



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

« Quand je suis arrivé en salle d'attente, j'avais déjà envie de faire demi-tour » : l'architecture au service de l'accueil des urgences psychiatriques

*“When I arrived in the waiting room, I already wanted to turn back”:
Architecture at the service of the welcome of psychiatric emergencies*

M. Meriaux^{a,*}, L. Ngambi^b, J. Denis^a

^a Service de psychologie clinique systémique et psychodynamique de la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Mons, place du parc, 18, 7000 Mons, Belgique

^b Faculté d'architecture et d'urbanisme de l'université de Mons, rue d'Havré, 88, 7000 Mons, Belgique

Reçu le 5 mai 2021 ; accepté le 4 octobre 2021

MOTS CLÉS

Accueil ;
Conception architecturale ;
Théorisation enracinée ;
Urgences psychiatriques ;
Vécu subjectif ;
Salle d'attente

Résumé À partir d'une recherche doctorale portant sur le phénomène d'accueil au sein de services d'urgences psychiatriques, il est apparu nécessaire de nous porter vers un projet architectural adapté aux besoins des patients. Les salles d'attente des urgences provoquent souvent des sensations de froideur, de malaise, de solitude, et sont susceptibles d'exacerber la détresse, la peur et l'inconfort des patients. C'est pourquoi, cet article se propose de présenter une conception architecturale d'un centre d'accueil d'urgences psychiatriques à partir du discours de patients. C'est par l'enracinement dans les données – qu'implique la méthodologie de la théorisation enracinée (Glaser et Strauss, 1967) – que l'esquisse architecturale d'une unité d'accueil des urgences psychiatriques a été conçue.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mathilde.meriaux@umons.ac.be (M. Meriaux).

KEYWORDS

Welcome;
Architectural design;
Grounded theory;
Psychiatric
emergencies;
Subjective
experience;
Waiting room

Summary On the basis of a doctoral research centered on the phenomenon of welcome in psychiatric emergency departments, it appeared necessary to focus on an architectural project adapted to the needs of patients. The emergency department waiting rooms often lead to feelings of coldness, loneliness and are likely to exacerbate patients' distress, fear and discomfort. Therefore, this paper aims to illustrate an architectural conception of a reception center for psychiatric emergencies elaborated from the patients' voices. It is by using a grounding data – implied by the Methodology of Grounded Theory (Glaser and Strauss, 1967) – that the architectural design of a psychiatric emergency room was conceived.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Lorsque nous entrons pour la première fois dans un lieu, nous sommes plongés dans un « je-ne-sais-quoi » qui nous enveloppe, qui vibre en nous d'une façon particulière, qui imprègne notre expérience dans l'ici et maintenant. On dira alors que l'ambiance était chaleureuse, joyeuse, tendue, pesante, angoissante... Bruce Bégout (2020) [1] dira d'ailleurs de l'ambiance qu'elle révèle un état affectif qui est en relation avec des résonnances immédiates à l'environnement. En salle d'urgence, l'ambiance est changeante, souvent angoissante, préoccupante, tendue, froide, cafardeuse. Elle possède un accent propre, fruit de l'environnement et de notre expérience affective – émotionnelle et sensorielle.

C'est lors de notre recherche doctorale portant sur l'expérience d'accueil au sein d'urgences psychiatriques que le concept d'ambiance est devenu central. Dans notre étude publiée dans la revue *Frontiers in psychology* et qui s'intitule « We Become a Madman to Be Calmed''—Patients' Voices: Crossing the Threshold of Psychiatric Emergency Departments »³, les participants – patients – nommaient avec force la façon dont l'espace ambiant interagissait avec leur espace psychique. Le caractère tonal de l'espace ambiant se transmet à l'individu qui le découvre, qui le parcourt. Il en est de même pour la tonalité affective de l'individu qui peut se transférer à l'espace ambiant [1,2]. L'ambiance ressentie va et vient entre des affects internes et les singularités de l'environnement et il peut être difficile d'en préciser l'origine. C'est ainsi qu'une ambiance « chaude » ou « froide » dans une relation de soin n'est pas uniquement déterminée par le professionnel mais aussi partagée par la personne en souffrance et influencée par une multitude de facteurs (e.a le décor, la température, la lumière, le moment de la journée ou de la nuit, l'espace, le volume). Quoi qu'il en soit, l'ambiance possède un indéniable effet sur le psychisme, et par la même évidence sur les soins en santé mentale [3]. D'ailleurs, plusieurs écrits

soulignent que l'environnement des salles d'urgences est susceptible d'exacerber la détresse, la peur et l'inconfort des patients, la continuité des soins, ainsi que le stress et la fatigue des membres de l'équipe [4,5].

C'est à la suite de ces constats que notre attention s'est dirigée vers une dimension particulière de l'ambiance : la dimension architecturale. Au-delà de son pouvoir d'action sur les ambiances – et par la même occasion sur l'état affectif et perceptif des personnes en présence, nous disposons de moyens nécessaires et disponibles pour intervenir.

À travers cet article, nous vous proposons d'allier psychologie et architecture. Cette alliance n'est bien évidemment pas nouvelle. Dès les années 50, les travaux du biologiste et médecin, Jonas Salk, et de l'architecte, Louis Kahn, ont permis de relancer le débat selon lequel les espaces de vie et les endroits dans lesquels nous habitons peuvent agir sur nos pensées, nos sentiments, nos comportements, voire même favoriser la créativité, la convivialité, ou encore la relaxation [6]. Le courant de la psychologie environnementale s'est nourri de ces questionnements et s'est emparé de l'idée selon laquelle l'espace conditionne les rapports entre les individus et leur environnement mais aussi les rapports que les individus entretiennent les uns avec les autres. Ittelson et Proshansky (1958) ont été parmi les premiers auteurs à utiliser le terme de « psychologie environnementale ». À cette époque, ils portaient leur attention sur l'utilisation de l'espace dans les hôpitaux psychiatriques [7] – bien que cette question était déjà présente au 19^e siècle avec Pinel (1910). À la même période, Hall (1966) [8] souligne l'importance des problèmes psychologiques induits par l'aménagement urbain. Dans les pays nordiques et outre-Atlantique, de nouveaux concepts surgissent comme le « *healing hospital* » (l'hôpital bien-être), qui s'attache aux ambiances avec une réflexion sur les matériaux, la lumière, l'art [9]. Nous nous sommes inspirés des recherches qui montrent qu'une atmosphère chaleureuse peut aider les patients à se sentir mieux.

Plus spécifiquement, c'est la question de la salle d'attente des urgences qui était au cœur de nos réflexions. Bien que ces salles soient libres d'accès et ouvertes à tous, elles sont perçues à tort comme des lieux d'attente et deviennent déconsidérées par les institutions. Ce défaut d'investissement risque de desservir aux patients, aux

³ Meriaux M., Denis J. We Become a Madman to Be Calmed-Patients' Voices: Crossing the Threshold of Psychiatric Emergency Departments. *Front psychol* 2021; 12.

intervenants, mais aussi à l'organisation même du service créant parfois de l'instabilité, de la confusion et de l'agitation. En effet, les patients attendent parfois des heures en salle d'attente. Et plus ils sont dans l'inconfort, plus l'attente sera vécue comme interminable. Au fil des secondes, des minutes, des heures, les individus deviennent de plus en plus stressés, anxieux, irritables. Les conséquences seront multiples et toucheront à la fois le patient lui-même, les autres patients présents, et l'intervenant qui devra créer un climat de confiance dans ce contexte déjà tendu.

L'idée n'est pas de rendre l'attente agréable au sein des salles d'urgences psychiatriques. Ce projet est bien trop ambitieux et irréalisable. Comment rendre l'attente agréable lorsque ce qui arrive est anxiogène ? Comment rendre l'attente agréable lorsque l'anxiété et la confusion envahissent le corps et l'activité psychique ? Rien ne sert de rentrer dans des paradoxes. Il suffit simplement d'envisager les temps dans les salles d'urgences comme déjà thérapeutiques et non comme des temps vides de sens, où rien ne se passe. C'est pourquoi, nous nous sommes arrêtés un temps pour penser l'attente dans les salles d'urgences à travers le prisme de l'architecture et l'aménagement des espaces.

Pour cela, notre souhait était de donner la parole aux principaux acteurs, les patients, qui ont soit vécu cette attente, ou soit en ont constaté les conséquences. Nous nous sommes également basés sur le vécu des intervenants de la crise étant donné que notre recherche doctorale s'intéresse au double mouvement de l'accueil – accueillir et être accueilli. Cependant, nous avons fait le choix d'illustrer majoritairement les propos des patients au sein de cet article. De ces rencontres, nous avons recueilli les attentes, les propositions, les surprises, voire les amertumes et déceptions, pour ensuite y mettre du sens, du lien, et concevoir une esquisse architecturale de ces lieux de soins.

Méthodologie

Cette étude s'est réalisée en deux temps. En premier lieu, nous avons axé notre intérêt sur la question de l'accueil aux urgences psychiatriques (accueillir et être accueilli) [10]. Nous avons abordé ce phénomène à travers une posture épistémologique inductive. Plus spécifiquement, c'est la Méthodologie générale de la Théorisation Enracinée (MTE) [11] qui nous a guidés tout au long de cette recherche. La démarche a consisté en des journées d'immersion dans trois services d'urgences psychiatriques différents. Les données sont constituées d'entretiens semi-directifs conduits auprès des 13 participants (patients ayant bénéficié d'une intervention psychiatrique urgente) et de nos observations sur le terrain. C'est à l'issue de la douzième entrevue que la saturation théorique a été atteinte, c'est-à-dire que les nouvelles données brutes n'ajoutaient pas de nouveau sens à ce qui était déjà théorisé [11]. Une treizième rencontre a confirmé l'effet de saturation théorique. Des entretiens semi-directifs avec 17 intervenants de la crise nous ont également permis de croiser les regards et de construire une vision conjointe et cohérente de la réalité. L'objectif des entretiens visait initialement à explorer le vécu du patient quant à l'accueil perçu. Pour plus de détails sur la procédure méthodologique, nous vous invitons à vous référer à la publication référée plus haut et qui a comme titre « We Become

a Madman to Be Calmed''—Patients' Voices: Crossing the Threshold of Psychiatric Emergency Departments ».

Puis, nous avons orienté progressivement notre questionnement autour d'une catégorie saillante : l'attente. L'analyse de ces premières données montre les dysfonctionnements relevés par les patients en ce qui a trait à des aspects architecturaux des services d'urgences psychiatriques : le repérage dans l'espace, les émotions ressenties à chaque moment et endroit de la prise en charge, mais aussi les attentes et suggestions. Dans le même temps, les soignants pointaient eux aussi l'importance de l'architecture afin d'offrir un cadre suffisamment contenant et sécurisant. L'objectif de cet article vise donc à nous centrer – le temps d'un regard réflexif – sur la conceptualisation d'un plan architectural d'un service d'accueil d'urgences psychiatriques.

Tout comme la MTE ne se construit pas à partir des théories existantes, ce projet architectural n'est pas déduit de normes ou de décisions hiérarchiques. Il s'enracine dans le vécu des témoins privilégiés¹ de notre recherche.

À la suite de ces constats, une collaboration est née avec la faculté d'architecture afin de penser l'espace d'accueil au sein de ces services d'urgences psychiatriques, au regard des différents témoignages. C'est pourquoi, nous présenterons nos résultats selon deux perspectives. La première mettra à l'honneur le vécu des témoins privilégiés. La seconde exposera la conception des plans architecturaux.

Résultats

Résumé du vécu des acteurs de terrain dits privilégiés

Dès leurs premiers pas vers un service d'urgences, les sujets de l'étude entrent en contact avec un ensemble d'éléments constitutifs du lieu, à partir desquels se forgera une première impression sur le fonctionnement de l'institution. L'architecture des lieux peut provoquer des éprouvés non rassurants, et affecte la position dans laquelle se trouve l'individu : « vais-je y aller ou faire demi-tour ? ».

« Et quand je suis arrivée dans le parking, je me suis dit « mais qu'est-ce que c'est que ce truc ? ». C'est vraiment pas accueillant du tout. Moi je pensais plutôt à une espèce de, comment je vais dire, de maison fin, oui de maison de repos en fait ! Un peu plus accueillant quoi. Voilà. Pas une clinique » (P8).

La propreté et l'ancienneté du bâtiment reflètent le style général du lieu. Les sujets de l'étude se font déjà un *a priori* sur la qualité des soins qu'ils peuvent y trouver.

« Déjà le bâtiment est un peu vétuste, et j'avoue que *a priori* ça m'a pas trop rassurée d'être assise là, dans l'entrée, qu'on me demande d'attendre, » (P5).

Dans le cadre d'une première venue, il y a bien évidemment des appréhensions sur la manière de s'orienter : « Où puis-je me garer ? Suis-je au bon endroit ? N'est-ce pas mieux que je demande mon chemin ? ». De fait, une signalétique extérieure et intérieure indiquant le chemin à suivre et les zones stratégiques du service facilitent la lisibilité, et le

¹ Il s'agit des personnes interviewées (patients) (appellation MTE).

confort de l'arrivant. *A contrario*, une signalétique approximative est susceptible de générer de l'incertitude chez les patients qui partent alors à la recherche du lieu convoité, en avançant à tâtons.

Au-delà de la signalétique, le décor intérieur en dit long sur l'institution qui accueille, et vient immédiatement créer une ambiance, une atmosphère que les patients éprouvent de l'intérieur. Les teintes environnantes ont, quant à elles, le pouvoir d'influencer l'ambiance ressentie. Les tons blancs – murs, pièces de mobilier, lumières – créent une ambiance froide qui invite à la prise de distance dans le contact et provoque des sensations de vide et de l'anxiété. Le choix de la couleur dominante de la pièce a donc toute son importance.

« Je trouve que c'est une ambiance un peu glauque moi les urgences [...] Bah sur les couleurs, les trucs. Je pense que ce n'est pas par hasard la raison pour laquelle je trouvais que ça faisait ambiance réseau terroriste. C'est peut-être pas négligeable en fait, c'est peut-être parce que ça donnait vraiment cette impression. » (P9).

Les témoins privilégiés se plaignent des salles d'attente se trouvant dans les couloirs d'hôpitaux : ils dégagent une froideur, et sont un lieu de passage pour le personnel ainsi que pour les patients et les visiteurs. Un manque de confidentialité est souligné : chacun entend ce que disent les nouveaux arrivants au guichet d'accueil. Une insonorisation insuffisante est vécue parfois violemment pour nos participants – et à juste titre concernant le respect du secret professionnel. De plus, être dans un passage ouvre la possibilité de rencontrer une connaissance : famille, amis, collègues. Aussi, reconnaissons que la manière d'être convoqué dans les bureaux de consultation n'est pas des plus discrètes : « Mr. X, c'est à vous ».

« Je ne voulais pas raconter mes affaires à l'accueil parce qu'il y a des gens qui étaient là. Moi, ça m'intéresse pas ce qu'ils disent. Donc, elle a lu le papier. Mais les autres qui sont arrivés après, ben ils ont raconté leurs problèmes à la secrétaire. Je ne trouve pas ça normal. Je trouve que ça doit être vraiment à part. » (P8).

Certaines conditions « matérielles » peuvent améliorer l'attente et la rendre plus agréable. Mettre à disposition des magazines est incontournable. Varier son « étal » en magazine people, de sport, de mode, de culture – mais aussi pas trop anciennes – permet de s'adapter au plus de personnes possibles. Cela semble un détail, mais les détails font parfois la différence. Pour les participants, l'installation d'une TV dans la salle d'attente constituerait un moyen efficace pour faire passer ce temps parfois vécu comme interminable. L'intention réside dans une volonté de stabiliser un stress parfois trop intense plutôt que dans un évitement de l'ennui. La salle doit être aérée et bien éclairée, avec un maximum de lumière naturelle. Une musique de fond relaxante est également appréciée bien que d'autres préfèrent le silence.

« Non, dans une salle d'attente mais plus chaleureuse. Comme, on peut servir une tasse de café, un verre d'eau en attendant, et peut-être à la limite mettre une TV, pour laisser passer le temps. Parce que pendant ce temps-là, pendant 4 heures moi je cogite moi. Que ce soit plus chaleureux. Et au lieu de mettre des chaises inconfortables peut-être nous mettre des fauteuils. » (P9).

Pour l'installation d'une télévision, se pose la question du contenu. Effectivement, qu'allons-nous bien pouvoir

diffuser sur ces écrans ? L'intention ici serait de pallier les problématiques de communication en salles d'urgences (manque d'informations sur les délais de prises en charge et sur l'activité du service, méconnaissance de l'organisation du service et de ses acteurs, ignorance des réseaux de soins). Ainsi, via ces écrans, nous pourrions concevoir des messages dynamiques d'information sur le service et son organisation, faire passer des messages de santé publique, des courtes vidéos sensibilisant aux problématiques de santé mentale, les délais d'attente estimés. Bref, les possibilités sont infinies !

Les participants sont également attentifs à l'ameublement avec, par exemple, le choix des chaises et leurs dispositions. Les matériaux – comme le métal dans notre étude – accentue cette impression de froideur : par la vue mais également par le toucher lorsque vient le temps de s'asseoir. Et puis, ne faisons pas l'impasse sur les personnes avec un handicap moteur qui ont besoin de place pour une chaise roulante. Les personnes en surpoids ont besoin de chaises adaptées : solides, larges, sans accoudoirs. Les personnes âgées ont au contraire besoin d'accoudoirs auxquels s'accrocher pour les aider à se lever. C'est donc à chacun sa place !

« Voilà, et aussi ces espèces de chaises là toute dures. Il fait froid, on a attendu un quart d'heure dehors, il a fait froid. Il faut prendre une décision et on est là sur une chaise comme un con à se dire "qu'est-ce qu'on fou là ?" » (P07).

Une trop grande promiscuité est vécue comme dérangeante. En effet, lorsque cette salle d'attente est pleine, se côtoient des personnes de tous âges, nationalités, langues, de conditions sociales et avec des problématiques variées. Cela peut provoquer des sentiments d'inconfort et d'inquiétude qui augmentent l'angoisse déjà présente.

« Je suis arrivé à une mauvaise période apparemment, d'après la dame. Il y avait une femme dehors qui était en sang et qui hurlait, des gens qui se battaient, il y avait la police. On m'a fait rentrer, il y a des messieurs qui déliraient complètement sur une chaise et qui criaient des trucs. Oh, j'ai encore plus paniqué, ça c'est sûr. » (P3).

Ce vécu d'urgence entraîne un repli sur soi, les sujets n'ont pas envie de partager leurs souffrances, ni même d'entendre celles des autres. Ils n'en n'ont plus l'énergie. Conjointement, la salle d'attente et sa disposition génèrent une certaine distance entre les personnes. Les échanges se font relativement rares, chacun tentant d'éviter le contact pour conserver une certaine intimité et ne pas se laisser envahir par l'autre. C'est alors un temps individuel, investi pour préparer l'entretien à venir, s'imaginer ce à quoi peut bien ressembler l'intervenant, et ce qu'ils en espèrent. C'est pourquoi, les participants à l'étude souhaiteraient de plus grands espaces. Les petits espaces confinent et angoissent.

« Parce qu'il y avait quand même un peu de monde et c'était petit. Et que physiquement j'avais quand même besoin d'espace » (P1).

A contrario, cette attente peut être investie comme un temps ressources, une occasion de transformer le temps perdu à attendre en une opportunité pour s'aider et se soutenir. Nous pourrions dès lors penser cette salle d'attente en deux espaces. Un espace qui respecte le besoin de s'isoler, de se reconnecter à soi-même, de se préparer à la

rencontre avec le personnel soignant. Et un autre espace qui invite à une certaine convivialité, une ambiance plus chaude qui rassemble et assemble. En effet, le déclenchement d'une conversation est plus effet de circonstances que d'une volonté bien déterminée. Alors pourquoi ne pas créer ces circonstances ? Les quelques voix qui se sont prononcées pour plus de convivialité dans la salle d'attente soulignent les bienfaits de ces échanges.

« Il y a même des liens qui se créent entre les patients. On se comprend, on s'écoute, on se raconte pourquoi on est là et ça fait du bien » (P6).

Par exemple, pourquoi ne pas agencer l'immobilier ou objets du décor qui concourent à définir un espace à l'accueil qui se veut lieu de sociabilité ? Ainsi, les participants songeaient à un coin plus « *cocooning* » avec des fauteuils confortables installés en rond, des tapis, et l'indispensable machine à café, qui rassemble – indirectement – même les plus récalcitrants. Les patients seraient alors invités à s'installer, même quelques minutes, autour d'une table sur laquelle peuvent être présentés eau, biscuits, thé, café. Ces moments peuvent déjà être sources de soutien, de soins, et ce, bien avant l'indispensable entretien d'accueil avec un personnel soignant. L'espace d'accueil peut alors s'ajouter à l'aide proposée par les services d'urgences s'il représente une richesse relationnelle pour le patient.

D'autres participants proposent de penser la salle d'attente autrement. Elle ne serait plus un espace unique et figé, mais peut être pensée de manière évolutive. Nous entendons par là l'idée de progression de la salle d'attente. Ainsi, le patient aura l'impression « d'avancer » dès son inscription, en parcourant diverses salles et ambiances, tout en s'assurant de la confidentialité au guichet d'accueil. En effet, lors de l'attente pour le second entretien (avec le médecin psychiatre), nos participants éprouvent une impression de « retour en arrière » accompagnée d'une sensation de découragement. Alors qu'au niveau psychique, un pas en avant a été réalisé (faire confiance, se confier, entrevoir d'autres possibilités, recevoir une écoute, etc.), au niveau physique, les possibilités de mouvements et l'espace architectural provoquent « un retour en arrière ». Pouvoir penser l'attente en plusieurs espaces offrirait la possibilité de changer d'ambiances, de se déplacer et créer ainsi des mouvements psychiques d'ordre internes et une sensation d'avancer dans le soin.

Plan architectural du centre d'accueil

De manière générale, notre intention est de conceptualiser un lieu se destinant à l'accueil des situations de crises et d'urgences psychiatriques. Ce sont nos journées d'observations dans les lieux collaborant à l'étude, les échanges avec les équipes et les entretiens réalisés auprès des patients qui ont donné corps à l'esquisse de ce projet. La question centrale reste : comment faut-il penser l'accueil psychiatrique ? Les récits des participants soulignent la nécessité de penser ce lieu à l'écart des salles d'urgences générales.

Notre projet propose un centre d'accueil qui peut se réaliser hors des structures classiques des urgences générales. Il aurait ainsi deux missions : l'accueil permanent des personnes en souffrance psychique/psychiatrique et, le cas

échéant, l'hospitalisation à courte durée. Le centre serait alors constitué de deux unités : une unité d'accueil et une unité destinée à l'hospitalisation brève. Dans cet article, nous nous sommes centrés uniquement sur l'unité d'accueil.

Ce centre de soins sera ouvert sur la ville afin de rendre les soins proches, accessibles et solidaires, et de garder une relation étroite avec le réseau de soins en santé mentale afin de maintenir la continuité des soins. Le centre doit aussi être adossé à un hôpital général afin de traiter les problèmes somatiques associés aux troubles psychiatriques. Venons-en maintenant à l'objectif principal de cet article : modéliser un centre d'accueil dans une perspective architecturale.

Ce lieu se veut être une main tendue en pleine ville. L'endroit et la signalétique ont alors toute leur importance : visible et facile d'accès afin de faciliter l'accès aux soins. Il nécessitera également une collaboration forte avec l'ensemble des partenaires qui gravitent autour du patient (e.a médecin généraliste, équipe mobile de psychiatrie, hôpital de jour, CMP, service de psychiatrie) afin de favoriser la coordination des soins somatiques et psychiatriques. C'est l'idée d'utiliser toutes les potentialités du secteur. L'appellation de ce lieu de soin est également à considérer. Souvent désigné « centre d'accueil psychiatrique » ou « urgences psychiatriques », ces termes ne font bien souvent pas l'unanimité pour nos témoins : le terme « psychiatrique » est encore trop souvent stigmatisé. Il existe d'ailleurs en France des « Centres d'accueil et de crise » qui évitent d'inclure cet adjectif dans leur appellation.

Pour une vue d'ensemble, nous vous présentons le plan en 3 dimensions du centre d'accueil (Fig. 1).

La conception du bâtiment a été envisagée en prenant compte des réalités du terrain – et donc des espaces disponibles en ville. C'est pourquoi, nous sommes partis sur une surface arbitraire de 245m². Le parcours de soins a été élaboré de manière circulaire afin d'amener l'idée de progression du soin. Le patient n'emprunte pas le même chemin pour entrer que pour sortir, et le secrétariat se trouve au cœur du dispositif. Notre volonté était d'imaginer un bâtiment en oubliant toute référence aux établissements traditionnels de santé. À l'intérieur, les éléments évoquant l'architecture hospitalière sont au maximum proscrits afin que les patients se sentent « à la maison », comme l'a suggéré un de nos participants. Ainsi, pas de long couloir sans lumière naturelle, et les différentes pièces sont à géométrie variable afin de briser la monotonie habituelle des établissements hospitaliers.

La Fig. 2 révèle un bâtiment largement vitré, signe d'une nouvelle approche du soin psychiatrique. C'est une architecture volontairement ouverte et qui rejette le mur en tant que représentation d'une psychiatrie de l'enfermement et de l'isolement. Les participants ont évoqué leurs besoins de garder contact avec l'environnement extérieur. Mais nuanceons ce propos car le mur peut aussi faire office de contenance. Ce plan mural (Fig. 2) se situera à l'abri des regards et passages pour préserver l'intimité des patients et professionnels (hors côté rue) et des films seront posés sur les verres de fenêtres pour voir sans être vu. La lumière dégagée représente un enjeu important, notamment pour les services d'urgences qui sont souvent très compacts et qui bénéficient de peu de lumière naturelle. L'éclairage LED est également utilisé pour créer cette sensation de lumière naturelle. Nous avons privilégié du papier peint texturé et



Figure 1. Plan en 3 dimensions.



Figure 2. Vue extérieure.

lavable pour chacune des pièces. Pour les surfaces au sol, le linoléum a été choisi pour sa solidité (passages fréquents) et sa facilité d'entretien. Enfin, le choix d'un dégradé vert-bleu pour les couleurs s'est rapidement imposé : outre ses valeurs esthétiques et apaisantes (symbole de chance, d'espoir et de confiance), elles servent de repères intuitifs

dans le service. L'ensemble du bâtiment est accessible aux personnes à mobilité réduite.

Deux zones d'attente ont été différenciées, et ce, en fonction du mode d'arrivée au service des urgences et de l'état psychologique du patient. La zone 1 est réservée aux états d'agitations aiguës et aux personnes amenées par le SAMU et/ou la police. Les portes sont motorisées et assez larges pour laisser place aux brancards. Ainsi, le patient peut directement être pris en charge dans le local de soins où un bureau est mis à disposition, sans passer par l'accueil « général » que nous nommons « accueil 2 ». Il nous semblait important de concevoir deux espaces distincts suite aux nombreuses plaintes de patients spectateurs de scènes d'agressivité, de tensions, de menaces, etc.

Dans la zone 1, les patients ont la possibilité de patienter². La salle d'isolement est fermée par une porte

² Afin de respecter les normes de la revue, 4 plans sont présentés au sein de l'article. Le lecteur peut néanmoins contacter le premier auteur pour un accès à l'ensemble des plans 3D conçus.

munie d'une fenêtre ronde afin que les soignants puissent effectuer une surveillance sans avoir à ouvrir la porte. Cette fenêtre est recouverte d'une cloison afin de respecter la confidentialité des patients. L'isolement étant souvent vécu comme une expérience difficile, cette pièce a été conçue de manière à stimuler les sens pour restaurer l'apaisement : par le choix d'un dégradé de couleur, d'un accès visuel vers l'extérieur et par le mur en courbe côté porte. La création de courbes et la suppression des angles dans les couloirs sont l'un des concepts clés de Charles Jencks, matérialisé notamment lors la reconstruction de l'hôpital de Beaumont-sur Oise. Le rond est une forme apaisante synonyme de cocon protecteur. L'ouverture vers l'extérieur est rendue possible par un puit de lumière, c'est-à-dire, une source de lumière passant par une ouverture (un tube) située sur le toit. Il crée une sensation d'espace beaucoup plus ouverte. De plus, voir le ciel à travers un plafond, peut changer et dynamiser l'ambiance de la pièce. La salle d'isolement donne un accès direct sur la salle de bain, par une porte verrouillée pour réduire les risques et mises en danger. La salle de bain a également un accès direct au local des premiers soins situé à côté.

« L'accueil 2 » est l'accueil général destiné aux personnes « tout-venant » qui se présentent directement (Fig. 1). L'un des deux comptoirs est adapté aux personnes à mobilité réduite : plus large et moins haut. Nous avons éliminé les éléments qui font obstacle à la communication tels que les systèmes d'interphone ainsi que les éléments qui suscitent des sensations de distanciation et de froideur. La protection visuelle et acoustique a également été prise en compte (loin des espaces d'attente, séparation par des parois incomplètes) pour le respect de l'intimité et de la confidentialité. La période de pandémie COVID-19 incite à repenser ces préconisations, là où la distance est désormais signe de protection d'autrui, de protection de soi. Comment faire avec ces mesures sanitaires susceptibles de gêner l'accueil de l'autre ? Plus que jamais, soignants et patients doivent inventer ou réinventer de nouvelles façons de se saluer, de se rencontrer, de s'ouvrir à l'autre et de faire peut-être tomber le masque.

L'attente a été pensée en plusieurs espaces : espaces de soin, espaces pour penser, pour déambuler, des espaces d'apaisement, des espaces réglementaires, des espaces pour se retrouver seul ou entre patients, et des espaces d'échanges soignants-soignés. Ainsi, la zone de circulation devient un espace d'accueil lumineux, intuitif et s'affirme comme espace de déambulation aux contours souples avec perspectives sur l'extérieur. Certains préféreront le cadre plus contenant et isolé de l'espace lecture, d'autres se sentiront mieux à proximité des portes de sortie, proche des infirmières. D'autres encore chercheront un contact humain qui puisse les rassurer au niveau de l'espace café.

Cet espace a un accès direct avec le secrétariat. Cette présence physique est appréciée par certains patients : ils considèrent le personnel soignant comme plus disponible et ressentent moins de solitude. Les fauteuils créent une forme de convivialité, propice aux échanges.

Sur ce plan (Fig. 3), vous pouvez apercevoir une structure apparente en bois qui rend l'ambiance plus chaleureuse. Le mobilier est également en bois et différents types d'assises sont présents (avec/sans dossiers ; avec/sans accoudoirs). Le sofa bas crée un « effet cocon » qui appelle

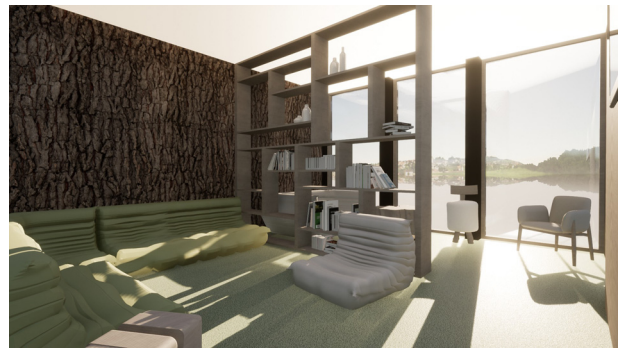


Figure 3. Espace attente.

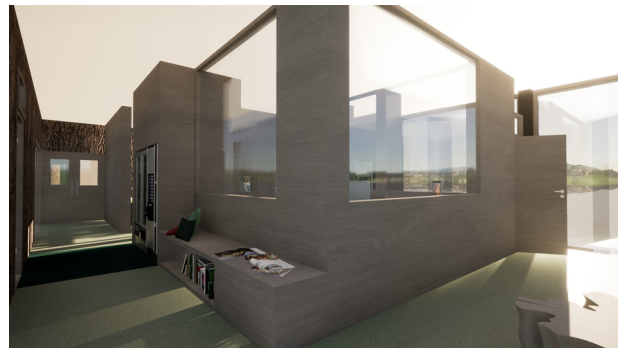


Figure 4. Espace convivialité.

à l'enracinement, la protection, le confort. Seul l'espace lecture, près de la fenêtre, n'a pas d'accès visuel au secrétariat.

Nous connaissons tous le pouvoir réconfortant des sucres et boissons chaudes. C'est bien l'optique de cet espace (Fig. 4). Le marquage au sol et le changement de couleurs, présents également dans les autres pièces, indiquent les changements d'espaces et de fonctions. Cette signalétique fait parler les lieux et crée des repères dans un environnement encore inconnu.

L'espace secrétariat est au cœur de l'accompagnement à l'accueil. Placé au centre et entièrement vitré, il crée transparence, disponibilité et évite les formes d'inquiétudes liées au caractère mystérieux et inaccessible de certains espaces cachés, non visibles de l'extérieur. L'optimisation de l'espace, le choix du mobilier, et la personnalisation de ce lieu répond au besoin de confort du personnel soignant. Ce confort est essentiel dans ces moments d'accueils, chargés émotionnellement. D'ailleurs, il convient aussi d'aménager un espace à l'abri des regards, là où le personnel pourra se retrouver autour de temps informels. Temps essentiels à la création d'une qualité d'ambiance relationnelle.

En fonction de la personnalité du soignant et de celle du patient, la conception de l'espace de consultation sera différente. Certains préféreront la présence d'un bureau pour des raisons pratique et de sécurité. D'autres, au contraire, installeront des fauteuils en cercle et agrémenteront la pièce d'une table afin de créer une certaine circularité dans les échanges. Pour assurer la sécurité du personnel, chaque bureau est équipé de bouton d'alarme d'urgence, et comporte deux portes. L'une d'entre elle se trouve dos à l'intervenant et mène à l'unité

d'hospitalisation. Nous tenons à préciser que l'espace de consultation semble concerner davantage les intervenants : c'est la façon dont eux aussi « habitent les lieux ». Comment être accueillant et contenant dans un endroit que les intervenants n'investissent pas ? Dans un endroit où ils n'ont pas la possibilité d'intervenir sur la décoration, sur l'aménagement des lieux ? Comment mettre à l'aise le patient si eux-mêmes ne trouvent pas leur propre confort ? C'est pourquoi, nous insistons sur la place que les institutions vont accorder à la subjectivité des équipes soignantes concernant leur façon d'habiter les lieux. S'y sentent-ils bien ? Que voudraient-ils comme teintes aux murs ? Préféreraient-ils des sièges, des chaises ? Et en quelle quantité ? Sont-ils plus à l'aise au fond de la salle ou près de la porte ? Ont-ils la possibilité de décorer la pièce par des végétaux, des tableaux, des affiches ? Nous insistons sur le confort du soignant car c'est la condition préalable à la mise en place d'une relation de confiance et d'écoute. Dans notre contexte, le bureau de consultation est un lieu de passage qui n'est pas attribué à un professionnel en particulier. Infirmiers, psychologues, assistants sociaux, médecins se succèdent pour quelque temps, celui de l'entretien. Il convient alors que chacun puisse y trouver une place qui permettra au professionnel de gagner en confort dans les rencontres.

Conclusion

La salle d'attente est souvent considérée comme un espace qui n'est ni dedans, ni dehors. Quelle est donc sa place ? Sa fonction ? Elle en est venue à être envisagée comme un espace de triage, de confinement, et une source inévitable de frustration, tant pour les soignants que pour les patients. Pourtant, nos témoins nous rappellent une réalité oubliée : les salles d'attente représentent un enjeu thérapeutique souvent négligé. Tel un espace interstitiel, elles permettent un travail d'élaboration et de mentalisation [12]. Ces salles d'attente ont une fonction d'enveloppe contenante qui permettent de se sentir en sécurité, à sa place, et de créer une continuité entre le dedans et le dehors. Il nous a semblé nécessaire de réinvestir ces lieux d'attente en accordant un soin particulier à leur dimension architecturale. L'agencement spatial, le matériel mis à disposition, l'ameublement, le confort, l'esthétique et

les enveloppes sensorielles sont autant d'éléments essentiels pour créer une ambiance propice à l'accueil du patient et de son entourage. La circularité du parcours – et ces divers espaces d'attente – ainsi que la présence centrale du secrétariat peuvent favoriser l'appropriation du lieu et représenter un point d'ancrage rassurant et étayant. La suite commence avec l'entretien d'accueil.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Bégout B. *Le concept d'ambiance*. Paris: Seuil; 2020.
- [2] Bittolo C. Les ambiances et leur traitement dans les groupes en institution. *Rev Psychother* 2008;50:47–55.
- [3] Chaperot C, Altobelli A. Psychiatrie et ambiance. *Evol Psy* 2014;79:541–55.
- [4] Harris B, Beurmann R, Fagien S, Shattell M. Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis. *Int Emerg Nurs* 2015;26:14–9.
- [5] Shattell MM, et al. A recovery-oriented alternative to hospital emergency departments for persons in emotional distress: « the living room ». *Ment Health Nurs* 2014;35:4–12.
- [6] Pin L. Perception humaine en milieu architectural. In: pour un confort climatique soutenable; 2016.
- [7] Proshansky HM, Ittelson WH, Rivlin LG. *Environmental psychology: people and their physical settings*. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1970.
- [8] Hall ET. *La dimension cachée*. Points; 1966.
- [9] Simonsen TP, Duff C. Mutual visibility and interaction: staff reactions to the "healing architecture" of psychiatric inpatient wards in Denmark. *BioSocieties* 2020.
- [10] Meriaux M, Hendrick S, Denis J. Accueil et clinique de crise: conceptualisation d'un processus au cœur des soins en santé mentale. *Therap Fam* 2021;42(3):225–45, <http://dx.doi.org/10.3917/TF.213.0225> [sous presse].
- [11] Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1967.
- [12] Delion P. Accueillir la personne psychotique : espaces thérapeutiques, temps interstitiels et vie quotidienne. In: *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*. Toulouse: Érès; 2006.