Rapport final de recherche

Pour une culture de l'hospitalité en santé-HOSPICREA

IRESP-SIP-2024

Carine DELANOE-VIEUX

31 Mai 2026

Soutenu par : Institut de recherche en santé publique - IRESP

TABLE DES MATIERES

Partie scientifique p.3

- Résumé p.4
- Synthèse longue p.6

Partie valorisation de la recherche p.18

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

Pour une culture de l'hospitalité en santé - HOSPICREA

Carine DELANOE-VIEUX

CONTEXTE

La recherche croise quatre phénomènes de transformation sociale : la crise d'attractivité de l'hôpital public ; la reconnaissance des effets de l'art et de la culture sur la santé publique ; la prise en compte des savoirs expérientiels ; la reconfiguration du champ du design contemporain par les éthiques du *care* et de l'hospitalité. Le concept d'hospitalité les traverse comme un horizon éthique partagé mais aussi comme un ensemble de pratiques professionnelles et créatrices.

OBJECTIFS

L'équipe de recherche s'est donnée comme objectif d'explorer ce que serait un design susceptible de traduire dans les formes et les faits l'être-au-monde fondamental de l'hôpital - l'hospitalité - par une réflexion interdisciplinaire, l'investigation de trois terrains de santé et la traduction des récits de designers concernés par la maladie dans un format accessible et sensible.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie a décliné un séminaire interdisciplinaire rassemblant les chercheurs et chercheuses impliqué.e.s, un atelier participatif avec les designers concernés par la maladie et la production d'un podcast à partir de leurs récits, des immersions auprès de 3 structures de santé. Une journée d'étude a mis en commun les résultats de l'ensemble de ces initiatives.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

La réflexion interdisciplinaire sur l'hospitalité dans les milieux de soins s'est matérialisée par une fresque d'hospitalité. Les 3 équipes de terrain ont défini une problématique pour la candidature à l'IRESP de 2026. Une journée d'étude a posé les bases d'une communauté mixte de recherche autour de l'enjeu du développement d'une culture de l'hospitalité dans les formes, les pratiques et les organisations du système de santé. Enfin, les récits des designers concernés par la maladie ont été valorisés dans un podcast. Ces mêmes témoins privilégiés ont produit, dans un workshop, un kit de supports de médiation pour recueillir les récits des usagers.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

Les supports de médiation prototypés dans la recherche-pilote pourraient outiller les designers et architectes intervenant dans le champ de la santé pour nourrir leurs projet sdes vécus et des imaginaires des personnes concernées. L'instauration d'une communauté mixte de recherche et d'action contribue à développer une conscience plus aiguë de l'attention portée à l'hospitalité dans les milieux et relations de soins. Capitaliser des connaissances nouvelles relatives aux enjeux, aux pratiques et aux conditions tangibles de l'hospitalité dans les milieux de la santé contribue à en saisir l'impact et l'importance pour les milieux et les systèmes de santé.

Abstract

Toward a Culture of Healthy Hospitality - HOSPICREA

Carine DELANOE-VIEUX

CONTEXT

This research explores four phenomena of social transformation: the crisis of public hospitals' appeal; the recognition of the effects of art and culture on public health; the incorporation of experiential knowledge; and the reconfiguration of the field of contemporary design through the ethics of care and hospitality. The concept of hospitality runs through them as a shared ethical horizon but also as a set of professional and creative practices.

OBJECTIVES

The research team set out to explore what kind of design could translate the hospital's fundamental way of being in the world—its hospitality—into tangible forms and realities, through interdisciplinary reflection, the investigation of three healthcare settings, and the translation of narratives from designers engaged with illness into an accessible and sensitive format.

METHODS

The methodology included an interdisciplinary seminar bringing together the researchers involved, a participatory workshop with designers affected by the disease, and field visits to three healthcare facilities. A study day was held to share the results of all these initiatives.

MAIN RESULTS

The interdisciplinary discussion on hospitality in healthcare settings took shape in the form of a "mural of hospitality." The three field teams identified a research focus for the 2026 IRESP application. A study day laid the groundwork for a mixed research community focused on the challenge of developing a culture of hospitality in the forms, practices, and organizations of the healthcare system. Finally, the stories of designers affected by illness were featured in a podcast. These same privileged witnesses produced a kit of mediation tools in a workshop to collect users' stories.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

The mediation tools prototyped in the pilot study could equip designers and architects working in the healthcare field to inform their projects with the lived experiences and imaginations of those involved. The establishment of a mixed research and action community helps foster a keener awareness of the importance of hospitality in healthcare settings and relationships. Capitalizing on new knowledge regarding the challenges, practices, and tangible conditions of hospitality in healthcare settings helps us understand its impact and significance for healthcare settings and systems.

Synthèse longue

Pour une culture de l'hospitalité en santé HOSPICREA
Carine DELANOE-VIEUX, Laboratoire ProJekt, Nîmes Université
IReSP – Appel à projets Recherche 2024 sur les Services, Interventions et Politiques favorables à la santé
Espace de réflexion éthique PACA Corse, Dr Perrine MALZAC, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille ADES anthropologie bio-culturelle, droit, éthique et santé, Laboratoire UMR 7268, Pr Pierre LE COZ, Aix Marseille Université Laboratoire EVCAU, MCF Lila BONNEAU, Pr Donato SEVERO, École Nationale Supérieure d'Architecture Paris Val de Seine
Projet pilote

Messages clés du projet

- L'hospitalité est vécue comme une valeur de service public partagée mais elle est aussi une éthique personnelle des hospitaliers. Quand celle-ci est malmenée, on constate que c'est tout le collectif hospitalier qui est perturbé. À l'inverse, lorsqu'elle est consolidée, les professionnels de santé peuvent travailler en conformité avec leurs valeurs, et cela fédère profondément la communauté hospitalière.
- La mise en récit des expériences des personnes vivant avec une maladie se révèle une contribution à leur rétablissement conformément aux théories narratives, de plus en plus présentes dans la recherche en santé. En outre, l'écoute et la prise en compte de ces expériences par les décideurs et les concepteurs transforment les manières de faire projet dans les structures sanitaires et médico-sociales.
- Travailler à partir des expériences des personnes montre que nul n'est assigné à une seule identité, on peut être soignant et malade, designer et soignant, architecte et pair-aidant, directeur d'hôpital et proche d'un patient...Ces perméabilités entre les statuts participent d'une mise en culture des expériences dans la perspective d'une éthique de l'hospitalité.
- Les limites à la mise en œuvre d'une hospitalité inconditionnelle sont identifiées. Les soignantes et soignants expriment d'abord leur difficulté à accueillir certaines détresses psychiques ou existentielles qui débordent le cadre du soin technique. Faute de formation ou d'espaces collectifs pour penser ces situations, chacune et chacun porte

individuellement la responsabilité de l'éthique hospitalière, au risque du repli ou de l'épuisement empathique. L'hospitalité, pourtant valeur cardinale de l'hôpital public, reste peu travaillée collectivement : les divergences d'interprétation peuvent même engendrer des tensions dans les équipes.

- Une autre limite concerne la place des proches. Si leur présence peut soutenir le patient, elle est souvent vécue comme une contrainte dans le geste de soin. Sollicitations, émotions, jugements — tout cela mobilise une empathie déjà mise à rude épreuve. Les soignantes et soignants reconnaissent ainsi qu'ils peinent à inclure pleinement les familles, parfois perçues comme concurrentes dans la relation de soin.
- L'hospitalité est mise à l'épreuve par certains patients en situation de grande précarité ou cumulant les situations de vulnérabilité (psychique, économique, sociale, ...). Les équipes s'efforcent d'y répondre avec humanité — offrir un repas, une douche, une nuit, une orientation vers les services sociaux — tout en ressentant le tiraillement, dans un contexte de ressources limitées, entre cette attention et la nécessité de traiter les besoins médicaux avérés. Ces situations, souvent peu valorisées, fragilisent la reconnaissance et la cohésion au sein des équipes, en particulier dans les unités accueillant les patientes et patients les plus en difficulté.
- Les dispositifs matériels d'accueil et d'hospitalité sont jugés secondaires face à la force du lien humain, même si toutes et tous, professionnels comme usagers, reconnaissent au final la nécessité de repenser les espaces et outils de communication pour soutenir concrètement cette hospitalité incarnée, de travailler les conditions de cette hospitalité.
- Une grande part du travail de prévention et de réhabilitation psycho-sociale des professionnels de santé est diffus et invisibilisé par les outils d'évaluation hospitaliers classiques, notamment concernant les gestes d'hospitalité et d'accompagnement au rétablissement des patients qui maillent leur pratique. Aussi, une démarche d'intelligibilité et de valorisation de leur travail est nécessaire.
- Les designers concernés par l'expérience de la maladie remettent en question le corps standardisé comme étalon de la conception des espaces. Elles et ils plaident pour une pratique du design et de l'architecture par l'attention portée aux limitations et aux fragilités des corps appelant à une modestie des formes. L'espace devient temporalité au rythme de la vie quotidienne. L'expérience de la maladie a ouvert une empathie différente, une éthique personnelle reconfigurée autour de la sensibilité à la souffrance d'autrui, au point d'engager leur art dans le champ de la santé.
- La figure de « designer-pairs » n'invite pas seulement à une posture de sollicitude mais aussi à l'action *in situ*. Les compétences professionnelles sont transformées par les savoirs expérientiels de la maladie. Ainsi, ces experts de la vulnérabilité seraient à même de concevoir les écrins du soin avec des équipes de maîtrise d'œuvre ou auprès des maîtres d'ouvrage hospitaliers pour accueillir la diversité et la singularité des corps et des sensibilités dans leur fragilité absolue.

- Le **contexte** et les **objectifs** du projet ;

L'hospitalité est une expérience interhumaine fondamentale visant à accueillir « l'étranger qui vient [1]» dans sa différence et sa vulnérabilité et à respecter la réciprocité de la relation entre les hôtes. Elle est appréhendée dans cette recherche par l'attention portée à

[1] AGIER Michel, « *L'étranger qui vient. Repenser l'hospitalité.* », Paris, Seuil, 2018.

l'ensemble des dimensions tangibles, relationnelles et expérientielles d'une situation en milieu de santé. L'hospitalité inconditionnelle est l'horizon éthique des professionnels de la santé mais elle est elle-même soumise à des conditionnalités pour exister.

Contexte

Le contexte de la recherche pilote concerne quatre phénomènes de transformation sociale et culturelle : la crise d'attractivité de l'hôpital public à l'issue de la pandémie de COVID-19 ; la reconnaissance scientifique des effets de l'art et de la culture sur la santé [2]; la reconnaissance des savoirs expérientiels[3] dans l'élaboration des systèmes de santé et dans la recherche médicale ; le déplacement des espaces d'attention de la discipline du design vers des enjeux sociaux et écologiques.

Objectifs

Son objectif général était d'explorer la culture de l'hospitalité[4] dans le domaine de la santé. Il présuppose que la qualité d'expérience sensible des usagers de santé et la qualité de vie au travail des hospitaliers reposent notamment sur une culture partagée de l'hospitalité que le design serait en capacité de cultiver, de matérialiser et de symboliser.

1er objectif

Le premier objectif opérationnel était de bâtir des partenariats avec des équipes de terrain dans le champ de la santé pouvant accueillir une deuxième étape de la recherche. Trois équipes se sont engagées dans la nouvelle candidature déposée auprès de l'IRESP. Il s'agit du service des urgences de l'hôpital Nord de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, du pôle Psychiatrie du CHU de Nîmes et du Centre de Formation au Rétablissement de Marseille (le CoFoR).

2e objectif

Le deuxième objectif opérationnel consistait à engager un dialogue interdisciplinaire entre architecture, design, culture et éthique médicale autour de l'hospitalité dans les milieux et les relations de soins pour élaborer une matrice d'investigations des terrains en santé.

3e objectif

Le troisième objectif visait à traduire dans un podcast et des outils de médiation les récits d'expérience de la maladie de 5 témoins présentant la particularité d'être également des designers et des architectes, intervenant désormais dans le champ de la santé. Ces récits ont été collectés et analysés dans le contexte d'une autre recherche que la coordinatrice du programme a mené avec le soutien de la chaire Archidessa entre 2023 et 2025. Nous avons aussi cherché à traduire dans le concret les expériences de ces témoins privilégiés pour outiller la communauté de concepteurs en santé à porter attention aux vécus des gens pour penser le projet.

- La **méthodologie** utilisée

[2] FANCOURT Daisy, FINN Saoirse, *Health Evidence Network synthesis report 6, What is the evidence on the role of the arts in improving, health and well-being? A scoping review*, World Health Organization, 2019.

[3] JOUET Emmanuelle, FLORA Luigi Gino, LAS VERGNAS Olivier, « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Pratiques de formation/Analyses », Revue internationale de sciences humaines et sociales, 2010, p.58-59.

[4] DELANOE-VIEUX Carine (dir.), *Art et design dans les lieux de soins. Pour une poétique de l'hospitalité*, Presses Universitaires de Lyon, 2024.

La méthodologie qualitative utilisée était participative et créative. La recherche s'est déroulée en effet en 3 volets pour répondre aux objectifs énoncés : une exploration de terrains pour construire le partenariat de la recherche complète, un séminaire de réflexion interdisciplinaire sur le design d'hospitalité, la traduction des récits de vie de concepteurs concernés par la maladie en podcast et en outils de médiation à l'occasion d'un workshop créatif.

Construire les partenariats de terrain

Il s'agissait de prendre contact avec trois établissements hospitaliers pour être partenaires du projet de recherche complet afin d'identifier et de documenter les problématiques, les lieux et les équipes. Nous avions identifié pour la candidature de 2024 des institutions sanitaires potentiellement partenaires de la recherche en raison d'une histoire et d'un territoire partagés : le CHU de Nîmes avec le laboratoire Projekt de Nîmes Université – une convention les lie déjà depuis quatre ans pour accueillir des ateliers de projet avec les étudiants, des stagiaires et même une doctorante ; l'espace de réflexion éthique PACA Corse adossé à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris co-fondateur de la chaire Archidessa. Mais ce dernier partenaire a dû se retirer du programme de recherche après avoir été lauréat d'un appel à projet européen qui l'a conduit à recentrer l'ensemble de ses ressources humaines sur ce nouveau projet. Suite à cette désaffection, l'équipe de recherche a décidé de mobiliser le 3ème partenaire dans le Sud et en-dehors de l'hôpital.

Le séminaire interdisciplinaire a mis à jour la portée des conditions d'hospitalité – sensibles, spatiales, sensorielles, relationnelles, éthiques, communicationnelles, organisationnelles – dans les situations de prise en charge de la santé des personnes les plus vulnérabilisées, en particulier par les discriminations et stigmatisations dont elles sont les victimes. C'est pourquoi, nous avons orienté nos recherches vers des entités pratiquant l'accueil inconditionnel en santé.

Au pôle psychiatrie du CHU de Nîmes, dirigé par le docteur Aurélie Schandrin, nous avons tout d'abord procédé à une immersion pendant deux jours au sein des services dédiés à l'accueil des jeunes. Elle a été menée par la coordinatrice du projet et Julie Calmettes, doctorante en design et terminant un CIFRE avec le service de réanimation du CHU de Nîmes. Nous avons visité l'Unité d'hospitalisation pour Jeunes Adultes temps plein, puis les dispositifs de prise en charge précoce et de rétablissement : HYPE, Orygen et Psytruck. Cette immersion a donné lieu à des observations écrites, photographiques et dessinées ; à la collecte d'un récit de parcours d'une médiatrice de santé pair ; à des entretiens avec les infirmiers et infirmières nommés *case managers*[5] dans ces dispositifs. Nous avons restitué les résultats de l'immersion aux personnels concernés à la fois pour confirmer notre bonne compréhension de leur activité et ouvrir des pistes de problématiques et de projets. Ces professionnels ont ensuite été invités à témoigner de leur expérience à la journée d'étude de clôture du programme.

Aux urgences de l'hôpital Nord de Marseille, dirigées par le docteur Aurélia Bordais, la question qui nous a été adressée était relative à l'accueil des familles dans un dispositif où

[5] SCHANDRIN Aurélie et al. "PEPsy-CM study protocol: impact of a 3-year program for early psychosis based on case-management on relapse rate, a French multicenter randomized trial." BMC Psychiatry 25, 488. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06940-y

elles sont cantonnées dans la salle d'attente pendant les soins prodigués à leurs proches. L'équipe avait le projet d'ouvrir un salon des familles à l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui accueille les patients un peu plus longtemps. Nous avons procédé en trois étapes. Tout d'abord, la coordinatrice a proposé une méthode de *shadowing*, autrement dit, elle s'est mise dans les pas d'un médecin senior de l'équipe et l'a suivi dans tous ses mouvements et toutes ses interactions pendant une demi-journée. Elle a participé l'après-midi à une formation interne en éthique médicale sur l'annonce des mauvaises nouvelles. Ensuite, une autre équipe composée de Marie Coirié, designer et de la coordinatrice a fait une immersion active dans l'espace d'attente et à l'UHCD pendant deux journées. Elle a cartographié les lieux, les flux, et mené des entretiens avec des familles et des professionnels. Dans un troisième temps, avec le docteur Perrine Malzac de l'espace éthique, nous avons testé pendant une demi-journée avec 6 soignants des urgences un format hybride entre nos deux compétences. Les « conversations éthiques » sont un mode d'intervention original qui mixe les modalités de l'éthique clinique[6], de la collecte de récits et de l'illustration. La restitution de cette « conversation » sur l'hospitalité s'est faite en effet dans un format de livret illustré accessible à tous et toutes et agréable à consulter. Il est illustré par Jeanne Chiche, designer et étudiante en soins infirmiers. Au regard de son succès auprès des professionnels, nous envisageons de formaliser et de systématiser cette méthode s'il y a une suite.

Enfin, nous nous sommes intéressées à l'hospitalité dans la cité pour les personnes souffrant de troubles chroniques et à la manière dont elles la pratiquent entre elles en pair-aidance[7]. La coordinatrice a donc rencontré les membres de la communauté mixte qui compose le CoFoR[8], piloté par le docteur Aurélie Tinland, pour parler d'hospitalité et de la recherche. Le CoFoR est un centre de formation au rétablissement des personnes concernées par des troubles psychiques. Il a pour objectif de favoriser la création des savoirs par ces personnes. Il vise à faire évoluer la connaissance, la reconnaissance et la représentation du rétablissement dans le champ de la santé mentale. Il a formé 800 personnes. Il propose 12 cours dans l'année pour former des pairs-aidants. L'accueil par les étudiants du CoFoR a été très intéressé et nombre d'entre eux se sont mobilisés pour participer à la journée d'étude où ils ont pu témoigner de leur expérience de rétablissement et interpeller les structures institutionnelles. Cette communauté est intéressée par un travail de recherche collaborative et par la narration. La démarche narrative est en effet à l'interface de la création et de la thérapie, notamment la *Narrative Exposure Therapy*[9] ? Elle prend toute sa place dans les processus de rétablissement. Avec cette communauté, nous avons envisagé une recherche collaborative sur l'hospitalité vécue à travers une collecte de récits et un travail collectif de narration.

---

[6] MALZAC Perrine, Marie-Ange EINAUDI, (dir.), *Récits cliniques, conflits de valeurs. De l'éthique médicale à la décision concrète,* Presses Universitaires de Provence, Marseille, 2019.

[7] GARDIEN Ève, « Accompagnements et soutiens par les pairs : se prendre en main en s'appuyant sur ses pairs », *Les Cahiers de l'Actif*, 2021, 538-539(2), 9-22. https://doi.org/10.3917/caac.538.0009.

[8] TINLAND Aurélie, LETAILLEUR Céline, « Une formation au rétablissement pour et par les usagers », *Santé mentale*, 2017;218:44-47.

[9] GRARD Julien, (2017). « Approche(s) narrative(s) et récit à la première personne. Généalogie et politique de l'enquête », Vie sociale, 2017/4 p. 85-98.

Construire un dialogue interdisciplinaire et interprofessionnel

En parallèle, le séminaire interdisciplinaire associant les membres de l'équipe de recherche dans ses composantes de design, d'éthique médicale et de développement culturel, s'est organisé en quatre temps : la présentation réciproque des chercheurs et des points de vue disciplinaires sur le sujet ; l'élaboration d'une fresque d'hospitalité en santé à partir du partage de micro-expériences d'hostilité et d'hospitalité dans les lieux de soins ; la définition d'une candidature pour un projet de recherche complet auprès de l'IRESP avec un focus sur la collaboration entre les différentes disciplines ; les enrichissements et la validation de la version finalisée de la candidature. La dernière étape de cet espace de dialogue interdisciplinaire et interprofessionnel a été l'organisation de la journée d'étude de clôture du programme *« L'hospitalité inconditionnelle est-elle une question de santé publique ? Éthique, design et narration »* le 3 février 2026, à laquelle ont participé toutes les parties-prenantes du projet de recherche, nous avons souhaité grâce à cet événement installer une première communauté mixte de recherche entre Nîmes et Marseille. La journée s'est ouverte avec la distribution de *Symbolons,* supports graphiques réalisés par pairs invitant les participants à se rencontrer et à faire connaissance.

Traduire les savoirs expérientiels en médiations

Le troisième volet de la méthodologie est une opération de traduction d'une étude intitulée *« Traduire l'expérience vécue de la maladie par la narration en design d'hospitalité : une recherche-projet de recueil expérientiel avec des concepteurs/créateurs concernés par la maladie et par un parcours hospitalier »*. Elle nourrit l'ambition d'enrichir le concept de *design d'hospitalité* par les récits d'expérience et des formes d'expression de 5 designers et architectes concernés par la maladie et ayant eu à subir une fréquentation intensive de l'hôpital. Cette « catastrophe intime[10] » de l'existence introduit du chaos et de la discontinuité dans l'idée que chacun a de son corps et de son histoire et perturbe le sentiment de permanence de soi-même, *l'ipséité* chère à Ricoeur[11]. En conséquence, faire le récit d'une existence affectée par la maladie c'est rétablir de la continuité et du sens dans une situation de chaos. La problématique stimulant cette démarche pose la question de la traduction entre l'expérience des personnes concernées par la maladie, la production d'un récit et la capacité d'agir concrète pour améliorer l'habitabilité des lieux de soins. Les entretiens ont nourri différentes thématiques que le podcast a ordonnancé : les processus de réappropriation de son corps et de la permanence de son identité par la création ; la perception sensible de l'expérience hospitalière ; le point de vue critique et projectif du milieu hospitalier mais aussi des formations artistiques ; la consolidation d'une éthique fondée par une empathie plus large. Mais le terme de traduction renvoie au bas latin *traducere*, « faire passer d'un lieu dans un autre ». C'est pourquoi, pour le programme HOSPICREA, après avoir analysé et interprété les récits des personnes, nous leur proposons de passer du lieu du colloque duel à un lieu collectif de travail afin de traduire les enseignements analysés de l'expérience singulière de chacun en propositions de supports de médiations à destination de leurs pairs architectes et designers. Le workshop a été pensé comme un moment intensif de co-production pendant

[10] MARIN Claire, *La maladie, catastrophe intime*, Paris, PUF, 2014.

[11] RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre,* Paris, Seuil, 1990.

une semaine. Il a été co animé par la coordinatrice du projet et une designer professionnelle aguerrie aux pratiques de design dans le monde hospitalier, Marie Coirié.

- Les principaux **résultats** obtenus

Les résultats de la recherche sont de deux ordres : les enseignements et les livrables.
Les enseignements théoriques issus du séminaire et de la journée d'étude font l'objet d'un article collectif à finaliser et paraître dans les mois à venir. Ils recoupent les messages clés exposés en début de ce résumé. Au stade de la recherche pilote, les enseignements de la recherche collaborative sont essentiellement liés aux enquêtes de terrain et sont également mobilisés dans la rédaction du projet de recherche déposé auprès de l'IRESP en 2026.
Les livrables traduisent les productions de la recherche en supports communicables : le podcast, le livret illustré de la conversation éthique, le kit de méditation « Invitation aux récits », la fresque d'hospitalité, le *Symbolon*.
Les enseignements issus des enquêtes
Le pôle pédopsychiatrie du CHU de Nîmes a développé des dispositifs de prise en charge précoce et de rétablissement comme périmètre de la recherche : HYPE, Orygen et Psytruck. Ces dispositifs semblent porter une ambition d'accès aux soins inconditionnel, une avant-garde de l'hôpital pour aller vers des populations stigmatisées et en grande difficulté et pour lesquelles l'accès aux soins se fait souvent dans la détresse d'une hospitalisation en urgence. L'âge des jeunes patientes et patients invite à une attention toute particulière en terme de santé publique, les études ayant notamment révélé que leur santé mentale a été percutée par l'expérience de la COVID. Les jeunes filles sont en première ligne de ce mal-être psychique. Le lien avec les familles est central dans la prise en charge des mineurs et des jeunes adultes. Ces pratiques soignantes de « l'aller vers... », décalées par rapport aux offres de soins de la filière classique, offrent un espace fécond pour enquêter sur les modalités éthiques et pratiques de l'accueil et de l'hospitalité comme leviers de santé publique.
Ces équipes (HYPE, Orygen, Psytruck) bénéficient en effet d'une agilité plus importante dans leur pratique garantissant leur réactivité et leur adaptabilité à des situations critiques et à des publics complexes. Cela implique d'alléger le cadre institutionnel : les journées ne se ressemblent pas, les équipes sont petites et autonomes, le cadre administratif et réglementaire est plus souple, les espaces du soin et de la relation sont labiles. Les soignants disent de ces nouvelles pratiques qu'elles sont plus en phase avec leur éthique du soin et conforte le sens donné à leur mission : espoir du rétablissement, aller-vers, suivi individualisé, adaptation aux besoins des patients, disponibilité. Ce meilleur ajustement entre l'éthique soignante et les caractéristiques de ces dispositifs constitue une motivation forte pour les professionnels. Néanmoins, l'allégement du cadre (locaux identifiés et régulés, rituels professionnels, temporalités fixes, soutien en équipe) les expose à des risques psycho-sociaux tels que le syndrome vicariant, l'épuisement émotionnel, le sentiment de non-reconnaissance interne ou le surinvestissement personnel ? Cela implique la conception des outils et des supports (espaces, objets, organisation, communication, partenariat) pour sécuriser leurs pratiques, sans ajouter de contraintes et de cadre afin de préserver autonomie, réactivité, adaptabilité.
En outre, les soignantes et soignants concernés identifient une forme de stigmatisation, y compris parmi les hospitaliers, des populations qu'ils accompagnent, en particulier les jeunes souffrant d'une pathologie *borderline*. Il leur arrive de se sentir également concernés par ces représentations négatives de la pathologie. Une grande part de leur travail est diffus,

invisibilisé par les outils d'évaluation hospitaliers classiques, notamment concernant les gestes d'hospitalité et d'accompagnement au rétablissement des patients qui maillent leur pratique. Aussi, une démarche d'intelligibilité et de valorisation de leur travail paraît indispensable pour lutter contre ces représentations stigmatisantes.

Aux urgences de l'hôpital Nord, ce que les professionnels appellent « la vitre » constitue le point névralgique de la communication avec les familles et les proches qui arrivent par leurs propres moyens. Elle cristallise, bien autant sur le plan symbolique que sur le plan fonctionnel, la frontière, le seuil dont dépend tout acte d'hospitalité et/ou d'hostilité. Elle répartit les pouvoirs entre l'hôte qui accueille et l'hôte qui est accueilli. Elle incarne au quotidien l'ambivalence de ces deux termes puisque l'hospitalité est systématiquement pratiquée, sur un mode inconditionnel, pour les personnes malades ou blessées alors que le refus de passage pour les proches et les familles se lit comme un geste d'hostilité, ou tout du moins d'inhospitalité. Les familles comprennent dans l'ensemble que les équipes sont très occupées et elles manifestent de l'empathie à leur égard. Cependant, malgré la compréhension de leurs contraintes, les familles vivent cette interdiction de « passer la frontière » comme une privation de leur pouvoir d'agir et de consolation auprès du patient en souffrance dont ils sont proches. Les aides-soignants et aides-soignantes (AS) en charge de « la vitre » jouent en conséquence un rôle majeur dans la gestion des tensions. Elles et ils ont développé un savoir-être dans l'accueil : dialogue, sourire, bienveillance. Les conflits avec les familles sont rares grâce à leur sens pédagogique et à leur capacité d'écoute des inquiétudes exprimées toute la journée par les familles. Le statut de soignant de l'AS contribue à la temporisation des inquiétudes en raison du savoir médical qui lui est conféré par les familles. La difficulté étant que l'AS doit peser les informations à divulguer, un certain nombre étant de la responsabilité exclusive du médecin. L'AS de la vitre a donc une double mission : temporiser les familles et alerter le médecin en cas de tension. Il doit faire preuve d'une grande capacité d'adaptation au regard de la diversité des situations et des personnes qui s'adressent à l'accueil. La capacité des urgences à accueillir tous les profils sociaux, psychologiques et sanitaires est véritablement un élément central dans l'éthique et la pratique de l'hospitalité inconditionnelle. Si tout le monde en a connaissance, il n'est pas certain que tout le monde en ait conscience. L'idée de rendre lisible et accessible ces micro-scènes de la vie quotidienne pour mieux faire toucher du doigt l'expérience de l'accueil aux urgences serait à développer.
Par ailleurs, on note une forme de consensus chez les professionnels sur le confort que représente la mise à l'écart des familles au moment des soins. Leur absence diminue le stress et les sollicitations auprès des soignants, elle permet de ne pas saturer leurs capacités d'empathie et d'écoute. Cependant, ils reconnaissent que le fait de ne pas voir physiquement les proches auprès des patients augmente le risque de les oublier pour les informer et affecte les possibilités de construire une alliance thérapeutique pour la suite de la prise en soins.

C'est l'une des raisons qui a poussé l'équipe à envisager un meilleur accueil des familles à l'UHCD. La place des familles et des proches y a évolué en même temps que le tableau clinique des patients admis et que la durée de séjour non conforme au projet de service initial. La demande adressée d'un espace dédié aux familles et aux proches pourrait être la partie émergée d'une situation de crise à l'UHCD dont la mission initiale de surveillance post-urgence avant réorientation des patients semble dévoyée par l'ampleur des situations complexes rencontrées.

Notamment, l'augmentation du nombre de personnes en fin de vie fragilise l'équipe quant à son rôle et son cœur de compétence. Les professionnels se disent non formés pour les soins palliatifs et supportent mal la charge émotionnelle qui leur est imposée de manière plus quotidienne. Ils expriment également un désarroi quant à l'accompagnement des familles dans ces situations de fin de vie car elles sont présentes en nombre auprès de leur proche. Les EHPAD sont soupçonnés par l'équipe de "se débarrasser" de leurs résidents en fin de vie alors que les professionnels des EHPAD accusent les urgences de ne pas vouloir prendre leurs résidents. Les professionnels déplorent de laisser mourir des personnes âgées dans un service de soins qui n'est pas pensé pour cet accueil spécifique plutôt que dans l'endroit familier où elles résident. Il y a bien une équipe mobile de soins palliatifs à l'hôpital Nord, mais compte-tenu de la dégradation de la situation, cela ne semble pas suffire.

L'UHCD dispose d'une équipe médicale et de nuit commune, et d'une équipe paramédicale de jour dédiée. Nous avons observé une forme d'épuisement moral au travail plus marquée dans l'équipe dédiée à l'UHCD que dans l'équipe commune avec les urgences. Nous faisons l'hypothèse que celle-ci ne disposerait pas du levier d'estime de soi que confère la dimension de "sauveur" et de "technicien" à la culture des urgentistes qui compense les duretés du métier. Elle paraît plus vulnérable à une perte d'estime de soi, en miroir de la stigmatisation et de la précarité dont sont victimes de plus en plus de patients orientés à l'UHCD. En effet, plus les personnes accueillies présentent des tableaux cliniques et sociaux complexes et discriminés, plus les équipes se sentent à leur tour discriminées.

Les résultats de la recherche en termes de livrables :

Le podcast « Perte et re-pairs »

L'intensité émotionnelle de la voix et l'intérêt des expériences relatées dans les récits des cinq témoins privilégiés de la recherche précitée invitaient à réaliser une traduction dans un format sensible et partageable. L'enjeu de la démarche consiste à démontrer la finesse et la richesse de l'expérience de la maladie comme ressource pour penser l'hospitalité des lieux de soins par le design et l'architecture dans un format public. Benjamin, Camille, Damien, Mathilde et Julien. Ils sont cinq. Cinq designers et architectes percutés à l'orée de leur vie d'adulte, entre 28 et 32 ans, par une grave maladie. Cinq designers et architectes qui ont finalement mis cette expérience et leur compétence au service du soin. Les narratrices et narrateurs de ce podcast se sont reconstruits à la frontière des expériences de leur maladie et de leur savoir en conception. Le podcast permet de comprendre comment ils ont renouvelé leur approche et leurs pratiques en design et en architecture, à l'aune de l'expérience radicale de la maladie.

Ce podcast ouvre en outre la voie à imaginer une figure de « designer-pairs » dans laquelle les designers et les architectes, devenus experts de la vulnérabilité par leur propre vécu, n'auraient plus à performer leur santé. Ils seraient pleinement partie-prenantes d'une équipe professionnelle, nourrissant les projets de leurs savoirs expérientiels et compétences de concepteur, tout en étant considérés et respectés dans leurs singularités dans leur milieu professionnel.

Le kit de supports de médiation « Invitation aux récits ».

Cet outil de médiation a été développé dans le contexte de la recherche pilote à l'état de maquette fonctionnelle. Il pourrait potentiellement être dupliqué et mis à disposition des

professionnels sur internet. Cette pochette comprend trois supports d'ateliers de médiation :

1- L'escargot exquis
2- Le 7 de 8
3- Paysage en mouvement

Le kit est destiné aux professionnels des métiers de conception de projet souhaitant documenter leur processus à partir des témoignages expérientiels des personnes concernées. Chaque « Invitation » est un prétexte à narration et à discussion.
Il a été testé avec les participants de la journée d'étude. Ils ont apprécié la consigne selon laquelle il est possible d'inventer une histoire, ce qui a permis de réellement libérer la parole. Les participants ont compris qu'il ne s'agissait pas de raconter leur histoire personnelle mais une histoire à partir de tous leurs récits. Dans l'ensemble les prises de parole étaient fluides, tout le monde a participé. La complémentarité entre le personnel soignant et les personnes concernées par la maladie a très bien fonctionné. De fait, il était quasi impossible de distinguer les positions de chacun, les anecdotes du personnel soignant s'intégraient aux récits, elles ont pu également exprimer soit leur frustration, soit leur sentiment d'humilité ou de joie.
Lors du premier tour de table, les personnes ont en général seulement donné leur prénom et ne se sont pas attardées, voire n'ont pas évoqué leur fonction ou leur pathologie respectives, ce qui a permis de construire une session plus ancrée sur les émotions et les situations.

Le livret de restitution de la conversation éthique à l'hôpital Nord
Le livret illustré rend compte des échanges entre professionnels ayant participé aux « conversations éthiques », mode d'intervention original qui mêle les modalités de l'éthique clinique, de la collecte de récits et de l'illustration.
Cette première conversation a été animée par Perrine Malzac, médecin en génétique et directrice adjointe de l'Espace Éthique Paca Corse et par la coordinatrice de la recherche.
Le livret vise à restituer les échanges et le partage d'expériences entre soignantes et soignants de manière vivante, respectueuse et accessible à toutes et à tous. Il est illustré par Jeanne Chiche, designer et étudiante en soins infirmiers.

La fresque d'hospitalités
Elle a été élaborée à l'occasion d'un séminaire participatif associant les membres de l'équipe de recherche. Elle mêle concepts et récits personnels, elle donne à voir différents niveaux de perceptions et d'interventions possibles en matière d'hospitalité. Elle pose une première matrice à partir de laquelle penser les protocoles d'enquêtes.

- Les **apports** potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche ;

La communauté de recherche en design
Pour la communauté de recherche en design, les résultats de la recherche documentent et enrichissent la manière dont les éthiques du *care* et de l'hospitalité, qui sont intriquées, irriguent les postures et les méthodes du design quand elles se déploient dans un milieu sensible comme les hôpitaux. Du point de vue épistémologique, la recherche propose des

balises conceptuelles telles que la vulnérabilité et la responsabilité[12], l'inconditionnalité de l'accueil[13], l'attention, les théories narratives[14], pour orienter le projet dans une perspective de restauration des potentiels que la maladie a affectés : le pouvoir de dire, le pouvoir d'agir, le pouvoir de raconter[15]. Par l'entrée de l'inconditionnalité de l'hospitalité, ces approches garantissent de surcroît une vigilance quant à l'égalité des vies dans les opérations de santé publique[16].
Sur le plan plus pratique, la recherche met en partage des pratiques professionnelles, généralement peu standardisées, contextualisées, frugales, agiles, et infiniment respectueuses de la fragilité dont l'enjeu est malgré tout de les étudier et de les formaliser pour les transmettre.

Pour la communauté de recherche en éthique médicale, les résultats de cette recherche pilote attirent l'attention sur la portée des conditions et des formes tangibles de l'hospitalité et de l'accueil des personnes tant pour la conformité de l'agir professionnel à leur *ethos* que pour la qualité d'expérience des patientes et patients et des proches. Actuellement, la communauté soignante est peu sensibilisée à l'importance des espaces, de l'orientation, de la documentation, de la beauté comme pratiques au quotidien de l'hospitalité et comme signes de considération. Cette effectivité matérielle et immatérielle de l'hospitalité vient incarner l'intention soignante. Pour la communauté de recherche en sciences infirmières, ces résultats ouvrent un nouvel espace d'investigation dans le champ du soin, celui du *care* et de l'hospitalité.

- La manière dont ces résultats peuvent éventuellement **alimenter les réflexions et actions** de **décideurs**, **acteurs nationaux ou locaux**, ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social ou autres acteurs, le cas échéant ;

Ces résultats pourraient sensibiliser les décideurs à la nécessité pour les professionnels de santé d'exercer leur éthique professionnelle dans des conditions matérielles traduisant leur attachement à l'accueil et à l'hospitalité. Ces initiatives sont susceptibles de favoriser l'investissement des soignants dans les fonctions de *care* correspondant à leur *éthos* professionnel. Ce besoin a été majoritairement exprimé par les équipes à l'issue de la crise sanitaire. En formalisant et en soutenant des appels à projet centrés sur les éthiques du *care* et de l'hospitalité et en identifiant des lignes budgétaires pour financer l'accompagnement des projets des équipes dans ce domaine par des designers, les décideurs contribueraient à mieux armer les établissements de santé pour faire face aux enjeux anthropologiques des besoins symboliques, sensibles et esthétiques de tous les acteurs du soin.

Cela soulève également la question de la manière dont l'hôpital, lieu d'excellence médicale et de performance organisationnelle, renoue, en lui portant considération, avec son récit fondateur d'hospitalité inconditionnelle à l'égard des populations discriminées, les plus

[12] GISCLARD Béatrice, ROYER Marine (dir.), *Les vulnérabilités à l'épreuve de la sobriété : apports et perspectives pour les disciplines de conception*, DAM, 2024
[13] LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Le Livre de Poche, Paris 1971.
[14] RICOEUR Paul, *Temps et récits*, tome I, Le Points, 1991.
[15] DERRIDA Jacques, *L'hospitalité*, volume 1. Séminaire, éditions du Seuil, Paris, 2021.
[16] FASSIN Didier, *La vie mode d'emploi*, Points, Paris, 2021.

précaires ou les plus éloignées du soin. Les décideurs pourraient se saisir des résultats des recherches sur la mise en pratique des éthiques du *care* et de l'hospitalité dans le domaine de la santé, particulièrement de la santé publique, pour restaurer la valeur du récit de l'accueil inconditionnel de toutes les vulnérabilités.

Ils pourraient également se saisir des résultats de la recherche en termes de méthodologie instaurant des communautés mixtes de recherche entre chercheurs et concepteurs, professionnels de santé et personnes concernées dans lesquelles peuvent se penser et se mettre en œuvre de nouvelles manières de produire les milieux et les services de santé à partir d'une articulation entre savoirs théoriques, compétences de conception et savoirs expérientiels.

- les **perspectives de recherches** ;

L'histoire de l'hôpital, chacun le sait, est fondée sur sa vocation d'accueil et d'hospitalité des populations les plus vulnérables sur le plan sanitaire et social. Pourtant ce récit originel a progressivement été recouvert par une narration moderne de l'hôpital, initié par le mouvement hygiéniste et porté à son incandescence par les prouesses techno-scientifiques continues en médecine. Aujourd'hui, le récit gestionnaire et médico-économique tend à devenir prépondérant. Pourtant, l'hôpital est bien un espace singulier où se pratique l'accueil inconditionnel, c'est-à-dire une hospitalité infinie dans laquelle l'accueillant renonce à toute prérogative, à tout pouvoir, à tout enrichissement. Néanmoins, l'inconditionnalité ne peut être que temporaire à l'hôpital. Après l'accueil en urgence, le temps des conditionnalités arrive. Et les hospitaliers ont besoin de ces conditions pratiques adaptées à l'exercice du soin. Il reste donc à penser et maintenir ces conditions dans l'horizon éthique de l'accueil inconditionnel, sans que cette dernière exigence morale ne repose uniquement sur l'empathie de chaque soignant. En conséquence, la recherche HOsPE peut se définir comme une enquête passant par des expérimentations, sur les conditions de l'hospitalité inconditionnelle.

Dans cette perspective, nous avons déposé en novembre 2025 une candidature à l'appel à projets 2026 du SIP porté par l'IRESP. Dans cette éventuelle nouvelle étape de la recherche pour une culture de l'hospitalité en santé, Hospicréa devient HOsPE, acronyme pour HOspitalité, Soin, Polyphonie, Éthique et sous-titré « Design des conditions de l'hospitalité inconditionnelle en santé publique ». Le projet associe comme partenaires : les urgences de l'hôpital Nord à l'AP-HM, le pôle psychiatrie du CHU de Nîmes, le laboratoire en santé publique CeReSS d'Aix Marseille Université et les étudiantes et étudiants du CoFoR. L'équipe de recherche s'élargit également aux professionnelles de santé : les docteurs Aurélia Bordais, Vanessa Meynier, Aurélie Schandrin et leurs équipes.

- Les **conditions de faisabilité** du projet de recherche que vous envisagez de mener à partir de ce premier travail

Une première condition de faisabilité du projet est relative à la disponibilité et à une certaine stabilité des équipes médico-soignantes pour s'impliquer sur un temps relativement long dans cette enquête-projet.

Une autre condition de faisabilité du projet réside dans la possibilité d'associer des compétences créatives spécifiques aux protocoles d'enquêtes participatives et aux artefacts à développer.
Une troisième condition concerne la valorisation des projets en partenariat avec des structures culturelles telles que des éditeurs.

- les principaux points sur lesquels il convient d'être **vigilant** concernant l'étude à venir, la **méthodologie**, les **partenariats**, les **coûts** ou encore le **calendrier**.

La méthodologie demande beaucoup de souplesse et de temps car elle est dépendante de la disponibilité des équipes, de la pérennité de l'engagement de leur hiérarchie et des conditions déontologiques de collaboration avec les patients. Il est donc très difficile de prévoir un calendrier rigide à l'amont du projet.
En aval, le passage de la maquette des projets à une version définitive d'usage nécessite des financements complémentaires que la recherche ne peut pas toujours porter, surtout si elle implique des interventions travaux. En outre, la décision institutionnelle de pérenniser les expérimentations implique de nouvelles actrice et acteurs peu disponibles pour s'impliquer dans la phase recherche qu'il faudra convaincre. Il s'agit d'un écueil récurrent des démarches de design à l'hôpital. Cette dernière phase peut faire déraper le calendrier au-delà du temps imparti, les processus de décision étant longs et complexes. Nous serons donc particulièrement attentifs au développement d'artefacts simples et peu coûteux à développer mais aussi à poser les limites de la recherche à l'état de livrables de prototypes testés. Les financements complémentaires seront à chercher par les établissements sur leur propre budget ou auprès de mécénat à partir d'un projet présentant l'avantage d'avoir été défini avec les parties prenantes, développé, testé et évalué.

- les **15 principales références bibliographiques citées** en mettant en évidence, en caractères gras, les publications issues du projet (les autres publications issues du projet feront l'objet d'un recensement exhaustif dans la partie « Valorisation des résultats de la recherche »).

- AGIER Michel, « *L'étranger qui vient. Repenser l'hospitalité.* », Paris, Seuil, 2018.
- JOUET Emmanuelle, FLORA Luigi Gino, LAS VERGNAS Olivier, « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Pratiques de formation/Analyses », Revue internationale de sciences humaines et sociales, 2010, p.58-59.
- DELANOE-VIEUX Carine (dir.), *Art et design dans les lieux de soins. Pour une poétique de l'hospitalité*, Presses Universitaires de Lyon, 2024.
- SCHANDRIN Aurélie et al. "PEPsy-CM study protocol: impact of a 3-year program for early psychosis based on case-management on relapse rate, a French multicenter randomized trial." BMC Psychiatry 25, 488. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06940-y
- MALZAC Perrine, Marie-Ange EINAUDI, (dir.), *Récits cliniques, conflits de valeurs. De l'éthique médicale à la décision concrète,* Presses Universitaires de Provence, Marseille, 2019.
- GARDIEN Ève, « Accompagnements et soutiens par les pairs : se prendre en main en s'appuyant sur ses pairs », *Les Cahiers de l'Actif*, 2021, 538-539(2), 9-22. https://doi.org/10.3917/caac.538.0009.

- TINLAND Aurélie, LETAILLEUR Céline, « Une formation au rétablissement pour et par les usagers », *Santé mentale*, 2017;218:44-47.
- GRARD Julien, (2017). « Approche(s) narrative(s) et récit à la première personne. Généalogie et politique de l'enquête », Vie sociale, 2017/4 p. 85-98.
- MARIN Claire, *La maladie, catastrophe intime*, Paris, PUF, 2014.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre,* Paris, Seuil, 1990.
- GISCLARD Béatrice, ROYER Marine (dir.), *Les vulnérabilités à l'épreuve de la sobriété : apports et perspectives pour les disciplines de conception*, DAM, 2024
- LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Le Livre de Poche, Paris 1971.
- RICOEUR Paul, *Temps et récits*, tome I, Le Points, 1991.
- DERRIDA Jacques, *L'hospitalité*, volume 1. Séminaire, éditions du Seuil, Paris, 2021.
- FASSIN Didier, *La vie mode d'emploi*, Points, Paris, 2021.

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens :**
Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

X Oui ☐Non

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques

Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.
Merci de préciser quand l'article n'est pas disponible en accès ouvert, le cas échéant, joindre l'article en format PDF.

1. Liste des articles et communications écrites

- Article collectif de synthèse de la recherche HOSPICREA en cours et à paraître.
- BERTRAND Étienne, BOITEUX Catherine, DELANOË-VIEUX Carine, FONTAINE Coline, IWANCZUK Beata, SINTIC Jeanne, THOMAS Laetitia, « Récit d'une recherche-projet en design dans un hôpital psychiatrique », DELANOE-VIEUX Carine (Dir), *Art et design dans les lieux de soins. Pour une poétique de l'hospitalité*, Presses Universitaires de Lyon, 2024, chapitre d'ouvrage.
- CHRISTOFOL Sophie, MALZAC Perrine, « L'art et la culture comme support de la réflexion éthique en santé », Revue française des affaires sociales, DELANOE-VIEUX Carine, HAN Sidonie, LIOT Françoise (dir.), *Ce que l'art et la culture font aux organisations de santé : dialogue fertile et expériences troublantes,* Revue Française des Affaires Sociales, 2024/2 N° 242, chapitre d'ouvrage.
- DELANOE-VIEUX Carine, WANNER Prosper, « Des hôpitaux accueillants, des villes hospitalières », in LAGIER Frédérique et al., L'ouverture en psychiatrie : un enjeu éthique, Bordeaux, LEH éditions, 2025, chapitre d'ouvrage.
- COIRIE Marie, DELANOE-VIEUX Carine, « Quand le design fonde une démopraxie comme mode de participation dans les établissements de santé : deux études de cas en psychiatrie », dans SEBAI Jihane et L. SZOSTAK Bérangère (dir.), L'innovation sociale par le design en santé, Éditions Iste/Willey, 2025, chapitre d'ouvrage.
- DELANOE-VIEUX Carine, « L'hospitalité, de la théorie à la pratique », dans L'hospitalité : comment la penser, comment la pratiquer ? Vulnérabilité(s). Réapprendre le commun face à la crise, dans ARTUS Olivier, AUBOURG Valérie et PESARESI Chiara (dir.), collection Science-Histoire-Philosophie, coéditée par les éditions de l'UR CONFLUENCE : Sciences et Humanités et la Librairie Philosophique J. Vrin, Lyon, 2025, chapitre d'ouvrage.
- DELANOË-VIEUX Carine, « Quelle contribution du design à la qualité d'hospitalité des lieux de soins : l'exemple des espaces d'apaisement en psychiatrie », DELANOE-VIEUX Carine, HAN Sidonie, LIOT Françoise (dir.), *Ce que l'art et la culture font aux organisations de santé : dialogue fertile et expériences troublantes,* Revue Française des Affaires Sociales, 2024/2 N° 242, chapitre d'ouvrage.

- DELANOË-VIEUX Carine, DUGAVE Chantal, « Le ciel est par-dessus le toit, si bleu, si calme...Espace mental et hospitalité dans un lieu de privation de liberté. », BARRÈRE Céline, GROUT Catherine (dir.), L'épreuve de l'hospitalité. De l'hôpital à la ville, Septentrion, Presses Universitaires, 2024, chapitre d'ouvrage.
- GISCLARD Béatrice, ROYER Marine (dir.), Les vulnérabilités à l'épreuve de la sobriété : apports et perspectives pour les disciplines de conception, DAM, 2024.

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

- Célia Denappe, Vécu des proches des patients en situation de vulnérabilité dans leur parcours aux urgences, thèse de médecine, 2026, interne dans le service des urgences de l'hôpital Nord, encadrée par le Dr Vanessa Meynier.

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

En organisation :

- 2024-2025 - Séminaires Hospicréa :
  - Séminaire n° 1, le 11 décembre 2024, Visioconférence, « Construire un savoir interdisciplinaire et collaboratif autour du design d'hospitalité », 8 participants.
  - Séminaire n°2 : le 21 janvier 2025, Université de Nîmes, « Élaboration d'une carte mentale de visualisation du concept d'hospitalité pour en définir le périmètre et les composantes », 9 participants.
  - Séminaire n°3 : le 24 mars 2025, Visioconférence, « Discussion autour d'une version 1 de la candidature pour l'IRESP 2026 », 6 participants.
  - Séminaire n°4 : le 27 juin 2025, Visioconférence, « Rendu des immersion de terrain avec les partenaires », 8 participants.
  - Séminaire conclusif : le 7 octobre 2025 journée, Université de Nîmes, « Finaliser et consolider la candidature de l'AAP de l'IRESP », 7 participants.
- Le 3 février 2026, espace de réflexion éthique à La Timone Marseille, Journée d'étude de la recherche pilote Hospicréa, « L'hospitalité inconditionnelle est-elle une question de santé publique ? Éthique, design et narration », 60 participants.
- 2024 – 2025 – 5 séances : les 9 octobre, 20 novembre, 14 et 15 janvier, 18 et 19 mars, 1er et 2 avril, 7 et 8 juin, Séminaire du groupe de recherche doctoral Symbiose, Sacre, École nationale supérieure des Arts Décoratifs (ENSAD), dans les locaux de l'ENSAD à paris, « Pour un design d'hospitalité et de soin », 6 participants.

En participation :

- Les 1er et 2 juillet 2025, Université de Nîmes, « La société face aux vulnérabilités : réflexions et perspectives pour les disciplines de conception », titre de la

communication « La fraternité a un regard et l'hospitalité, une main », 50 participants.

- Le 5 mars 2025, Chaire Archidessa, « architecture, design, santé », séminaire international de recherche n°8, « Neurodéveloppement chez l'enfant : architecture et environnement thérapeutiques, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris ».

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

- Non

Communications au grand public

Autres communications

Ajouter les liens URL et/ou joindre le fichier en annexe, si possible

- Podcast : https://podcast.ausha.co/perte-et-re-pairs
- Programme journée d'étude : https://drive.google.com/file/d/1Ru0Gw2jC7IxtQ2qHpmSeEiS2VY5RPN2T/view?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1pCWqrjn7l2KjarYXQRHHYliQoyQi5sUb/view?usp=drive_link
- Symbolons : https://drive.google.com/file/d/1SNmesjQuSjRank-VikqV97sT_AjW4ywl/view?usp=drive_link
- Kit à imprimer « Invitation aux récits » : https://drive.google.com/drive/folders/1d6yzS31V2_Rvy-Yex_rFbWmVv2CPuRn-?usp=drive_link https://drive.google.com/file/d/1YRnGa_W-LzRXbLIoJX0OfG4MgPvHXC1i/view?usp=drive_link
- Livret de rendu « Conversations éthiques » : https://drive.google.com/file/d/1Koox8mPUJwVW5g1sISRPsGaIGGJeiusW/view?usp=drive_link