien soigner ?

---

19. Michela MARZANO, *Penser le corps*, PUF, 2002

*Michela Marzano* est une chercheuse, philosophe et écrivaine italienne contemporaine. Ces thèmes de recherche privilégiés sont le corps humain et son statut éthique, l'éthique sexuelle et l'éthique médicale.

# Intimité et dignité du patient

---

« Avoir une conduite digne, c'est contenir, préserver tout ce dont la révélation pourrait être l'objet d'indignation aux yeux de l'autre. »\*  
C'est donc au sein d'une relation que la dignité prend son sens. À l'hôpital, cette dignité peut être mise à mal, notamment du fait que les actes médicaux nécessitent une proximité du soignant au corps du malade qui rompt avec les codes habituels de la personne. Cette proximité amène à évoquer la notion d'intimité, notion étroitement liée avec celle de la dignité. En effet, elle constitue l'une de ses plus hautes manifestations. Ainsi, intimité et dignité sont liées de sorte que le non-respect de l'une entraîne une offense de l'autre. On peut ainsi se demander si le rapport au corps que nécessite la relation du soignant envers le patient risque de mettre en cause l'intimité et donc la dignité du patient. Nous nous appuyons sur un corpus de quatre documents qui se compose d'extraits d'ouvrages de deux sociologues soit le malade des urgences<sup>1</sup> de Jean Peneff et les rites d'interaction<sup>2</sup> d'Erving Goffman. Les deux autres étant tirés d'écrits de philosophes Dignité, intimité<sup>3</sup> de Jean-Marie Nicolle, ainsi que Penser le corps<sup>4</sup> de Michela Marzano.

Tout d'abord, nous tenterons de répondre à cette question en analysant en quoi les pratiques de soin mettent à elles seules en cause l'intimité. Puis dans un second temps, nous verrons que la relation particulière qui unit le soignant au soigné étant institutionnalisée, amène un protocole précis qui décale les limites de l'intimité. Enfin, nous verrons les débordements qui peuvent mettre à mal cette relation et ainsi entacher le besoin d'intimité du patient.

1. Jean PENEFF, *Les malades des urgences*, Métailié, 2000, 190 p.

2. Erving GOFFMAN, *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974.

Erving Goffman est un sociologue et linguiste américain d'origine canadienne. Erving Goffman est rattaché à l'école de Chicago. Il privilégie la même méthodologie avec l'observation participante. Il est également inscrit dans le courant interactionniste. La notion d'interaction a en effet une place centrale dans son œuvre.

3. Jean-Marie NICOLLE, *Dignité, Intimité*. Hôpital psychiatrique de Sotteville-les-Rouen, 2003.

Jean-Marie Nicolle est professeur agrégé de philosophie et enseigne en CPGE de Lettres au lycée Jeanne d'Arc de Rouen.

4. Michela MARZANO, *Penser le corps*, PUF, 2002

Michela Marzano est une chercheuse, philosophe et écrivaine italienne contemporaine. Ces thèmes de recherche privilégiés sont le corps humain et son statut éthique, l'éthique sexuelle et l'éthique médicale.

## 1. LES PRATIQUES DE SOIN METTENT À ELLES SEULES EN CAUSE L'INTIMITÉ DU PATIENT

Le respect de l'intimité est l'une des manières de respecter la dignité d'une personne. Elle désigne Or, à l'hôpital, protéger l'intimité d'une personne est difficile du fait des pratiques qui y sont faites. C'est ce qu'explique Jean-Marie Nicolle, professeur agrégé en philosophie, dans son texte intitulé « Dignité, intimité ». Selon lui, le simple fait du contact visuel et de la proximité physique du personnel avec le corps du patient constitue une violation de son intimité. En effet, alors que dans la vie de tous les jours cette personne protège ses parties dites « intimes » du regard de l'autre en mettant une barrière entre ce qui est de l'ordre personnel et de l'ordre du « public », à l'hôpital cette frontière semble ne plus exister. Le philosophe donne l'exemple de la toilette intime des malades qui contraint véritablement le patient à exposer, c'est-à-dire à laisser voir, sentir et toucher des parties de son corps. Le patient peut alors sentir sa dignité bafouée du fait qu'il laisse paraître sa part d'animalité à la vue de l'autre.

Puis, Erving Goffman, dans « les rites d'interaction » expose une autre façon d'entraver l'intimité d'un malade. En citant une théorie de Georg Simmel, sociologue et philosophe allemand, il explique qu'il existe une propriété privée propre à chaque personne constituée non seulement de son individualité, mais également de biens matériels s'y attachant. En effet, Georg Simmel<sup>5</sup> utilise l'image du cercle pour parler de la propriété privée qui entoure chaque personne. Il précise que ce cercle a un périmètre qui varie en fonction des relations. Ainsi, si le personnel médical se trouve en dehors de ce cercle et atteint les biens matériels privés du malade, cela constitue une violation de l'intimité de la personne. Erving Goffman donne l'exemple de l'inventaire détaillé des affaires d'un patient fait par le personnel de l'hôpital qui, bien souvent, est vécu comme une indiscretion pour le patient. En effet, se faisant, le personnel franchit le seuil de l'intime et ainsi met à mal sa liberté.

Puis, l'intimité n'est pas uniquement corporelle ou matérielle, elle peut également être atteinte s'il y a intrusion dans le vécu d'un malade. Cette intrusion, E. Goffman le rappelle est fréquente au sein des hôpitaux. Il est admis que le médecin puisse aborder des aspects privés de son patient pour aider à son diagnostic. Or, cet accès à son histoire personnelle peut être difficilement vécu par celui-ci. Il doit se dévoiler et admettre que ces informations seront partagées par l'ensemble du corps médical.

Ainsi, à l'hôpital, les aspects techniques de l'examen médical imposent au personnel de franchir certains seuils d'intimité physique, matérielle et spirituelle du malade.

---

5. Georg Simmel est un philosophe et sociologue allemand. Contemporain de Max Weber, il partage tous deux une conception semblable de la sociologie. Ce sont les figures les plus importantes de la sociologie allemande classique.

## 2. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ, UNE RELATION INSTITUTIONNALISÉE

Cependant, il semblerait que ces seuils d'intimité d'une personne dépendent également du cadre de l'action. E. Goffman explique qu'au sein d'une interaction sociale, l'individu ne se présente pas comme une personne globale, mais en fonction d'un statut particulier. Il existe, en réalité, un code rituel intériorisé qui dicte les rapports. Ainsi, au sein d'une interaction entre soignant et soigné, la relation médicale est définie comme pertinente ; mettant généralement de côté tout type d'autres relations (homme-femme, jeune/vieux, etc.). Ce seraient donc de nouvelles règles, propres à la relation soignant-soigné, qui régissent la relation au corps. Il est ainsi considéré comme légitime qu'un soignant puisse entrevoir des parties intimes de son patient lors d'une consultation afin d'établir un diagnostic. Le cadre de l'échange influe donc sur le seuil d'intimité du patient. De même, la personne, dans son rôle de patient, a acquis l'idée que la règle de conduite de cet échange est, en principe, asymétrique, c'est-à-dire que le soignant et le soigné n'arboient pas les mêmes droits au sein de l'échange. Ainsi, le patient, du fait du cadre particulier qu'est celui de l'hôpital, accepte, par exemple, de donner des informations personnelles sans en recevoir en retour de l'autre et sans que cela nuise à sa dignité et son intimité.

Jean Peneff, sociologue français ayant fait une année en immersion dans un service d'urgence en tant que brancardier a observé la nature de cette relation. Il explique dans un chapitre de son livre « l'hôpital en urgence » que le soignant, pour entrer dans son rôle, adopte des comportements codifiés que nomme, par ailleurs, E. Goffman « le cérémonial ». Il s'agit de protocoles employés par les soignants pour réduire l'ambiguïté de certaines situations. En effet, certaines situations de proximité entre un homme soignant et une femme soigné peuvent porter à confusion si les rôles ne sont pas clairement définis. Il faut alors, pour éviter toutes confusions, que le soignant manifeste sa volonté de s'inscrire dans son rôle de soignant et non pas en fonction de sa nature d'homme. Cela permet de clarifier la relation et de marquer implicitement d'un commun accord les limites de ce nouveau rapport. Ainsi, outre l'uniforme qui participe à institutionnaliser la relation, une façon pour le soignant de démontrer cet ancrage dans son rôle est de manifester, envers le patient, le souci de préserver son intimité et sa pudeur. Jean Peneff énumère ces techniques passant du déshabillage à deux, à la façon de saisir le patient, et de lui parler. Par exemple, les soignants utilisent fréquemment l'impersonnel « on » pour souligner l'accord mutuel de l'acte de soin et expriment à haute voix chaque action qu'ils entreprennent ou vont entreprendre.

Ainsi, si le cadre de l'action et le rôle des acteurs sont correctement définis pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, la relation soignant-soigné ne devrait pas comporter de risque d'atteinte à la

sphère intime. Cependant, Jean Peneff précise que bien que cette relation soit institutionnalisée, le périmètre des sphères d'intimité n'est pas le même pour chaque personne. La culture de l'individu doit notamment être prise en compte pour adapter les prises en charge des patients.

### 3. VERS UNE PERTE D'HUMANITÉ DU PATIENT

Enfin, Michela Marzano, philosophe et écrivaine italienne, apporte une vision qui nuance ces propos. En effet, dans son livre « penser le corps », elle explique cette convention du regard médical sur le patient. Selon elle, les progrès scientifiques dans la médecine et notamment la découverte de l'anatomie ont eu pour conséquence de transformer le corps du patient en une « machine sophistiquée ». En effet, le travail mécanique du soignant a parfois pour effet pervers de ne lui laisser entrevoir que le corps chez le malade et plus l'esprit. Ainsi, pour illustrer son propos, elle évoque le travail de certains soignants qui se résume à la lecture de graphiques et de rapports concernant le patient, ce qui les éloigne de l'individualité du patient. En considérant le patient comme un « homme-objet » et plus un « corps-sujet », le soignant porte gravement atteinte à la dignité de la personne. Le sociologue Jean Peneff apporte une autre raison à cette considération du soignant. Il explique que le corps des malades constitue une charge matérielle dans le travail des soignants. En effet, pour déplacer un malade, ils sont amenés à l'appréhender, comme tout autre matériau, à travers sa densité. Ce côté technique est indissociable de la pratique particulière qu'est la médecine.

Or, Jean-Marie Nicolle soutient la nécessaire prise de distance du soignant envers le patient pour parvenir à maintenir sa dignité. Il admet que l'état dans lequel se trouve le malade peut parfois amener le soignant à oublier sa nature humaine. En effet, une dégradation physique et morale du malade a pour conséquence de donner l'impression d'une perte d'humanité. De même, sa différence fait peur au soignant et considérer l'autre comme un corps lui apparaît comme une solution pour se protéger de l'inconnu. Le philosophe explique qu'il est cependant nécessaire pour le soignant de dépasser ces considérations immédiates afin de maintenir la dignité de la personne malade. C'est, en effet, au travers du regard de l'autre que le malade mesure son image. Maintenir la dignité d'une personne reviendrait donc à le respecter en le considérant comme une personne à part entière.

**Ainsi, la relation soignant-soigné est une relation construite au cœur de laquelle chacun des acteurs joue un rôle bien défini. Erving Goffman et Jean Peneff s'accordent sur le fait que chaque acteur doit reconnaître pleinement son rôle pour assurer une représentation cohérente.**

De ce fait, il semblerait que le seuil de l'intime de la personne dont dépendent le sentiment de pudeur et l'impression que notre droit au secret, nos propriétés ont été respectés- soit dicté par ce code intériorisé, et ainsi soit dépendant du cadre de l'action et de la relation dans laquelle elle se trouve.

Or, on l'a vu, une relation dont les contours sont bien définis permet de donner un cadre à l'intime, mais pas forcément de préserver la dignité du patient. En effet, au sein de cette relation, le patient recouvre généralement un rôle passif et doit se résoudre à adopter les codes d'un rapport asymétrique puisqu'il incarne une faiblesse qui appelle de l'aide.

On l'a vu, Michela Marzano et Jean Marie Nicolle soutiennent que la personne, dans son rôle de soigné, a peu de prise sur l'image qu'elle renvoie, son état de vulnérabilité mettant en péril une part de sa dignité. Or, être digne c'est correspondre à une image idéale, c'est-à-dire donner une représentation de soi qui ne gêne pas l'autre. La dignité, passant par le regard de l'autre, il revient donc au soignant de renvoyer une image positive au patient qui communique le respect et la considération empathique de l'autre en tant que personne à part entière et non en tant que simple « objet » de soin.

# Faut-il être détaché émotionnellement pour bien soigner ?

---

Dans de nombreux manuels destinés à l'apprentissage du métier de soignant, on trouve des consignes concernant la relation soignant-soigné. On rencontre notamment, dans les appréciations de stage des soignants, une rubrique concernant les capacités relationnelles du futur soignant. Elle indique qu'il doit avoir un « contrôle [de] ses réactions affectives » et savoir maîtriser ses émotions dans sa relation avec le patient. Ainsi, cela m'amène à me poser la question suivante : faut-il être détaché émotionnellement pour bien soigner ? Nous étudierons cette question en trois temps. En première partie, nous verrons quelles sont les raisons qui justifient le besoin des soignants de mettre de côté leurs émotions dans leur relation avec les patients ; puis dans un second temps, nous nous questionnerons sur les risques de cette prise de distance émotionnelle. Enfin, une dernière partie sera consacrée à la démarche empathique comme une alternative à la sympathie.

Les soignants éprouvent le besoin de mettre à l'écart leurs émotions pour diverses raisons.

Tout d'abord, cette prise de distance permet au personnel de revendiquer son rôle de soignant au sein de sa relation avec le patient. La relation soignant-soigné est une relation singulière du fait, notamment, qu'elle implique une proximité forte. En effet, les aspects techniques de l'examen médical imposent au personnel de franchir les seuils d'intimité du malade. L'anthropologue [E. T. Hall](#) s'intéresse à ces seuils en démontrant l'existence de plusieurs types de distance dans les relations humaines. Ainsi, dans la vie quotidienne, un individu utiliserait une distance publique lorsqu'il s'adresse à un groupe de personnes lambdas et une distance sociale pour communiquer avec des connaissances. Puis, la distance nommée comme étant « *personnelle* » désigne la distance minimum acceptable par chaque individu. Elle est plutôt réservée aux amis ou à la famille. Enfin, la distance « *intime* » est une zone affective et émotionnelle. En effet, T Hall explique que « *De Om45 au contact physique, la vue n'est plus*

*la seule en jeu, d'autres canaux rentrent en jeu : l'odeur, le rythme respiratoire, la température de la peau. La voix est murmurée* »<sup>1</sup>. Or, dans le soin, les distances « *personnelles* » et « *intimes* » sont courantes entre le soignant et son patient. On est donc face à un rapport particulier que les soignants tentent de réajuster pour éviter toute confusion dans la relation. Toutes sortes de techniques sont alors employées pour réduire l'ambiguïté de certaines situations : l'exécution des soins avec des gestes plus francs, l'utilisation d'une voix plus soutenue, le port de la blouse ou le vouvoiement permettent par exemple de marquer les limites de la relation. Il s'agit d'aller à l'encontre de l'affect, de ne surtout pas montrer les signes perceptibles d'une émotion pour maintenir une distance « *professionnelle* ». Ainsi, dans ce rapport de proximité avec le patient, le personnel a besoin de marquer son ancrage dans son rôle de soignant et ceci peut passer par un retrait émotionnel, plus ou moins marqué.

Puis, les soignants, pour exécuter leur travail au mieux, ont besoin d'être dans une position neutre et au maximum, objectif. En effet, ressentir de la sympathie pour le patient risquerait d'obscurcir leur jugement clinique, et se laisser envahir par ses émotions leur ferait perdre leur recul et leur discernement. Ainsi, pour assurer le maintien d'une telle position, les soignants apprennent, par leurs enseignements, à réprimer leurs émotions et à contrôler leurs réactions affectives.

De la même manière, cette nécessité de contrôle de ses émotions est également justifiée par un besoin d'autoprotection. En effet, les soignants connaissent une charge émotionnelle supérieure à la normale dans leur quotidien en fréquentant des individus en détresse, en état de souffrance, et de fragilité. Cette proximité peut amener le soignant en sa qualité de personne à s'identifier au patient, et à être affecté personnellement par ses émotions. Or, ces réactions affectives lorsqu'elles sont trop sollicitées peuvent fatiguer le sujet empathique, anéantir ses capacités stratégiques et le submerger émotionnellement. C'est ce que [Martin Hoffman](#)<sup>2</sup> appelle la « *surexcitation empathique* »<sup>3</sup>. Pour contrer cette surexcitation, les soignants apprennent à minimiser leurs émotions. D'une part à travers leur apprentissage : on apprend aux soignants à maîtriser ses affects pour ne pas se laisser envahir au quotidien par des émotions envers le patient ; d'autre part par le biais de mécanismes réflexes. En effet, cette peur d'être atteint personnellement par la douleur, ou même de ressentir des sentiments positifs pour l'autre amène inconsciemment les

1. Edward T. HALL La dimension cachée Ed. Du Seuil, 1978  
Edward T. Hall est un anthropologue américain et un spécialiste de l'interculturel. Il a enseigné dans diverses universités américaines comme Denver, à Harvard Business School et l'Institut de Technologie de l'Illinois.

2. Martin Hoffman est professeur de psychologie à l'université de New York. Spécialiste de renommée mondiale, il a consacré de nombreux articles scientifiques et ouvrages au développement de l'empathie et de la pensée morale.

3. Martin GIBERT et Morgane PARIS. *L'imagination et les biais de l'empathie*. Les ateliers de l'éthique, la revue du CREUM. Volume 5, numéro 1, 2010.

soignants à se créer une carapace - matérialisée notamment par la blouse – pour établir une distance au sein de la relation.

Ainsi, que ce soit pour affirmer une relation de soin, pour assurer une objectivité maximale ou pour se protéger d'une surexcitation empathique, les soignants apprennent à adopter une attitude de réserve dans leur relation avec le patient. L'émotion ne semble donc pas être une composante de la relation de soin. Au contraire, elle est réprimée de cette relation. Mais n'y a-t-il pas des risques à cette prise de distance émotionnelle? Quelles sont les incidences de cette « répression des émotions » du soignant pour le patient?

On l'a vu, par moment, pour se libérer de l'affectivité, les soignants créent une distance « hyperdéfensive » avec le patient. C'est justement ce dont met en garde **Pascal Prayez**, psychologue clinicien, dans son livre *Distance professionnelle et qualité du soin*<sup>4</sup>. Selon lui, ce « blindage » annule la relation humaine entre les deux individus et peut entraîner à la longue un non-respect de certains droits du patient : droit à l'information, au consentement libre, à l'intimité, et surtout au respect de la dignité. Au début du règlement infirmier, on trouve ce décret : « l'infirmier exerce sa profession dans le respect de la vie de la personne humaine, il respecte la dignité de la personne ». Or, en se détachant émotionnellement, le soignant tend à considérer le malade comme un objet, une charge physique et à le percevoir seulement au travers de sa pathologie. Cette nouvelle considération peut malencontreusement faire perdre à la vue des soignants les droits qui se rattachent au patient, à la personne humaine. Ainsi, par exemple, cette prise de distance, ajoutée à la routine du travail du soignant, peut l'amener à appeler un patient par sa maladie plutôt que par son nom. Cette erreur, assez courante, est pourtant une forte atteinte à la dignité du patient dans sa qualité de personne. Ainsi, un des risques de cette protection est d'oublier la part humaine dans le rapport avec le patient pour en conserver uniquement l'aspect technique. Le rappel aux bonnes pratiques de respect des droits du patient est d'ailleurs fréquent : frapper avant d'entrer dans une chambre, dire bonjour, demander l'autorisation avant de pratiquer un soin... sont des évidences qui ont besoin d'être rappelées afin que la politesse reste une composante du soin.

Puis, de manière plus générale, se mettre à l'écart dans la

4. Pascal PRAYEZ, *Distance professionnelle et qualité de soin*. Gestion des ressources humaines. Editions Lamarre, 2003, 228 pages.

**Pascal Prayez** est psychologue clinicien et formateur en milieu hospitalier. Il a publié différents livres consacrés à la distance professionnelle et au toucher dans le soin.

relation avec le patient revient à considérer le « cure » comme étant l'aspect unique de la relation de soin. Or, le vocabulaire anglais retient deux natures de soins différentes : d'une part, « To cure » signifie guérir, réséquer, traiter en ôtant le mal. Ce sont les soins techniques de réparation ou de traitement de la maladie. Puis, il existe également le verbe « to care » qui apporte une dimension plus sensible au soin avec pour signification « prendre soin de ». Cette partie du soin à la spécificité de prendre en compte la dimension humaine comme étant le fondement d'une véritable relation de soin. Ainsi, sans cette relation humaine, le soin reste uniquement un acte technique. Or, il faut rappeler la définition de la santé selon l'OMS « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le soin n'est alors pas un acte technique porté sur un corps déconnecté de la personne sous toutes ses facettes, il doit permettre de rétablir un bien-être. En outre, le soin est une nécessité relationnelle.

Enfin, en tant qu'être humain, nous ressentons un besoin réel d'affection de la part d'autrui. C'est cette affection, cette attention qui vont contribuer à nous procurer un état bien-être. Ce besoin de lien social avec l'autre est relativement reconnu dans nos sociétés comme étant fondamental à l'équilibre de l'Homme. Néanmoins, **Fabienne Brugère**, philosophe, estime que l'on ne mesure pas assez l'importance de notre dépendance à autrui. En effet, selon elle, la conception de l'individu que nous avons intégré dans notre société, de par le courant libéraliste économique, est faussée : « Il n'existe de véritable sujet que dans la relation à autrui que tout acte de sollicitude vient précisément raviver.<sup>5</sup> ». Ainsi, l'Homme ressent inévitablement un besoin d'affection et plus encore lorsqu'il se retrouve en situation de soigné, soit de vulnérabilité : dans cet univers qui lui est inconnu, il vit une situation inhabituelle particulièrement anxiogène du fait qu'elle met en jeu sa santé. Ainsi, cet individu, en état de crise, connaît une dépendance particulièrement importante à l'autre qui se présente à lui. Or, on l'a vu, le soignant, dans son mécanisme d'auto protection, et sa recherche d'objectivité, fuit cette relation humaine. Cette apparente indifférence qui lui renvoie le soignant pourra ainsi faire naître une frustration chez le malade et freiner son processus de soin.

Ainsi, cette prise de distance émotionnelle du soignant envers son patient comporte le risque de déshumaniser la relation de soin et de la restreindre à l'acte technique « to cure ». Du côté du patient, ce manque de sympathie et de chaleur humaine dans sa relation avec le soignant peut véritablement entacher sa dignité, mais également desservir sa prise en charge.

5. Fabienne BRUGÈRE, *Le sexe de la sollicitude*, éditions du Seuil, Paris, 2008

**Fabienne Brugère** est professeure de philosophie à l'université de Bordeaux, présidente du Conseil de Développement Durable de la Communauté Urbaine de Bordeaux ; ses travaux portent sur l'esthétique, l'histoire de la philosophie moderne (XVIII<sup>e</sup> siècle), la philosophie morale et politique et la théorie féministe.

Les constats que nous ont apportés ces deux parties nous amènent à nous poser la question suivante : comment concilier la protection émotionnelle et l'objectivité dont a besoin sur le long terme le soignant dans son travail et la nécessité sur le court terme, sur l'instant, d'apporter au patient de l'affection et de la chaleur humaine ? Pour répondre à cette question, j'ai choisi de consacrer la dernière partie à l'empathie.

Comme une alternative à la sympathie, la démarche empathique semble se présenter comme une solution aux besoins divergents du soignant et du patient. En effet, alors que la sympathie consiste à se sentir interpellé sur le plan émotionnel par l'autre comme une « résonance affective », l'empathie implique une certaine prise de distance émotionnelle. Cependant, cette prise de distance reste mesurée puisqu'elle impose à l'individu de faire l'effort de se mettre à la place d'autrui sans jamais perdre le contact avec lui-même. **Carl Rogers** étaye ce propos en expliquant qu'être « *empathique* consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même, mais sans jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue "comme si" »<sup>6</sup>. Cet état d'empathie, s'il est correctement assimilé par le soignant, voire au travers de son apprentissage, permet d'enrichir humainement la relation soignant-soigné sans mettre à mal le besoin de protection du soignant. En effet, si le patient se sent perçu et compris, il aura plus de facilité à établir un contact avec le personnel et de ce fait, il regagnera une estime de soi due à cette affection « comblée ».

Ainsi, l'empathie est un véritable effort que doit faire le personnel pour maintenir une part humaine au niveau du relationnel avec son patient. De plus, l'apport n'est pas qu'unilatéral, puisque cette démarche sert la prise en charge du patient et peut donc améliorer l'efficacité du travail du personnel.

---

6. C. R. ROGERS, A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology : A study of science, (Vol. 3, p. 184-256). New York : Mc Graw Hill. 1959.

**Carl Rogers** est un psychologue humaniste américain. Il a surtout œuvré dans le champ de la psychologie clinique. Son approche centrée sur la personne met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement).

En conclusion, si l'on peut comprendre que le partage d'une émotion analogue du patient par le soignant peut le fatiguer émotionnellement et nuire à son devoir d'objectivité et de professionnalisme ; l'empathie semble pouvoir être une alternative tout à fait recevable pour combler le manque de chaleur humaine de la relation soignant-soigné. Cependant, si l'empathie apparaît comme une solution pour une nouvelle posture du soignant, la sympathie n'est pas pour autant à exclure radicalement. En effet, à côté de cette relation à deux termes, se trouvent d'autres personnes qui pourraient intégrer cette dynamique relationnelle pour la rééquilibrer. Il s'agit des proches du patient qui ont véritablement cette capacité à disposer d'un regard naturellement empathique, voire sympathique, puisque touché personnellement par l'expérience de leur proche, ils partagent ses affects. Ainsi, serait-il possible d'envisager, quand la présence d'un proche le permet, d'ouvrir la relation à une troisième personne pour permettre à cette dimension humaine, naturellement sympathique, d'être mise à profit ?

Enfin, le patient qui arrive aux Urgences apporte également son lot de soucis lié à sa vie extérieure. Manquer un rendez-vous, retarder son travail ou ne pas pouvoir aller chercher ses enfants à l'école sont des préoccupations majeures pour le patient qui intègre les urgences au dépourvu. Or, le personnel, préoccupé prioritairement par son état de santé, n'a souvent pas le temps, ni l'esprit de s'occuper de ses détails. C'est alors que l'accompagnant peut être d'une grande aide pour subvenir aux besoins "primaires", externes et sociaux de la personne malade.

### 3/L'accompagnant

Les personnes admises aux Urgences sont souvent accompagnées ou rejointe par un ou plusieurs de leurs proches. Ils peuvent être des personnes de la famille, des amis, des collègues de bureau ou plus rarement un inconnu ayant porté secours à la personne souffrante. Inutile de préciser que leur présence augmente la population des urgences et accentue donc le phénomène de cohabitation et ses conséquences vues précédemment. Ces accompagnants sont présents aux urgences pour assister le malade, le rassurer par sa présence, le surveiller, mais aussi avoir des informations en direct sur son état de santé. À l'intérieur du service, ces accompagnants connaissent la même part d'angoisse que les patients concernant l'attente et le manque d'emprise sur le temps.

Bien qu'étant des usagers indirects, ce sont un groupe d'usagers que le service doit prendre en compte. Cependant, on va voir que leur rôle et leur place dans les services d'urgences gagneraient à être mieux définis.

## LE RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT

Lorsqu'ils arrivent aux urgences, ils sont accueillis au pôle administratif où on les renseigne sur l'heure d'arrivée et, quand cela est possible, sur l'état de santé du patient. Ensuite, l'expérience de l'accompagnant semble dépendre entièrement du service dans lequel il est accueilli. Existe-t-il concrètement une loi concernant la place et le rôle d'un accompagnant au sein d'un service d'urgence ?

### a. État des lieux législatif

C'est dans le Code de la Santé Publique que les infirmières vont trouver les principales références législatives encadrant leur profession. Dans ce code, les articles régissant les relations avec la famille ou l'entourage du patient y sont peu nombreux.

Il faut attendre 2002 et la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour que l'on commence à reconnaître l'accompagnant auprès du patient et à se rendre compte de la

nécessité d'encadrer sa présence et son rôle. Ainsi, l'article 1111-6 du code de la santé publique autorise chaque personne à choisir et désigner librement une "personne de confiance" de son entourage. Cette mesure vise principalement à orienter le corps médical vers une personne référente si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Il s'agit d'une modification majeure qui permet de donner une certaine légitimité à l'accompagnant auprès des soignants. Son avis est pris en compte et sa place auprès du patient est justifiée. Or, faute de temps, et n'étant pas dans un contexte d'hospitalisation, la procédure de désignation d'une personne de confiance est rarement établie au sein des services d'urgences. Faut-il alors conclure qu'en l'absence de ce document signé, le personnel peut se passer d'intégrer l'accompagnant ? La question se pose puisqu'aux urgences, aucune autre réglementation n'encadre cette relation entre le patient, son accompagnant et le personnel. La volonté d'intégrer ou non l'accompagnant est alors entièrement tributaire du projet de soin formulé par chaque service. On trouve donc une grande disparité concernant l'accueil des accompagnants, leur rôle et place au sein des différents services d'urgences. Pour une situation identique, dans un service on pourra accueillir l'accompagnant à l'intérieur pour tenir compagnie à son proche, alors que dans un autre on lui demandera de patienter voir même de rentrer chez lui jusqu'à ce qu'on lui donne des nouvelles. Cela dépend de la volonté et des valeurs de l'institution. ●

### b. L'Accompagnant : un repère pour le patient

Face à ce flou dans la législation, je choisis de me référer à l'un des droits du patient dans le code de la santé publique : Article L.1110-2 : "La personne malade a droit au respect de sa dignité" son pendant, destiné au secteur social et médico-social, figurant à l'article L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles, précise que le bon respect des droits et libertés individuelles passe également par "le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité [...]". Le devoir de respect de la qualité du patient en tant qu'être humain est donc ce qui fonde un ensemble de prérogatives à l'exercice des soignants. Le soin n'est pas la réparation d'un état physiologique défectueux, mais comme le définit l'OMS : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Le soin n'est alors pas un acte technique porté sur un corps déconnecté de la personne sous toutes ses facettes, il doit permettre de rétablir un bien-être. Ainsi, l'accompagnant apparaît comme étant un des acteurs qui peut contribuer à cette qualité d'"Être global". Reconnaître l'accompagnant c'est une façon complémentaire de reconnaître le patient en tant que personne et respecter sa vie privée. Il représente, en effet, un repère, un lien avec le monde intime du patient, et sa vie domestique.

Par ailleurs, les partisans du concept de la proximologie défendent

● Il est intéressant de noter qu'un rôle semble avoir été réfléchi dans les services d'urgences pour les accompagnants : celui d'attendre via l'aménagement de salles d'attente. L'accompagnant dans un service d'urgence doit-il avoir pour seul et unique rôle cette fonction passive et contemplative ? N'y a-t-il pas une légitimité à l'admettre auprès du patient si celui-ci en exprime le besoin ? L'analyse des usages et la méthodologie de design peuvent-elles faire émaner des possibilités d'aménagement qui amèneraient alors un service à se positionner ?

activement cette idée. La proximologie est une nouvelle aire de recherche qui se consacre à l'étude des relations entre la personne malade ou dépendante et ses proches, souvent dénommés "aidants naturels". Ce concept "considère la présence et le rôle de l'entourage comme des éléments déterminants de l'environnement du patient, donc de l'efficacité des soins et de sa prise en charge"<sup>20</sup>. Cependant, la proximologie s'intéresse davantage aux personnes dépendantes, aux maladies chroniques ou graves, pour lesquelles la reconnaissance de l'aidant est fondamentale puisqu'ancrée sur du long terme. Pour autant, des situations à priori plus ponctuelles, comme dans un service d'urgence, peuvent nécessiter elles aussi une prise en compte de l'entourage. De manière plus générale, ce courant de pensée juge la présence du proche comme étant indispensable à toute personne se trouvant dans une position de vulnérabilité. Ainsi, on l'a vu, un malade accueilli dans un service d'urgences est souvent déstabilisé, en manque de repères dans un environnement qui lui est inconnu, et confronté à la peur pour son état de santé. La présence de son proche lui permet de maintenir un lien social et affectif et d'atténuer le sentiment de rupture.

### c. *L'Accompagnant : un partenaire ?*

Enfin, on peut se demander si l'accompagnant pourrait recouvrir un rôle plus actif et être considéré comme un partenaire de soin par le personnel. D'après [Kristian Schneider](#)<sup>21</sup>, directeur des soins de l'hôpital universitaire de Bâle, le proche est une ressource pour le personnel qu'il faut utiliser. Tout d'abord, il apporte des informations personnelles liées au mode de vie ou aux antécédents du patient qui aident à la réalisation du diagnostic. De même, il est une autre oreille aux informations données par le soignant au patient. Grâce à son recul sur la situation, il peut apporter une perception nouvelle du diagnostic en interprétant différemment les informations reçues. Puis, il peut recouvrir un rôle de surveillance qui peut décharger le personnel en rapportant des informations en temps réel lié aux besoins immédiats du patient. Enfin, généralement, lorsqu'ils sont ensemble, le patient et son proche s'apaisent par leur simple présence mutuelle dans un environnement qui leur est inconnu. Ainsi, en donnant la possibilité à l'accompagnant de recouvrir ce rôle plus actif, le personnel pourra y trouver une aide à la prise en charge du patient. Pour cela ce rôle doit être aménagé et le designer peut y contribuer, mais cette considération de l'accompagnant en tant que partenaire repose principalement sur la volonté du chef de service et de son personnel.

20. Hugues JOUBLIN, *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins*, Enjeux éthiques de proximologie, Toulouse, ERES « Poche - Espace éthique », 2010. 312 pages

21. [Kristian SCHNEIDER](#) est l'ancien directeur des soins du département de la médecine interne, de l'hôpital de Bâle, et actuellement directeur de l'Hôpital du Jura.

## RENCONTRE

# Le rôle de l'accompagnant

vu par Kristian Schneider

---

Vendredi 2 Novembre, je me suis rendu en Suisse pour visiter le service des urgences de l'hôpital Universitaire de Bâle et rencontrer Kristian SCHNEIDER, le directeur des soins de l'hôpital.

Ce service d'urgences m'a beaucoup étonné tant ses codes, ses espaces et ses couleurs sont différents des SAU que j'ai visité en France. Ce service a été récemment rénové par IttenBrechtbühl, une entreprise suisse d'architecture et de planification générale.

Dès notre arrivée, un vrai accueil humain nous attend : trois bureaux sans vitre, avec chaise pour l'usager, offrent un contact direct avec le personnel. La salle d'attente, quant à elle, est vaste et ouverte et permet une vision directe sur l'entrée du service, l'activité de l'IOA et le bureau administratif. Les couleurs sont intelligemment utilisées pour marquer les zones ou homogénéiser des espaces. De même, les vitres tantôt translucides tantôt sablées cloisonnent l'espace subtilement entre zones confidentielles et zones publiques. A l'intérieur du service, la grande lisibilité des espaces se poursuit. Les boxes des patients sont clairement identifiables dans l'espace y compris pour une personne étrangère au service. En effet, d'apparence, ces boxes semblent identiques de part leur homogénéité : une simple pièce cubique qui se coupe de l'extérieur à l'aide d'un rideau blanc. Seul un code constitué d'une lettre et d'un numéro les différencient les unes des autres. Il permet au personnel d'identifier le placement des différents patients et communique également sur un niveau de gravité (ex : la première rangée correspond au cas le moins grave).

Ce qui est intéressant ici, c'est que l'architecte a pris le parti d'épargner l'aspect technique à l'usager en ne lui communiquant que l'essentiel. En effet, il a su séparer les informations relatives au personnel en créant un code lisible par lui seul, des informations qui suffisent à l'usager pour comprendre l'espace du service d'urgence. Cette même volonté de simplifier, d'aller à l'essentiel pour assurer une compréhension immédiate de l'espace pour l'usager, on la retrouve dans le reste du service. En effet, l'architecte a su faire disparaître au maximum les réseaux de lignes qui caractérisent habituellement les services hospitaliers. (Je parle du mobilier hospitalier aux structures complexes et visibles, des appareils électriques avec leurs

raccordements multiples, de la complexité d'objets techniques dont la fonction échappe au public extérieur, etc.) Tous ces objets issus du monde hospitalier sont complexes visuellement et leur accumulation dans l'espace contribuent à polluer le champs visuel de l'utilisateur. Ainsi, l'architecte a choisi de privilégier l'utilisation de larges surfaces monochromes, lisses et opaques dès qu'il en avait l'occasion. Ce travail de dé-médicalisation réussit à apaiser une atmosphère anxiogène, car à l'origine trop technique pour l'utilisateur. Ainsi, le design de ce SAU communique clairement une volonté d'offrir un service de qualité aux usagers. Ma rencontre avec le directeur des soins, Kristian SCHNEIDER, a confirmé cette impression.

M. SCHNEIDER m'explique que l'offre de son service d'urgences est centrée autour des usagers, c'est à dire du patient et de l'accompagnant. Pour garantir la qualité de son service, le personnel doit considérer que son usager est un binôme. Ainsi, selon lui, il n'y a pas de sens à séparer le patient de son proche car cela a pour unique conséquence d'augmenter leur état d'anxiété et d'incompréhension. Au contraire, il faut accueillir l'accompagnant et lui laisser la possibilité de voir rapidement son proche. Il a besoin d'être rassuré et de voir par lui-même que l'on s'occupe de lui. De même, il m'explique que l'accompagnant est une ressource à utiliser pour le personnel : en plus de calmer le patient, il donne des informations facilitant le diagnostic et peut se substituer au personnel pour surveiller le malade.

Ainsi, dans le service d'urgences de Bâle, l'accompagnant revêt un rôle actif, il est considéré comme un réel partenaire de soin qui peut trouver sa place, s'il le souhaite, à l'intérieur du service.

Cette cohabitation harmonieuse entre personnel patient et accompagnant m'étonne et je demande alors à Kristian SCHNEIDER qu'elles sont les clés pour y parvenir. Il me répond en trois points :

#### > le projet du service envers les usagers ( patient et ses proches)

Tout d'abord la "cohabitation active" du personnel avec les usagers et leurs proches repose en premier lieu sur le projet du service et une conception participative de la prise en charge. C'est une volonté forte de l'institution, du cadre, des médecins et du personnel de considérer l'utilisateur comme acteur de sa santé. Le personnel doit porter en lui les valeurs de l'accueil et du respect des familles et comprendre l'intérêt de son intégration dans le service des urgences. C'est cette volonté qui leur a permis de repenser de façon plus adaptée l'accueil, l'organisation des soins, les espaces dédiés, les informations données, bref tout le cheminement clinique du patient.

Par ailleurs, pour être efficace, ce projet de service doit être tangible pour les usagers. L'accompagnant doit être informé de son rôle potentiel à l'intérieur du service comme des règles de bonne conduite à adopter. Cette cohabitation ne peut se faire correctement sans qu'il y ait au préalable une base propice à ces interactions à trois termes (personnel/patient/accompagnant).

#### > Le désengorgement des urgences en évinçant les cas les moins graves.

Le service des urgences de Bâle a trouvé une solution pour désengorger le service et ainsi optimiser ses ressources. Dans une partie retirée du service, existe quelques boxes destinés à recevoir les cas les moins graves. Il s'agit en réalité, non pas de médecins urgentistes mais de médecins de villes qui s'occupent des patients. Ce système a permis de faire réduire le temps d'attente des cas les moins graves, de diminuer le nombre de patients présents à l'intérieur du service et d'utiliser les ressources correctement pour les cas nécessitant réellement d'une procédure d'urgence.

#### > Les locaux

Les services d'urgences sont des services ouverts où le personnel a la particularité de devoir travailler devant les usagers. Dans le service d'urgences de Bâle, les patients se situent dans des boxes particuliers, qui ne sont pas en vis à vis avec l'espace de travail du personnel. Cette segmentation de l'espace par zones, ajoutée au désengorgement du service, permet au personnel de ne pas être constamment sous le regard des usagers et aux patients et accompagnants d'avoir des moments d'intimité.

Ainsi, la découverte de ce service d'urgences et la rencontre avec M. SCHNEIDER, m'a conforté dans ma volonté de centrer mon projet autour de l'accompagnant. La "dé-médicalisation" apparente, la division des espaces par zone et le projet de service innovant sont les éléments principaux que je souhaite retenir de cette visite et qui enrichiront la suite de ma réflexion.

## LA PERCEPTION DE L'ACCOMPAGNANT PAR LE PERSONNEL

Jean Peneff, durant son année d'immersion dans un service d'urgence a décelé un mal-être du personnel concernant la présence de l'accompagnant à l'intérieur du service. Il explique qu'« Aux urgences, la présence de la famille est à la fois utile et redoutée. Redoutée, car elle est une potentialité de complications par le fait que, concernée, elle est un témoin des gestes médicaux ; les accompagnateurs observent, questionnent, commentent le travail : on peut rater une piqûre et être accusé de faire souffrir inutilement. En général, les médecins se soustraient à ces demandes en exigeant l'isolement pour l'examen et le traitement du malade.»<sup>22</sup> Il semble y avoir une peur du regard de l'autre. Par ailleurs, j'ai moi-même fait un travail d'observation et d'enquête dans le service d'urgences d'Haute-pierre à Strasbourg. Je me suis rapidement rendu compte que l'accompagnant était considéré, par une partie de personnel, comme un élément venant perturber son travail en le déstabilisant. Le personnel a également évoqué les locaux et l'aménagement du service comme étant un frein à l'intégration de l'accompagnant auprès de son proche. Le manque de place peut ainsi être invoqué pour excuser cette mise à l'écart de l'accompagnant. Seulement, il m'a semblé que de manière générale l'accompagnant n'était pas considéré comme un usager à part entière du service, mais plutôt comme un intrus, une charge en plus, critiqué pour son manque de "savoir-vivre". En effet, hormis pour l'attente, sans rôle ni place clairement définis à l'intérieur des services d'urgences, l'accompagnant se retrouve souvent désorienté et n'adopte pas les comportements attendus par le personnel du service. On lui reproche souvent de gêner au milieu du passage, d'être indiscret en assistant au travail des urgentistes comme à un spectacle, de manquer de compréhension ou même d'adopter des comportements trop agressifs envers le personnel. Une campagne menée en 2005 par la Fédération Hospitalière de France (FHF) montre bien l'hostilité des professionnels envers les usagers. Sous forme d'affiches destinées à être présentées en salle d'attente, la fédération tente d'améliorer la compréhension de l'usager quant aux délais d'attente. Ainsi, chaque image est accompagnée respectivement d'une phrase ironique "Si on ne vous parle pas, c'est qu'on regarde la télé", "Si vous patientez, c'est que d'autres se font masser", "Si vous attendez, c'est qu'on préfère regarder des photos". En bas des images figure la phrase "On fait notre maximum, restez poli, au minimum", suivie de la référence à deux articles du Code pénal qui incriminent les agressions physiques et verbales. Cette façon brutale et faussement ironique d'informer l'usager tend à l'assimiler à un sujet "égocentrique aussi impatient que stupide".

22. Jean PENEFF, Op. Cit; p. 97.

C'est ce que reproche Pierre Lascoumes, dans son texte *L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ?*<sup>23</sup>. En effet, selon lui ces campagnes tendent à rejeter principalement la faute des problèmes organisationnels sur l'usager, du fait de sa mauvaise volonté à comprendre. Cela traduit clairement une exaspération du personnel et probablement aussi un manque de prise de conscience de leur part, quant à l'opacité du fonctionnement de leur service. N'y aurait-il pas une autre façon de faire comprendre le fonctionnement du service aux usagers ? ●

- Un travail de définition permettrait-il à l'accompagnant de retrouver des repères, un code de conduite et ainsi d'améliorer à la fois son expérience à l'intérieur du service d'urgence, de mettre à profit ses apports dans la prise en charge du patient et ainsi de mieux faire accepter sa présence auprès du personnel ? Pour cela, il semblerait intéressant que les soignants eux-mêmes déterminent un projet de service intégrant l'accompagnant dans la prise en charge. Un projet qui pourrait dans un premier temps prendre la forme d'une charte de bonne conduite de l'accompagnant. Il s'agit de se demander : comment l'accompagnant peut-il devenir une aide pour le personnel à l'intérieur du service ? Quelles sont les conditions de cette réussite ? Le designer peut proposer des aménagements facilitant la cohabitation triangulaire (patient/ accompagnant/ personnel). Il semblerait judicieux de matérialiser spatialement la charte pour faciliter une acceptation quasi-intuitive par les usagers.

23. Pierre LASCOUMES. *L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ?* In : Politiques et Management public, vol. 25 n° 2, 2007. pp. 129-144

Pierre LASCOUMES est un sociologue et juriste français. Il est directeur de recherche au CNRS, rattaché au Centre de recherches politiques de Sciences Po (Cevipof). Il travaille sur l'analyse des politiques publiques.

# La relation personnel - accompagnant

vue par Jean Peneff

---

Jean Peneff, né en 1939, est un sociologue français, qui a enseigné successivement à Paris 8, au département de sociologie de l'Université d'Alger, à l'Université de Nantes et qui a terminé sa carrière d'enseignant à l'Université de Provence (Aix-en-Provence). Il a développé, au cours de sa carrière une attention toute particulière pour la méthodologie d'observation directe et participante pour analyser un terrain. Le manuel de sociologie qualitative (publié en 1975 et réédité en 1985 par Bogdan et Taylor) ; définit l'observation participante comme étant un dispositif de recherche caractérisé par « une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. »

C'est cette méthodologie que Jean Peneff a utilisé pour sa recherche sur les services d'urgences. En effet, Jean Peneff a travaillé pendant un an, à mi-temps, comme brancardier au service des urgences d'un grand hôpital de l'Ouest. De cette observation, on découlé deux livres principaux L'Hôpital en urgence et Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale, Paris, Métailié, 1992 et 2000 ; dans lesquels il y décrit la spécificité du travail des urgentistes, analyse les dynamiques de groupe tant entre membres du personnel qu'au sein de la relation avec le patient et sa famille.

J'ai souhaité le rencontrer pour pouvoir bénéficier de cette vision multiple : parallèlement à son regard de sociologue, il a développé une empathie notable pour le personnel des urgences pendant son année d'immersion. Cette perception singulière qu'a Jean Peneff, m'intéresse ainsi pour comprendre d'où vient cette distance qu'instaure le personnel vis-à-vis de la famille du patient ; qu'es-ce qu'il se joue dans cette relation à trois termes ; quels sont les leviers qui pourraient amener un autre regard ?

Au sortir de ce rendez-vous, je repars avec des pistes de réflexions, Jean Peneff m'a aidé à poser les bases d'une présence de l'accompagnant qui permettrait d'être en phase avec les spécificités du travail des urgentistes ; et à définir un rôle et une place pour l'accompagnant qui ne se fasse pas au détriment du travail du personnel, ni de la prise en charge du patient.

## DÉFINIR

Selon Jean Peneff, pour commencer à réfléchir à une place légitime pour un accompagnant envers son proche, la première chose qu'il serait nécessaire de faire est de définir qui il est.

« Quand on reçoit un malade, plusieurs personnes peuvent se définir comme étant « accompagnant ». Par exemple, si c'est la famille, elle peut être nombreuse, trois à quatre personnes, et il peut y avoir des tensions entre eux s'ils ne tombent pas d'accord sur la stratégie à suivre par exemple. C'est souvent des situations complexes : qui a le droit d'être près de son proche ? qui intervient ? qui décide ? Ce dont je me souviens, c'est ces conflits d'intérêt entre eux qui débordent sur le personnel ». Ces conflits internes sont assez courants et peu profitables à la prise en charge du patient. Jean Peneff préconise alors de définir précisément un accompagnant officiel dès l'arrivée, avec l'accord du patient. Un accompagnant qui aurait des responsabilités, qui serait le récepteur des questions et le responsable du malade à la sortie. Obliger les différentes personnes à désigner un accompagnant responsable permettrait d'éviter que ces conflits internes ne perturbent le travail du personnel.

Nous avons également évoqué la possibilité de faire signer une charte éthique, de bonne conduite, à cet accompagnant. En échange, il pourrait recevoir le badge, faisant foi de son statut, et lui donnant un droit d'accès au service, droit de remplir son rôle de soutien pour le patient.

## CADRER LA PRÉSENCE DE L'ACCOMPAGNANT

« Si je me met dans la peau du personnel, je vois, en premier lieu la complexité et les dangers de faire participer la famille » m'explique Jean Peneff. Il dépeint le service d'urgences comme étant « un monde étrange et compliqué ». en me partageant son souvenir d'une cohabitation difficile dans le service entre « le SDF, le sportif qui s'est cassé le poignée, le groupe de Roms qui vient à 10, le jeune alcoolisé, le grave accident de voiture ». De ce fait, il avoue comprendre cette frilosité des soignants à augmenter cette population des urgences en y intégrant les familles. Pour mettre à profit les apports d'un accompagnant pour le travail du personnel et la prise en charge du patient, il est indispensable de cadrer sa présence. Jean Peneff m'explique avoir observé que la consultation avec le médecin est un moment où l'accompagnant n'est particulièrement pas apprécié à l'intérieur du service. Ceci pour deux raisons :

La première raison que m'expose le sociologue est celle d'un besoin d'objectivité des médecins. En effet, lorsque les familles sont avec leur proche durant la consultation, elles ont tendances à donner leur propres interprétation du diagnostic « je crois qu'il a ça parce qu'il a eu ça ou ça » « d'après moi, il a ceci ». La famille se heurte alors à la volonté des médecins de ne pas être influencé, de faire un diagnostic

de manière autonome. Jean Peneff ajoute, les concernant « Ils pensent que les récits de maladie, les premières réactions de l'entourage face à une crise ne sont pas justes car elles sont affectées par l'émotion. » Or, ces récits de vie, cette mémoire du patient sont néanmoins importants à prendre en compte et à écouter. Il s'agirait de leur laisser une place à un autre moment et face à un autre interlocuteur que le médecin lors de la consultation.

Puis, déjà dans son livre, L'hôpital en urgence, Jean Peneff décrit l'accompagnant comme étant perçu comme un témoin par le corps médical. « Aux urgences, la présence de la famille est à la fois utile et redoutée. Redoutée car elle est une potentialité de complications par le fait que, concernée, elle est un témoin des gestes médicaux ; les accompagnateurs observent, questionnent, commentent le travail : on peut rater une piqûre et être accusé de faire souffrir inutilement. En général, les médecins se soustraient à ces demandes en exigeant l'isolement pour l'examen et le traitement du malade. » (p.97) Lors de notre rencontre, il a tenu à compléter ses propos : « L'autonomie est fondamentale pour tout travailleur. L'ouvrier n'aime pas voir le chronométrateur ou l'observateur derrière lui. Essayez de proposer aux enseignants d'avoir systématiquement les parents d'élèves dans leur classe. C'est difficile. De la même manière, les médecins n'aiment pas ausculter en présence de la famille. Personne n'aime avoir le responsable du sujet sur lequel on travaille dans son dos. » Pour respecter ce besoin d'autonomie et d'objectivité, il semblerait donc essentiel de cadrer la présence de l'accompagnant en l'aménageant en dehors des actes de soins. Une première entrevue avec l'infirmière d'accueil pourrait être prévue pour accueillir le proche et écouter les informations qu'il a à donner. De même, les moments d'attentes me semblent être les moments les plus propices pour accueillir l'accompagnant auprès du patient ; sans pour autant gêner le travail du personnel. Il serait de ce fait indispensable d'aménager une place réelle à l'accompagnant auprès de son proche.

## L'INFORMATION

Jean Peneff admet que le personnel des urgences est parfois « léger » en ce qui concerne l'information donnée aux familles. Mais la raison de cette légèreté se trouve dans un devoir de réserve. « Autant que je me souviens, les médecins ne sont pas pressés de donner des informations parce qu'elle va les engager. Il passe 40 à 60 patients par jour, les médecins doivent prendre le temps pour établir un bon diagnostic, et s'ils ne veulent pas prendre de risques, ils ne peuvent pas parler. Ils ont le souci de ne pas pronostiquer trop tôt. Je pense qu'il faut reconnaître au médecin le droit de réfléchir, de se tromper, d'errer, de faire plusieurs examens, radios, etc. avant d'aller voir la famille ; mais il faut trouver le moyen également de rassurer, d'informer la famille pendant ce laps de temps. Ça n'oblige pas le médecin à se déterminer mais ça lui fait prendre en compte que le patient à une vie extérieure et que cette vie peut être présente ici, dans

la salle à côté, et qu'il doit en tenir compte. »

Ainsi, il s'agirait d'une part d'augmenter l'information donnée au patient sans engager le personnel concernant le diagnostic. Des informations d'ordres générales concernant le processus de prise en charge du patient, le niveau de gravité, des indicateurs de temps permettraient à la famille d'avoir un certain nombre de repères pour justifier, et alléger leur attente. Il semble également nécessaire d'être dans une démarche pédagogique envers l'utilisateur des urgences. Expliquer (ou rendre compréhensible via un support tangible) que l'ordre de passage est effectué de manière rigoureuse, que le temps d'attente dépend de l'activité du service et que dans une volonté d'exactitude, le personnel ne peut pas donner d'informations précises avant min. 2h. Il faut donner des indicateurs, des clés de compréhension du service qui permettent à l'utilisateur lambda de prendre ses repères et de mesurer ses attentes envers le service et son personnel.

### AMORCER UN DIALOGUE AVEC LE PERSONNEL

Enfin, Jean Peneff a relevé à plusieurs reprises la difficulté qui existe à demander au personnel de reconsidérer la place de l'accompagnant. « vous avez un travail redoutable à faire accepter la famille auprès du personnel ; cette réflexion ne va pas de soi lorsque l'on est pris dans une routine ». Cependant, il admet que susciter l'empathie semble être un moyen intéressant pour faire évoluer les considérations du personnel envers l'accompagnant. L'expérience de Kristian Schneider, ancien directeur du service d'urgences de Bâle, qui a commencé à considérer l'utilisateur comme un binôme après une mauvaise expérience en tant qu'accompagnant dans un autre service d'urgences, a fait écho chez l'ancien brancardier « absolument, classique évident ! J'ai connus d'autres médecins qui, une fois passés en tant que patient ou accompagnants, ont radicalement changé leur vision. Le fait d'être passé de l'autre côté, c'est souvent déterminant. »

Quant à mon projet d'organiser un atelier avec le personnel, Jean Peneff a tenu à me donner des conseils concernant l'approche à avoir : cette approche ne doit surtout pas être culpabilisante.

« Le personnel des services d'urgences est lassé des critiques et en a marre d'être le bouc-émissaire de l'hôpital. Quand il y a une erreur, on pointe systématiquement le service d'urgences du doigt. Je pense qu'il faut commencer par respecter leur travail et reconnaître la spécificité de leur lieu. C'est un endroit sensible, un poste exposé ; c'est là où se concentrent toutes les erreurs, c'est la porte d'entrée sur le monde extérieur. »

Enfin et pour conclure, on s'est accordé sur le fait qu'il est nécessaire de repenser le rôle de l'accompagnant aux urgences, en l'officialisant, en cadrant sa présence et en lui octroyant des droits et des devoirs. Et que pour se faire, un travail de réflexion avec le personnel est indispensable afin de concilier les besoins et considérations de chacun.

### C. L'USAGER FACE À UNE ORGANISATION COMPLEXE

Ainsi, le service des urgences a une organisation complexe due à la diversité des acteurs qu'elle doit prendre en compte et à l'activité en dents de scie qu'elle connaît. Le personnel vit au rythme de cette organisation qu'il a acquise naturellement en intégrant ses contraintes. Seulement, au cœur de cette organisation, se situe aussi l'utilisateur (patient ou accompagnant) qui, comme on l'a vu, durant une période met sa vie entre parenthèses pour subir sa présence dans le service d'urgence. Il se confronte alors de manière assez brutale aux aléas et contraintes organisationnelles du service, qui souvent lui échappent et sont sources d'incompréhension.

Selon Marie-Pierre TOURNEUR, architecte hospitalier, les contraintes techniques et organisationnelles des hôpitaux prennent trop de place et font de l'ombre à ce qui devrait être central : l'humain. « À l'hôpital, "deux langages se croisent suivant qu'ils sont issus de l'institution ou du malade : l'un parle du nombre de ses lits, de ses prouesses techniques, de son architecture, de ses ambitions, de son futur, etc. ; l'autre parle de la façon avec laquelle il est accueilli ou rejeté, traité ou mal traité, de la qualité des soins et des repas."

Ainsi, bien que les usagers partagent le même but de soin, ils ne partagent pas les mêmes préoccupations et n'ont pas la même perception du service. Il faut notamment distinguer les différents types d'utilisateur qui vivent des expériences différentes du service, et notamment l'utilisateur-patient et l'utilisateur-accompagnant. N'ayant pas la même expérience du service, il semblerait donc insensé de leur apporter les mêmes réponses.

Or, aujourd'hui, le service d'urgences communique globalement les mêmes informations à tous les acteurs (personnel, patient et accompagnant). Il revient ainsi aux différents usagers des urgences de faire l'effort de comprendre cette organisation en décodant un certain nombre d'indices. Ils peuvent supposer qu'il existe différentes professions, supposer qu'il y a différentes salles en fonction de la nature des examens ou même deviner qu'elles sont les différentes étapes de sa prise en charge. Mais la situation de fragilité dans laquelle ils se trouvent, ajoutée à la complexité d'une telle organisation ; sont des freins à la bonne compréhension du fonctionnement du service. ●

- On peut se poser la question suivante : faut-il avoir une démarche de transparence et tout montrer de l'organisation à l'utilisateur ? Faut-il au contraire l'épargner de cette organisation complexe pour lui éviter d'y être confronté ? N'y aurait-il pas plutôt un travail de hiérarchisation et de tri des informations pour lui laisser à voir l'essentiel nécessaire à sa prise de repères ?

## AP-HP : LE KIT DE COMMUNICATION

Le Kit de communication est un outil développé par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) en collaboration avec des urgentistes, des professionnels du secteur sanitaire et médico-social mais aussi des associations représentant les personnes handicapées.

Dans ce projet, la démarche de recréer un langage universel commun par le pictogramme est à retenir. En effet, au service d'urgences, service carrefour de l'hôpital, le personnel est souvent confronté à des problèmes de communication avec les patients et leurs accompagnants.

Ce type d'outil est un réel appui pour permettre la construction d'un dialogue et ainsi faciliter la prise en charge du patient. De même, il permet d'éviter de passer par une tierce personne et favorise ainsi l'intimité de la personne et le secret médical.



L'objectif de ce kit est d'améliorer la communication et donc la prise en charge, des personnes ayant des difficultés d'expression et /ou de compréhension, de manière définitive ou transitoire. Il s'agit d'un triptyque composé de pictogrammes permettant à la fois à l'équipe soignante d'interroger le patient mais aussi au patient de s'exprimer tout au long de la prise en charge. Il s'adresse aussi aux personnes non francophones qui se trouvent également en situation de handicap lorsqu'elles ne maîtrisent pas notre langue.

## PHILIPPS : LE KITTEN SCANNER

Le Kitten Scanner est un dispositif mis en place par Philipps à destination des enfants. Avant de passer un scanner, l'enfant peut se familiariser avec l'appareil dès la salle d'attente en faisant vivre cette expérience à une peluche.

animation sur l'écran de télévision, racontant l'histoire du personnage : qui est-il, que lui est-il arrivé, pourquoi doit-il subir un examen ? Cette petite histoire aide les enfants à comprendre le fonctionnement d'un scanner réel et leur explique comment l'appareil peut regarder à l'intérieur du corps sans devoir l'ouvrir.

Jos Stuyfzand, Director Ambient Experience Design, Philips Design, explique que « Le Kitten Scanner fait partie de la solution intégrale Ambient Experience que nous avons développée pour les services de tomodensitométrie afin de rendre l'expérience plus agréable pour les patients et leur famille et d'optimiser les conditions de travail. Cette solution amorce, de manière ludique, une procédure souvent perçue comme effrayante. Elle se prolonge dans la salle d'examen, où elle accompagne l'enfant tout au long de l'examen en lui offrant une distraction positive. Plus conviviale aussi, cette solution contribue à réduire le nombre de reprises et les taux de sédation, en particulier chez les jeunes enfants. »

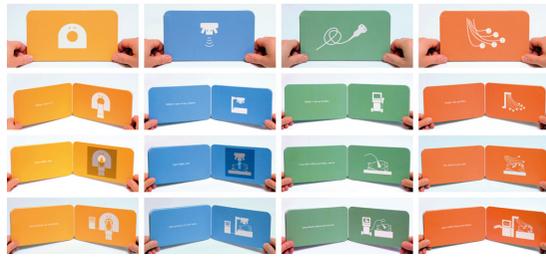


Le kitten Scanner se compose d'un scanner miniaturisé, d'un écran de télévision et de différents personnages (un crocodile, un éléphant, un robot et une poule) auxquels les enfants peuvent s'identifier. L'enfant, accompagné de son parent choisit un personnage et le place sur le lit du scanner miniature, imitant ainsi la procédure réelle. Lorsque la peluche se trouve dans le scanner, les marqueurs RFID déclenchent une

Ce dispositif est très intéressant car en plus d'expliquer le fonctionnement à l'enfant et à son parent, il permet de les familiariser avec la technique et de dédramatiser l'examen à passer grâce notamment à la dimension ludique du dispositif.

## HIKARU IMAMURA : NOVEL HOSPITAL TOYS

“Novel Hospital Toys” est un kit d’outil qui facilite la pratique des examens médicaux sur les enfants dans les hôpitaux. Il est destiné à être utilisé par les enfants avec la présence du parent et du personnel en amont de la prise en charge.



Pour les enfants, les hôpitaux sont des endroits inconfortables et peu familiers. Les examens et opérations sont une cause d’anxiété. Hikaru Imamura a pensé que cette crainte anticipée pouvaient être soulagée en donnant aux enfants, en amont, une meilleure compréhension du processus de soin.

Ainsi, en observant et en manipulant ces mini-maquettes, les enfants peuvent imaginer à leur manière, comment ces “étranges” machines fonctionnent. Chaque jouet permet de dédramatiser,

rendre plus lisible les actes médicaux, et de créer un dialogue entre les différents acteurs (patient/parent/personnel).

Tout comme le «Kitten Scanner» de Philipps, le «Novel Hospital Toys» dédramatise l’objet technique médical, ce qui a pour conséquence de diminuer la crainte anticipée et vécue de l’examen. La manipulation des miniatures permet au patient et à son proche de s’approprier l’examen en ayant une meilleure compréhension de son déroulement et de sa fonction. Enfin, il y a également un véritable travail de simplification qui apporte de la lisibilité à un langage à la base complexe pour une personne extérieure au service.

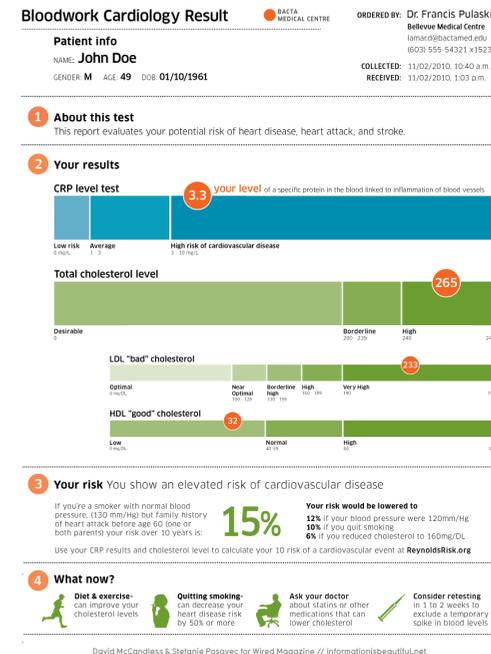
Suite à ces références, nous pouvons nous demander s’il est possible d’adapter les apports d’un tel outil (pédagogique et ludique) pour une personne adulte?

## DAVID MCCANDLESS : WIRED BLOODTEST REDESIGN

Le rapport d’analyse de sang typique est un document qui nécessite habituellement d’être traduit par un technicien de laboratoire ou un médecin.

A une époque on l’on reconnaît enfin les droits du patient, et notamment celui de choisir et de prendre part à son processus de soin, ces bilans «archaïques» communique toujours, selon le designer, la dimension élitiste, inaccessible et paternaliste de la médecine.

Travailler sur une meilleure compréhension des données médicales et notamment grâce à la data visualisation permet de donner la possibilité aux patients de devenir réellement acteur de leur propre santé.



Le designer David McCandless a repensé les bilans d’analyses afin de les rendre directement lisibles par le patient lui-même. Cette volonté de rendre plus compréhensible ces rapports est né du constat que l’opacité des résultats médicaux avait pour conséquence de mettre à l’écart le patient de sa propre santé.

Le service  
d'urgences idéal :  
vers le projet



Pour cette dernière partie consacrée au service d'urgences idéal, je tiens à citer le discours de **Tim Greacen**<sup>24</sup>, lors d'une présentation aux Journées Internationales de la Qualité Hospitalière et en Santé (JQHS).

Il y expose assez simplement sa version idéale des services d'urgences en listant les valeurs qu'ils devraient véhiculer aux usagers. "On veut être fiers de notre hôpital avec son service d'urgences : on peut y amener son pote qui a eu un accident, on peut y amener la vieille dame qui va mal dans la rue, on peut y amener l'invité qui s'évanouit au resto... C'est notre lieu. On est chez nous. On s'y occupe les uns des autres. Un lieu qui nous appartient. Une partie de notre collectivité dont on est la plus fière. Et c'est pour tout le monde. Un lieu d'accueil, un lieu où l'on se sent accueilli, un lieu fait pour accueillir. On sait comment ça fonctionne. Et partout c'est pareil. Un lieu dont la mission première c'est d'être là pour l'utilisateur. Un lieu sur lequel on peut compter. Si rien d'autre ne marche, il y a toujours les urgences."

Cette vision, ne paraissant pas des plus ambitieuses, fait pourtant apparaître une réalité amère. En effet, cette vision idéale des services d'urgences paraît évidente et pourtant complètement opposée à la réalité. Elle met en scène un usager citoyen qui, en plus d'être fière de son service, s'y sent appartenir et ainsi contribue à son bon fonctionnement. Toutefois, cette image du service d'urgence idéal ne semble pas inaccessible et le designer peut contribuer à la faire exister en intervenant sur les différents leviers qui amène l'utilisateur à éprouver de la fierté.

"c'est notre lieu"

## 1. APPORTER DES REPÈRES AUX USAGERS.

Les services d'urgences n'échappent pas à la règle des services publics : pour satisfaire le plus grand nombre, ils prennent souvent une forme assez impersonnelle. Il ne s'agit pas de reproduire un "chez soi" à l'hôpital, mais plutôt de permettre à chaque patient de conserver des repères qui lui permettent de maintenir son individualité. Ses repères passent par la reconnaissance de la vie personnelle du patient et ainsi, on l'a vu, notamment de son accompagnant.

De manière plus générale, pour aller à l'encontre de cette forme impersonnelle, on peut se poser la question suivante : serait-il possible de personnaliser l'entrée de chaque personne aux urgences ? En effet, il s'agirait de tenir compte davantage des disparités d'utilisateurs en fonction du motif de leur venue, de leur âge, de leur régularité... Apporter une réponse personnalisée à des groupes de personnes en fonction de leurs besoins respectifs est déjà un premier geste pour reconnaître leur présence particulière au sein de ces grosses structures.

24. **Tim Greacen** est le représentant des usagers à l'Hôpital Européen Georges Pompidou de Paris.

"On s'y occupe les uns des autres"

## 2. DÉVELOPPER LE RELATIONNEL

On l'a vu l'aspect relationnel est le véritable atout sur lequel les services d'urgences pourraient s'appuyer pour réhumaniser le service. En effet, aux urgences, on cherche l'expertise des soins, mais on cherche aussi souvent un réconfort, un contact humain. Ce n'est pas un service comme les autres du fait que l'utilisateur y arrive souvent dans un état de crise, mêlant angoisse, peur et incertitude. Il est difficile d'y vivre une "belle" expérience, mais le service proposé peut permettre de la rendre moins pénible. Selon moi, cela passe essentiellement par le relationnel, notamment l'attention et la reconnaissance. Le designer peut valoriser cette dimension humaine qui se joue entre les trois différents acteurs (ensemble du personnel soignant et médical, patient et accompagnant) en leur fournissant le cadre propice au développement de relations saines, en permettant par des dispositifs appropriés de mieux régir les espaces, les usages et les flux.

"On sait comment ça fonctionne"

## 3. AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DU SERVICE

Un des plus évidents écueils des services d'urgence est le manque de lisibilité de son fonctionnement pour l'utilisateur. Face à cette organisation très complexe, il semble nécessaire de lui donner les clefs, les modes d'emploi (explicite ou implicite) pour comprendre le service. Cela passe notamment par un travail de hiérarchisation et de tri des informations pour laisser voir à chaque usager uniquement ce qui est essentiel à sa prise de repères. **Jacques Ladsous** dans un article nommé *la place des usagers* explique que "la clarté de l'identité de chacun facilite la lisibilité de l'action"<sup>25</sup>. Ainsi, dans le trio patient, personnel, accompagnant, on s'aperçoit que le rôle de l'accompagnant, faute d'être défini, ne lui permet pas de trouver sa place dans ce service. Améliorer la compréhension du service, c'est donc aussi pour le designer, améliorer celle du rôle de chaque acteur au sein de la relation à trois termes.

"être là pour l'utilisateur"

## 4. DÉVELOPPER UN SERVICE CENTRÉ UTILISATEUR ET DONC EXPÉRIENCE

25. **Jacques LADSOUS**, *La place des usagers*, Numéro commun Vie sociale/ CEDIAS-VST/Ceméa, VST - Vie sociale et traitements, 2002/4 no 76, p. 12-13. DOI : 10.3917/vst.076.0012

**Jacques LADSOUS** est vice-président des CEMÉA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active). C'est une figure incontournable dans le paysage de l'action sociale.

Enfin, au vu de toutes les observations, les manques que j'ai pu constater à travers ce travail de recherche, je suis convaincue que les services d'urgences nécessitent une intervention de design de services. En effet, pour développer un service véritablement centré autour de l'utilisateur, il est aujourd'hui nécessaire de le repenser avec une approche plus empathique. Il s'agira de pousser un travail d'observation autour des différents acteurs du service en détaillant leur cheminement et leurs actions étape par étape. Le décryptage de chacune de ces étapes permettra de pointer chaque manque, chaque besoin (informations, intimité, confidentialité...) afin de pouvoir y répondre au mieux. Ajouté à cette méthode empathique, le design a cette qualité de pouvoir rendre tangible ce qui est immatériel dans le service. Et on l'a vu, les services d'urgences conservent une grande part d'opacité qui nuit à la bonne compréhension des informations, du rôle et de chaque action vécue par l'utilisateur à travers le service. Chaque point de contact développé lèvera ainsi un peu d'opacité au service et permettra davantage à l'utilisateur d'y entrevoir une expérience meilleure.

#### **BILAN :**

Dans cette volonté d'améliorer l'image perçue des services d'urgences par leurs usagers et de développer une forme de fierté et de reconnaissance envers ce lieu, je choisis de me focaliser sur l'expérience vécue par un accompagnant. Ceci pour une double raison :

D'une part, il me semble primordial de réfléchir à la figure de l'accompagnant dans les services d'urgences car c'est un usager à part entière, qui fréquente ce service mais qui pourtant, aujourd'hui, reçoit très peu de reconnaissance quant à sa présence. En effet, penser à l'expérience vécue par un accompagnant aux urgences ne fait pas partie des préoccupations premières du personnel, des cadres de ces services ou même du gouvernement. Ainsi, rien n'est aujourd'hui mis en place dans cette optique. Or, les services d'urgences sont reconnus pour être le service vitrine de l'hôpital. Ainsi cet usager, au même titre que le patient, va développer, à partir de cette expérience une opinion, un premier jugement à l'encontre du service d'urgences et plus généralement du service de santé publique. Il me semble donc fondamental de mieux réfléchir à son parcours, à ses besoins, à sa place et à son rôle au sein du service pour mieux maîtriser cette image.

D'autre part, au vu de mes recherches, je suis aujourd'hui convaincu de l'intérêt d'accueillir l'accompagnant auprès de son proche dans les services d'urgences. En effet, selon moi, l'accompagnant, est une potentialité d'amélioration de l'offre de soin du patient de part sa présence fondamentalement humaine. La présence d'un

proche comme partenaire permet d'enrichir la fonction soignante en superposant à une vision centrée sur la maladie, une vision davantage centrée sur la personne du patient inclus dans son environnement familial et social.

Dans ce projet, je souhaite donc donner la possibilité à l'accompagnant de remplir son rôle de repère, de soutien, de lien social pour le patient. Il s'agira alors de donner un statut de partenaire à cet usager du point de vue du personnel. Parallèlement, le service proposé devra permettre au personnel de considérer que l'utilisateur de son service, n'est plus uniquement le patient mais bien un binôme constitué du patient et de son proche.

Mon projet se divisera en deux grands volets. Le premier basé sur une collaboration avec le service d'urgences d'Haute-pierre et son personnel. Il s'agira davantage d'un projet centré sur la démarche que sur les aboutissants de celle-ci. Pour cela, je développerai des propositions d'outils pour accompagner les différents moments de rencontre avec le personnel des urgences (récolte d'informations, présentation, réflexion) et d'inscrire ce projet dans une démarche de co-conception.

Le deuxième volet de mon travail constituera une démarche plus autonome, c'est à dire davantage détaché des contraintes du service. Cette axe de recherche me permettra d'aller vers des scénarios qui ouvrent l'horizon des possibles et de porter des utopies. Quel est le service d'urgences idéal ?

## BIBLIOGRAPHIE

✂ AUBERT Nicole, *Le Culte de l'Urgence, La société malade du temps*, Flammarion, mars 2003

✂ BONHOMME Catherine, *L'hôpital vu par les médias*, Revue hospitalière de France, N°504 - Mai - Juin 2005.

✂ BOUTEILLER Céline, *juste une blouse, Une approche psychanalytique du port de la blouse en service de psychiatrie intra hospitalier*. Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Hôpital Paul Guiraud, Travail de fin d'études, diplôme d'état infirmier, Promotion 2004 - 2007

✂ BRUGÈRE Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, Seuil, 2008.183p.

✂ CALMES Sophie, *Les urgences : un lieu de stress et de soins*, Mémoire de fin d'études infirmier, 2007.

✂ CALVAT Thierry dir., *Quelle place pour l'entourage des personnes malades dans le système de santé ?* Réciproques, revue de proximologie, Numéro spécial – Avril 2010

✂ CHALVON-DEMERSAY Sabine. *La confusion des conditions. Une enquête sur la série télévisée Urgences*. In: Réseaux, 1999, volume 17 n°95. pp. 235-283.

✂ CHEVALLIER Jacques, *Figures de l'usager*, dans R. Draï (dir.), *Psychologie et Science administrative*, PUF, CURAPP, 1985, p. 37

✂ CHEVANDIER Christian, *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Editions Perrin, collection « Pour l'histoire », 2009, 490 p.

✂ DAUMAL Sylvie, *Design d'expérience utilisateur, Principes et méthodes UX*, Eyrolles, 192 pages, 2012.

✂ DODIER Nicolas, CAMUS Agnès. *L'hospitalité de l'hôpital*. In: *Communications*, 65, 1997. pp. 109-119.  
[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm\\_0588-8018\\_1997\\_num\\_65\\_1\\_1992](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_1997_num_65_1_1992)

✂ DODIER Nicolas. *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital*. In: *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, N. 4, 1997. pp. 733-763.

✂ DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), *L'activité des services d'urgences en 2004 : Une stabilisation du nombre de passages*, Etudes et résultats, N° 524 • septembre 2006

✂ DUGUET MD PhD A.-M., *Le respect de la dignité à l'hôpital*, *Journal International de Bioéthique*, 2010/4 Vol. 21, p. 93-101. DOI : 10.3917/jib.214.0093

✂ FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

✂ GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974.

✂ GRIMALDI Nicolas, *L'attente*, in *Philosophie*, programme Arte Vidéo. France, 2012, 26mn

✂ JOUBLIN Hugues, *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins*, Enjeux éthiques de proximologie, Toulouse, ERES « Poche - Espace éthique », 2010. 312 pages

✂ KLEIN Alexandre, *La santé comme norme de soin*, *Philosophia Scientiæ*, 12-2 | 2008, mis en ligne le 01 octobre 2011. URL : <http://philosophiascientiae.revues.org/127> ; DOI : 10.4000/philosophiascientiae.127

✂ La 27ème région, *Design des Politiques Publiques*, La Documentation Française 164 pages, 2010

✂ LADSOUX Jacques, *La place des usagers*, Numéro commun Vie sociale/CEDIAS-VST/Ceméa,VST - Vie sociale et traitements, 2002/4 no 76, p. 12-13.

✂ LAIDI Zaki, *Le sacre du présent*, Flammarion, 278 p.

✂ LASCOUMES Pierre. *L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ?* In : *Politiques et Management public*, vol. 25 n° 2, 2007. pp. 129-144

✂ LE BRETON David, *La relation au corps à l'hôpital / in Ecarts d'identité*, - N°72-73 – pp 2-4

✂ MARZANO Michela, *Penser le corps*, PUF, 2002

- ⌘ MENTHONNEX P. et E. *Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours*, Chapitre 52, pp. 569-595
- ⌘ MORAND. *Qu'est-ce que l'attente*. In: L'année psychologique. 1914 vol. 21.
- ⌘ Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris , *Demain sera meilleur...* Musée de l'Assistance Publique , Paris, 2001 , 328p.
- ⌘ NICOLLE Jean-Marie, *Dignité, Intimité*, Hôpital psychiatrique de Sotteville-les-Rouen, 2003.
- ⌘ NOEL Emile, *L'espace et le temps aujourd'hui*, Paris Le Seuil, 1983.
- ⌘ ORLEWSKI Martine, AUDOUIN Luc, *L'art de fidéliser la clientèle médicale. Du patient au client*, Mmi (editions), 2000, 194 pages.
- ⌘ PENEFF Jean, *Les malades des urgences*, Métailié, 2000, 190p.
- ⌘ PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence*, Métailié, 1992, 258 p.
- ⌘ PENEFF Jean. *La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision*. In: Genèses, 30, 1998. Emigrés, vagabonds, passeports. pp. 122-145.
- ⌘ PRAYEZ Pascal, *Distance professionnelle et qualité de soin*. Gestion des ressources humaines. Editions Lamarre, 2003, 228 pages.
- ⌘ R.N.D, Entrevue avec Guy BOURGEOULT, *Quand la santé tourne à l'obsession*, Novembre 2004. <http://www.revue-rnd.qc.ca/retro/img4/pdf/0410e.pdf>
- ⌘ ROGERS C. R. , *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology : A study of science*, (Vol. 3, p. 184-256). New York : Mc Graw Hill. 1959.
- ⌘ ROSA Hartmut, *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, La Découverte, coll. « Théorie critique », 2012, 154 p.

- ⌘ ROSELIER Typhaine, *La distance dans la relation de soins*, Institut de formation en soins infirmiers du CHU de Nantes, Travail écrit de fin d'études, Diplôme d'état, Janvier 2009
- ⌘ S A. *La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale*. In: Population, 15e année, n°4, 1960 pp. 613-624.  
[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop\\_0032-4663\\_1960\\_num\\_15\\_4\\_6675](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_1960_num_15_4_6675)
- ⌘ SORENTE Isabelle. *Attendre : Je gagne à perdre du temps*, CLÉS. <http://www.cles.com/enquetes/article/attendre-je-gagne-perdre-du-temps>.
- ⌘ SOULE Michel, *La salle d'attente : « clinique » et espaces méconnus*, Paris : ESF, 1985, 232p.
- ⌘ TOURNEUR Marie-Pierre, *Une conception architecturale accueillante, un préalable pour un séjour réussi ?* Problématique de l'accueil, [http://users.skynet.be/hoet\\_minne/publications/accueil/accueil.txt.htm](http://users.skynet.be/hoet_minne/publications/accueil/accueil.txt.htm), 5 octobre 2012
- ⌘ THIBAUT-WANQUET Pascale, *Le rôle des aides-soignantes et la place des aidants naturels dans le soin*, SOINS Aides-soignantes - n° 39 - avril 2011
- ⌘ VALLON Serge, « Les quatre visages de l'usager », VST - Vie sociale et traitements, 2002/4 no 76, p. 20-23. DOI : 10.3917/vst.076.0020
- ⌘ VASSY Carine, *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire*, In : Mouvements, 2004/2 n° 32, p. 67-74

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire et de le développement de mon projet a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je tiens dans un premier temps à remercier l'équipe pédagogique du DSAA du lycée Le Corbusier : Cécilia ROHMER, Jean OBRECHT, Carmen PRINCELLE, Bruno DANELON, Bruno LAVELLE, Danielle MARTIN, Jean-Claude GROSS et Christelle DION pour la qualité de leur encadrement durant ces années tant sur le plan pédagogique qu'humain. Je remercie tout particulièrement ma tutrice de mémoire Cécilia ROHMER, pour son aide, sa générosité et ses précieux conseils tout au long de cette année. Sa disponibilité et son exigence ont été un moteur important dans la réalisation de ce travail de recherche.

Un grand merci à Christelle CARRIER, Barbara BAY et Anne Laure DESFLACHES pour m'avoir ouvert ce partenariat avec les Hôpitaux universitaires de Strasbourg par l'intermédiaire de leur cellule : *la Fabrique de l'hospitalité*. Merci pour leur constante disponibilité et pour avoir toujours encouragé mes initiatives en m'accordant confiance et liberté.

Puis, je tiens à remercier deux personnes qui ont considérablement influencé et enrichi mon travail. Il s'agit tout d'abord de Kristian SCHNEIDER, ancien directeur du service d'urgences de Bâle, actuellement directeur de l'Hôpital du Jura, pour avoir cru en mon projet et soutenu ma démarche. Nos discussions intenses sur la place de l'accompagnant ont profondément influencé la conduite de mes recherches. Je le remercie également pour son investissement dans mon projet d'atelier de réflexion avec le personnel des urgences.

J'ai également eu la chance de rencontrer le sociologue Jean PENEFF, auteur des livres *L'Hôpital en urgence* et *Les malades des urgences*. Je le remercie pour m'avoir reçu chaleureusement et avoir partagé avec moi tant son expertise de sociologue que son vécu de brancardier et son empathie pour le personnel des urgences.

Remerciements à Véronique CHRISTIAN, pour m'avoir ouvert les portes du service d'urgences d'Haute-pierre, comme terrain d'observation, d'enquête et de test. Merci également à toute l'équipe du personnel de ce service pour leur accueil, les réponses qu'ils m'ont apporté et leur participation à mes deux ateliers.

Je remercie les designer Julie MORGEN et Sébastien POIREL, pour leur écoute, leur curiosité, leur intérêt et surtout leur judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

J'exprime ma gratitude à toutes les personnes qui ont accepté de participer à mes expériences de recherches et notamment les adhérents de l'association *la Plume volante* et tout particulièrement Catherine ELSASS, Jean François VALLET et Karel TRAPP pour leur remarquable jeu d'acteur.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à mes parents, Evelyne et Joseph, à ma soeur, Elsa, mes grands-parents et tous mes proches et amis. Je pense notamment à Camille, Elise et Marion qui m'ont aidé et toujours soutenu et encouragé au cours de la réalisation de ce mémoire. Une pensée particulière pour Elise LALIQUE, son amitié, sa joie de vivre, avec qui j'ai beaucoup aimé collaborer sur nos projets communs.

Merci à Jérôme et sa famille pour m'avoir soutenu tout au long de mes études supérieures. Merci à lui pour sa compréhension et sa sincérité.

