

Projet de Fin d'Etudes

AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE PUBLIC HOSPITALIER ET BIEN-ÊTRE DES USAGERS

**Analyse comparative
entre des critères de conception à vocation
de bien-être et des critères de bien-être
des usagers
d'un pôle public hospitalier en cancérologie**



2008-2009

BRUNET Anne-Sophie

Directeur de recherche
MARCHAND-SAVARIT Jeanine

AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE PUBLIC HOSPITALIER ET BIEN-ÊTRE DES USAGERS

**Analyse comparative
entre des critères de conception à vocation
de bien-être et des critères de bien-être
des usagers
d'un pôle public hospitalier en cancérologie**

2008-2009

BRUNET Anne-Sophie

**Directeur de recherche:
MARCHAND-SAVARIT Jeanine**

« *L'hôpital, une maison d'homme* »
Le Corbusier

« *L'hôpital est un établissement public où les malades ont leurs maux à dire* »
Serge Mirjean

AVERTISSEMENT

Cette recherche a fait appel à des lectures, enquêtes et interviews. Tout emprunt à des contenus d'interviews, des écrits autres que strictement personnel, toute reproduction et citation, font systématiquement l'objet d'un référencement.

L'auteur de cette recherche a signé une attestation sur l'honneur de non plagiat.

FORMATION PAR LA RECHERCHE ET PROJET D'ÉTUDE

La formation au génie de l'aménagement, assurée par le département aménagement de l'École Polytechnique de l'Université de Tours, associe dans le champ de l'urbanisme et de l'aménagement, l'acquisition de connaissances fondamentales, l'acquisition de techniques et de savoir faire, la formation à la pratique professionnelle et la formation par la recherche. Cette dernière ne vise pas à former les seuls futurs élèves désireux de prolonger leur formation par les études doctorales, mais tout en ouvrant à cette voie, elle vise tout d'abord à favoriser la capacité des futurs ingénieurs à :

- Accroître leurs compétences en matière de pratique professionnelle par la mobilisation de connaissances et techniques, dont les fondements et contenus ont été explorés le plus finement possible afin d'en assurer une bonne maîtrise intellectuelle et pratique,
- Accroître la capacité des ingénieurs en génie de l'aménagement à innover tant en matière de méthodes que d'outils, mobilisables pour affronter et résoudre les problèmes complexes posés par l'organisation et la gestion des espaces.

La formation par la recherche inclut un exercice individuel de recherche, le projet de fin d'études (P.F.E.), situé en dernière année de formation des élèves ingénieurs. Cet exercice correspond à un stage d'une durée minimum de trois mois, en laboratoire de recherche, principalement au sein de l'équipe Ingénierie du Projet d'Aménagement, Paysage et Environnement de l'UMR 6173 CITERES à laquelle appartiennent les enseignants-chercheurs du département aménagement.

Le travail de recherche, dont l'objectif de base est d'acquérir une compétence méthodologique en matière de recherche, doit répondre à l'un des deux grands objectifs :

- Développer tout une partie d'une méthode ou d'un outil nouveau permettant le traitement innovant d'un problème d'aménagement
- Approfondir les connaissances de base pour mieux affronter une question complexe en matière d'aménagement.

REMERCIEMENTS

Ma reconnaissance va à toutes les personnes qui m'ont encadré, suivi et soutenu lors de la réalisation de ce projet de recherche.

Je remercie tout d'abord Mme Marchand-Savarit, maître de conférences en sociologie et tuteur de ce projet, qui a su me guider dans l'élaboration de ce projet et m'initier à la réalisation d'un mémoire de recherche. Merci également à Nathalie Audas et Hélène Bailleul, doctorants au département aménagement de Polytech'Tours pour leur aide.

En second temps, j'adresse mes sincères remerciements au Professeur Colombat, chef du service d'oncologie au CHRU de Tours qui a accepté de m'accueillir sans aucunes réticences dans son service pour mener cette recherche. Je tiens à remercier aussi Mme Brochain, cadre de santé, et l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service d'hématologie du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour leur dynamisme. Il s'agit aussi d'avoir une pensée pour tous les patients qui m'ont accordé du temps lors de cette étude.

Ensuite, je souhaite remercier l'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre de ce projet pour m'avoir accordé du temps et pour m'avoir initiée à l'ensemble du milieu hospitalier : Mme Pourrain, Mme Rétoiret, Mme Guerraz, Melle Robin, Mme Perrier, Mme Pasteau, Le professeur Le Floch, M. Lamy, M. Faugerolas, M. Dordilly, M.Papin et M. Couteaux.

Enfin, merci à tous ceux qui m'ont apporté une aide psychologique afin de réaliser ce mémoire : Florence Capelle pour son aide indispensable et son soutien jusqu'au bout, Anne Mabile et Sonia Chéné pour la relecture, et toutes les autres: Laetitia Costes, Emeline Darves-Bornoz, Solène Polleau, Perrine Dhelens, Audrey Benoit, Astrid Dherbecourt– Meurice pour leur soutien à distance.

Je n'oublie pas non plus l'aide précieuse apportée par Mme et M. Baron et bien sûr par mes parents.

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	P.4
FORMATION PAR LA RECHERCHE ET PROJET D'ÉTUDE	P.5
REMERCIEMENTS.....	P.6
SOMMAIRE	P.7
INTRODUCTION	P.9

PARTIE I : PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE ET ELEMENTS DE DÉFINITION **P.11**

I. L'aménagement de l'espace public hospitalier	p.12
I.1. Un sujet d'actualité : la planification sanitaire et l'aménagement des hôpitaux.....	p.12
I.2. Le terrain d'étude : l'hôpital public.....	p.14
II. Les usagers dans l'espace public hospitalier.....	p.17
II.1. Les usagers : définition	p.17
II.2. Relations entre les usagers : analyse de l'organisation hospitalière	p.17
III. Le bien-être : une notion subjective	p.19
III.1. Essai de définition du bien-être	p.19
III.2. Le bien-être : la relation de l'homme à l'espace et vocabulaire.....	p.22
III.3. Des critères de conception à vocation de bien-être pour l'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier	p.22
IV. Sujet définitif de la recherche : Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle public hospitalier en cancérologie .	p.24
IV.1. Questionnements	p.24
IV.2. Formulation du sujet définitif de la recherche	p.24
IV.3. Connaissances visées et objectifs de la recherche	p.25
IV.4. Cadre d'analyse et variables : le pôle de cancérologie Kaplan à l'hôpital Bretonneau de Tours.....	p.28

PARTIE 2 : DÉMARCHE DE LA RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL **P.31**

I. Observation participante et Entretiens exploratoires	p.32
II.1. L'observation participante.....	p.32
II.2. Les entretiens exploratoires.....	p.35
II. Problématique.....	p.57

III. Cadre conceptuel	p.58
IV.1. Les concepts issus de la notion d'espace hospitalier vécu : la construction de la sensation et du sentiment de bien-être	p.59
IV.2. Les concepts issus des pratiques des patients dans l'espace hospitalier.....	p. 61
IV.3. Les concepts issus de la notion d'espace vécu au travail : les pratiques de l'espace de travail.....	p.63
IV. Hypothèses.....	p.65

PARTIE 3 : VERIFICATION EMPIRIQUE : CHOIX MÉTHODOLOGIQUES ET ANALYSE DES MATÉRIAUX DE RECHERCHE P.70

I. Méthode d'analyse : des questionnaires.....	p.71
I.1. Le choix de la méthode	p.71
I.2. Élaboration des questionnaires.....	p.73
II. Analyse questionnaire.....	p.81
II.1. Présentation de l'Échantillon	p.81
II.2. Méthode de récolte des données	p.81
II.3. Analyse des données récoltées	p.81
III. Conclusion de la phase d'analyse.....	p.115

CONCLUSION	P.117
BIBLIOGRAPHIE.....	P.119
TABLE DES MATIÈRES.....	P.121
TABLE DES ILLUSTRATIONS	P.124

La notion d'espace de qualité ou le terme de qualité d'espaces de vie ont largement été développés depuis ces dernières années en termes d'aménagement. En premier lieu et par rapport à l'histoire de l'urbanisme, les critères hygiénistes nous viennent à l'esprit. La qualité de vie d'un espace se mesure par des critères objectifs basés sur des normes de confort et d'hygiène (luminosité, salubrité, eau courante, chauffage,...). Les composantes de l'espace et leur agencement sont alors directement la cible des urbanistes et des architectes. Le rôle esthétique prend aussi une grande part dans la qualité de vie. Cependant, d'une certaine manière, un « silence sensoriel » est assuré pour supprimer les effets néfastes à l'individu. (GRESILLON, 2008) C'est le cas pour les odeurs et les bruits qui sont diminués voire annihilés pour le confort individuel. Évidemment, ce n'est pas systématiquement le cas pour tous les espaces de vie (squares, jardins publics, copropriété, voisinage ect...). Cependant les professionnels de l'urbanisme s'efforcent de plus en plus à favoriser la conception de ces espaces de qualité qui repose principalement sur des critères objectifs.

Ce qui ne peut en revanche être prévu, c'est l'adhésion des usagers à l'espace, supposé de qualité, créé. C'est ici que réapparaît la problématique récurrente de l'aménageur du décalage entre l'espace conçu et l'espace vécu. Bien à des reprises, un décalage s'observe entre le sensible créé par l'urbanisme et les besoins sensoriels des individus (GRESILLON, 2008). Ce sont ces besoins qui interrogent l'aménageur. Les notions de qualité de vie, d'espaces de qualité déjà intégrées ne suffisent pas totalement à satisfaire l'utilisateur. En d'autres termes, les critères matériels tels qu'ils sont présentés par l'aménagement contemporain ne suffisent plus. La notion de qualité de vie demande à être élargie. Que faut-il alors à l'aménagement, aux critères matériels pour être accessibles à tous? Bien entendu, toutes les conceptions contemporaines ne s'inscrivent systématiquement en décalage avec les besoins des usagers. Mais ce travail de recherche tente de trouver une solution à ce décalage quand il se présente. Il faut cependant avoir aussi une vision globale de l'espace, de son organisation et des rapports entre les groupes sociaux qui le pratiquent (FLEURET, 2006).

Afin d'essayer de donner des pistes de réflexion sur l'écart qui peut apparaître entre le conçu et le vécu, cette recherche va s'appuyer principalement sur l'étude du bien-être. Le bien-être se présente ici comme une extension de la qualité de vie. Cette notion comprend une composante objective faisant référence à la qualité de vie et une composante subjective si l'on prend le parti d'Antoine Bailly. Ce dernier a initié l'étude sur le bien-être avec son ouvrage, *La géographie du bien-être* en 1981. Cette étude s'inscrit donc dans la lignée de ses observations et de Grésillon qui pose la question suivante: « *Que manque-t-il aux espaces de qualité pour devenir des espaces de bien-être?* » L'objectif général est donc d'étudier la naissance du bien-être chez l'individu par l'interaction de ce dernier avec l'espace. Cela fait donc appel à la capacité des espaces à faire naître une sensibilité positive : ce qu'on appellera « le sensible des espaces ». La capacité de stimulation sensorielle des espaces pour le bien-être des individus serait alors une réponse et une solution au décalage conçu/vécu.

L'espace choisit pour cette étude de la naissance du bien-être par l'espace est l'espace public hospitalier. La justification de ce choix se trouve dans la nécessité d'offrir aux usagers de l'hôpital des espaces de vie à la fois de qualité mais aussi où l'utilisateur peut se sentir bien, tout simplement, et même au travers de la maladie. La médecine a souvent constaté qu'un malade bien dans sa tête est souvent plus rapidement sur pied qu'un autre. Si la conception de l'espace peut participer au bien-être des malades par les sens, il est important de pouvoir se pencher sur la relation entre l'espace hospitalier et l'utilisateur. Le malade en tant que patient ne sera pas le seul usager inclus dans la recherche : leurs familles mais aussi

les soignants feront partie de cette étude. Par conséquent le thème général de l'étude est le suivant:

Aménagement de l'espace public hospitalier et bien-être des usagers

La première partie de la recherche étudiera les termes du thème général afin de délimiter l'étude à un sujet définitif:

**Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être
et des critères de bien-être des usagers
d'un pôle public hospitalier en oncologie**

La seconde partie permettra de formuler la problématique et les hypothèses de recherche.

En fin la dernière partie mettra à l'épreuve les hypothèses émises par vérification empirique.

De façon générale, ce travail de recherche à savoir si les acteurs impliqués dans la conception d'un hôpital prennent en compte le bien-être futur des usagers de l'espace public hospitalier et si l'espace conçu s'en ressent. Plus spécifiquement, il s'agira d'étudier les critères de conception à vocation de bien-être d'un hôpital (critères de l'espace conçu). D'autre part, il s'agira de déterminer les critères de bien-être des usagers de l'hôpital (critères de l'espace vécu). Une comparaison sera ensuite effectuée les critères de l'espace conçu et ceux de l'espace vécu. Afin d'énoncer ces critères, il n'est pas essentiel de savoir comment ils sont mesurés mais plutôt de pouvoir les identifier et de les comparer.

L'objet de la recherche s'appuie donc principalement sur la relation « homme/espace » et on pourrait même ajouter sur la relation « homme/espace de bien-être ».

[PARTIE 1]

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE ET ELEMENTS DE DÉFINITION

Cette partie a pour objectif de définir les termes principaux du thème général de recherche qui est le suivant: « Aménagement de l'espace public hospitalier et bien-être des usagers ». La nécessité de cette première partie s'explique d'une part, par le fait d'une connaissance peu approfondie des domaines hospitaliers en général et d'autre part par la complexité du terme 'bien-être' pour lequel il est nécessaire de faire le choix d'une orientation pour la suite de la recherche.

La définition de ces termes amènera à énoncer des questionnements puis le sujet définitif de notre recherche.

PARTIE I : PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE ET ELEMENTS DE DÉFINITION

I. L'aménagement de l'espace public hospitalier

I.1 Un sujet d'actualité : la planification sanitaire et l'aménagement des hôpitaux

Le thème de cette recherche, intitulée « Aménagement des hôpitaux publics et bien-être de ses usagers », associe une dimension spatiale (le lieu, l'enceinte de l'hôpital matérialisée par des bâtiments et des espaces interstitiels) et une dimension psychosociale (le fait de se « sentir bien »). Le lien entre ces deux dimensions répond au besoin de santé publique en France. En effet, les établissements de santé publics français ou hôpitaux sont des partenaires de la politique publique de santé. Ils doivent permettre l'accès aux soins pour tous. De plus, le préambule de la constitution de l'OMS adopté en 1946 définit la santé dans ces termes : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'hôpital public dans sa forme et son organisation doit donc oeuvrer à établir un bien-être total chez tous ses patients.

En termes de dimension spatiale, les approches d'aménagement du territoire en matière de santé ont été très diverses (BOURDILLON, 2005). Depuis 1970, différentes politiques de planification sanitaire ont été mises en place afin de réduire les inégalités d'accès aux soins.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 instaurait la carte sanitaire qui visait alors à équilibrer sur l'ensemble du territoire les équipements hospitaliers selon des indices de besoins. Un nouvel instrument est créé avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991 : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). En 1996¹, une dimension régionale est donnée à l'organisation de l'offre de soins par la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

Cependant, à la fin des années quatre-vingt-dix, les inégalités de santé persistent et l'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime la carte sanitaire. Elle est alors remplacée par une annexe au SROS qui devient l'outil majeur de régulation de l'offre de soins sous la responsabilité des ARH. Parallèlement, on assiste à une déconcentration au niveau des ARH qui ont maintenant compétence pour donner l'autorisation d'implantation d'activités de soins² ou de matériels lourds.

L'approche de la planification a radicalement changé. Elle s'appuie maintenant sur les besoins de la population et plus particulièrement sur des territoires de santé où s'appliquent les SROS. La notion de territoire de santé se rapproche de celle des bassins de santé³. Ce sont des territoires administratifs mais aussi des 'territoires vécus' (qui font référence à des naissances, des hôpitaux, un taux de personnes âgées...) afin de « *permettre l'accès effectif et efficace de la population à un ensemble de services sanitaires, et dans certains cas médicosociaux et sociaux* »⁴.

Localement, l'hôpital public va aussi devoir évoluer dans son organisation et dans ses formes. La circulaire DHOS/E1n°200461 du 13 février 2004 prévoit par anticipation une nouvelle gouvernance hospitalière. Cette circulaire instaure le Plan Hôpital 2007. Une volonté politique de faire évoluer et moderniser l'hôpital public est inscrite. Le Plan Hôpital 2007 prévoit un soutien aux investissements important pour

¹ Les ordonnances du 24 avril 1996.

² Les activités de soins soumises à autorisation sont la médecine, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, la psychiatrie, rééducation fonctionnelles, transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse, traitements des grands brûlés,...

³ Un bassin de santé correspond à une zone d'attraction hospitalière.

⁴ Ministère de la Santé DHOS), CREDES, *Territoires et accès aux soins*, Rapport du groupe de travail, janvier 2003.

mettre en place les réformes de financement, de la nouvelle gouvernance, de la certification des hôpitaux et de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

La réforme de financement se base sur une nouvelle tarification qui adapte les revenus aux activités de soins effectués. Il s'agit de la tarification à l'activité, la T2A. La certification des hôpitaux fait suite à l'accréditation pour assurer une meilleure qualité de soins au sein des hôpitaux. Enfin, la nouvelle gouvernance s'appuie sur une logique de regroupements de structures et d'une modernisation, simplification de la gestion interne des établissements de santé publiques. Ce regroupement va être visible par une organisation autour de pôles d'activités pilotés par des responsables de pôles. En plus d'une contractualisation externe entre les établissements de santé publics et les ARH⁵, une contractualisation interne dans les établissements entre le directeur et le responsable de pôle va être mise en place laissant alors plus de responsabilités aux différents acteurs (DERENNE, 2007). Le contrat de pôle a pour ambition d'être une méthode de gestion qualitative et participative. Des objectifs en termes d'activités, de qualité et de finances sont fixés.

L'hôpital était traditionnellement organisé en services ce qui a induit des phénomènes de cloisonnement. La logique de regroupement en pôles d'activités permet le croisement de plusieurs critères médicaux, administratifs et architecturaux. Le but est de suivre une logique de cohérence médicale autour d'un organe par exemple, d'une filière de soins, ou d'un type de prise en charge.

Le plan hôpital 2012 continue dans cette logique en approfondissant la qualité des établissements avec une volonté de mise aux normes pour la sécurité et le développement des systèmes d'information hospitaliers (mise en œuvre du dossier médical personnel).

Les réformes actuelles du système de santé touche donc en première ligne les hôpitaux avec **la restructuration en pôles d'activités**. La politique de Santé et le déficit de la Sécurité Sociale ont conduit les pouvoirs publics à favoriser le « regroupement » afin de mieux partager les moyens et d'éviter les redondances. Ce qui, à terme, permettra de sérieuses économies, car le coût de construction d'un hôpital est faible par rapport à son budget de fonctionnement.

Ce n'est pas la première fois que cette institution de santé publique subit des modifications physiques pour une meilleure qualité de soins et une meilleure prise en charge du patient. A différentes périodes, l'architecture hospitalière a traduit la pratique médicale du moment. **Un lien fort peut donc être établi entre organisation spatiale de l'hôpital et amélioration de la qualité des soins, de la prise en charge**. La fonctionnalité de l'établissement de santé en est d'autant plus soulignée.

D'autre part, l'hôpital a souvent été cité comme signe d'urbanité⁶ (BINET, 1996). Il structure l'espace à partir de ses trois fonctions principales : le soin, la recherche et l'enseignement. L'échelle interne de l'hôpital peut aussi être analysée comme objet géographique fonctionnant en tant qu'espace de pratiques individuelles ou collectives pour les acteurs y intervenant (GRANIER, 2002).

⁵ La contractualisation externe est incarnée par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et vise à améliorer la qualité des soins et de la prise en charge des patients.

⁶ « L'urbanité se manifeste par une appropriation de l'espace, de la ville entière créant ainsi une synergie entre le territoire et son usager : il y a identification c'est-à-dire adhésion au même système de valeurs que d'autres citoyens mais aussi auto-référence, distinction. » « le terme d'urbanité comprend en fait tout le vécu des habitants, des usagers de la ville, qui en fait des citoyens. » C. Isabello, Espace public et urbanité, 1994.

I.2 Le terrain d'étude : l'hôpital public

Le terrain d'étude considéré dans cette recherche est l'hôpital public. Les hôpitaux privés ne seront donc pas pris en compte, notamment parce que leur fonctionnement diffère totalement de celui des hôpitaux publics.

- **De l'hébergement des indigents à la naissance de l'hôpital moderne : l'adaptation de l'espace à ses fonctions**

Au départ, les hôpitaux ou hospices sont une création religieuse. Ils ont pour but d'accueillir les pèlerins et les indigents ainsi que de les nourrir (étymologiquement hôpital vient du latin *hostis* qui signifie étranger). On va par la suite observer un glissement de la charité religieuse et de l'hébergement vers le soin. En effet, au Moyen-âge, avec l'expansion démographique et les épidémies, les étrangers sont remplacés par les indigents, les malades et les mendiants. L'État crée l'Hôpital Général dans un souci de contrôler la population et de réaliser le grand enfermement de tous les indésirables (La Salpêtrière à Paris). Il fonctionnera comme un lieu d'incarcération.

La Révolution Française nationalise finalement les hôpitaux (décret du 11 février 1784). L'hôpital devient un vrai lieu de soins et transfère le pouvoir hospitalier des religieux aux médecins.

Grâce aux évolutions médicales, l'hôpital va successivement changer de formes pour réaliser de nouveaux objectifs. L'hôpital hygiéniste (fin du XVIIIème siècle), puis l'hôpital pavillonnaire (fin du XIXème siècle, suite aux découvertes de Louis Pasteur sur la transmission des germes) en sont des exemples.

Avec la loi du 21 décembre 1841, l'hôpital s'ouvre à toutes les classes de la société civile. La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades. L'hôpital, comme nous le connaissons aujourd'hui, naît véritablement dans la seconde moitié du XIXème siècle, où il accompagne le grand mouvement d'urbanisation dont il constitue l'un des équipements majeurs.

L'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 (ou réforme Debré) crée la **médecine hospitalo-universitaire** qui repose sur les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (MOLINIE, 2005). L'hôpital (CHU) regroupe alors **trois fonctions : la fonction de soins, de recherche et d'enseignement**.

Ainsi, L'hôpital d'aujourd'hui est multiforme, héritier d'un long passé, ancré dans le sol et dans les mentalités. Il s'est adapté au cours du temps, en fonction des évolutions techniques, des évolutions de la médecine et des besoins des usagers (humanisation des hôpitaux). « *L'hôpital est un établissement qui dispense des soins médicaux et chirurgicaux et peut héberger les malades si leur état le rend souhaitable.* » (dic CHOAY, MERLIN, 2000).

- **L'hôpital public: un équipement collectif public**

« On désigne comme « équipements collectifs » ou parfois comme « équipements » tout simplement, l'ensemble des installations, des réseaux, des bâtiments qui permettent d'assurer à la population résidente et aux entreprises les services collectifs dont ils ont besoin ». L'hôpital est un équipement de superstructure puisque c'est un bâtiment à usage collectif (dic CHOAY, MERLIN, 2000). L'hôpital est une institution publique à vocation sanitaire. C'est donc un équipement public collectif qui peut adopter différentes typologies selon leurs dates de création. Cette caractéristique fait des hôpitaux français des lieux par excellence du renouvellement urbain, ils sont aussi l'une des rares opportunités de recréer de la centralité.

Il constitue souvent une institution urbaine majeure par la superficie qu'il occupe, la visibilité de son inscription au sein de l'espace urbain, l'importance du personnel qu'il emploie, l'ampleur des flux de personnes qu'il suscite, sans même parler de son rôle dans l'activité économique et dans le potentiel fonction-

nel d'une ville. C'est le cas des complexes hospitalo-universitaires (recherche, formation, soin) qui rassemblent à la fois, étudiants, chercheurs, soignants, patients, etc... Il occupe donc une place centrale au niveau local, de par sa mission fondatrice d'accueil et de par la très grande mixité des publics.

Goujon et Poisat (2003) ajoute que: « *L'hôpital ne peut se comprendre que dans l'hybridation de ces trois sphères : celle du marché (économie marchande), celle du service public (économie non marchande) et celle des solidarités de proximité (société civile)* ».

Ainsi, on peut définir l'hôpital à la fois comme une administration, une entreprise spécialisée dans les filières de soins accessible à tous, à la fois comme pôle d'excellence mais aussi pôle de proximité pour la population urbaine. L'hôpital est avant tout peut-être l'espace de tous les paradoxes : entre la vie et la mort, la santé et la maladie, la peur de la misère et de la différence, l'attente de la solidarité et de la fraternité. C'est aussi un territoire, un microcosme si l'on prend en considération la totalité de l'espace compris dans les enceintes qui entourent l'édifice de l'hôpital.

• **L'espace public hospitalier : des murs d'enceinte à la chambre d'hospitalisation**

Bien plus large que l'édifice même de l'hôpital, l'espace public hospitalier est l'espace qui l'englobe. Les limites de cet espace sont parfois difficiles à définir. Les frontières entre cet espace et la ville sont souvent symbolisées par des murs, des grillages. C'est le cas pour les hôpitaux publics de type pavillonnaire par exemple. Dans le cas d'hôpitaux excentrés avec une typologie de tour verticale (hôpital-bloc) les limites sont plus floues. On ne sait ni où commence ni où finit cet espace symbolique du soin. C'est le cas pour l'hôpital Trousseau (Tours, 37).

Quoi qu'il en soit, l'espace public hospitalier est un ensemble d'**emboîtements multiscalaires** selon Pierre Granier (2002). De l'ensemble du CHU, à l'hôpital puis aux services médicaux et à la chambre d'hospitalisation, les espaces s'emboîtent et permettent de visualiser leur organisation (cf doc...).

Nous pouvons ajouter à la définition physique de cet espace une dimension symbolique et sociale. D'après Panerai, c'est **un lieu**. Selon lui, le lieu (à la différence de l'espace, à visée essentiellement morphologique) est « *un espace investi, qualifié, nommé, produit par la pratique quotidienne qui est faite d'activités, de perceptions, de mémoires, de symboles* ». L'hôpital est un espace de vie particulier. C'est là que l'on se retrouve pour suivre et accompagner celui qui s'y rend. A l'hôpital on vit ou on survit, on travaille, on mange, on s'organise, on se promène... Par ce fait, l'espace hospitalier peut être perçu comme un lieu de rencontres, d'échanges et de conflits. C'est un **espace de relations, un espace de pratiques**, une sorte de microcosme urbain. L'hôpital serait alors un lieu mais aussi une reproduction de l'espace social, c'est-à-dire de la société mais qui garde tout de même une symbolique particulière. (GRANIER, 2002). Le caractère même de l'hôpital (accueil de toutes les souffrances) lui confère une ambiance, une image, une symbolique qui peut effrayer.

C'est une véritable petite cité en somme (FAURE, 1999; FERMAND, 2002). Le terme de « ville dans la ville » peut être l'un des termes caractérisant au mieux le fonctionnement de l'espace hospitalier d'aujourd'hui.

On peut résumer tout ceci en s'appuyant sur la définition de Pierre Granier : L'espace public hospitalier est « *l'interaction entre un espace physique (support de l'agir), un espace symbolique et les acteurs « faisant sens » c'est-à-dire ceux dont la présence permet de structurer l'espace* ». **La complexité de l'hôpital c'est d'être d'abord un lieu, un espace physique et ensuite un espace symbolique où se nouent des rapports humains et sociaux fondamentaux** (rapport au corps, à la santé, à la souffrance, à la naissance, à la mort, au sacré, à l'au-delà, à la marginalité, à la pauvreté...).

Dans cette recherche, l'espace hospitalier se limitera au service hospitalier et aux espaces d'accueil et extérieurs. La raison de ce choix sera expliquée dans la suite de l'étude. Le schéma ci-dessous permet de situer l'espace hospitalier étudié qui est coloré en violet pale.

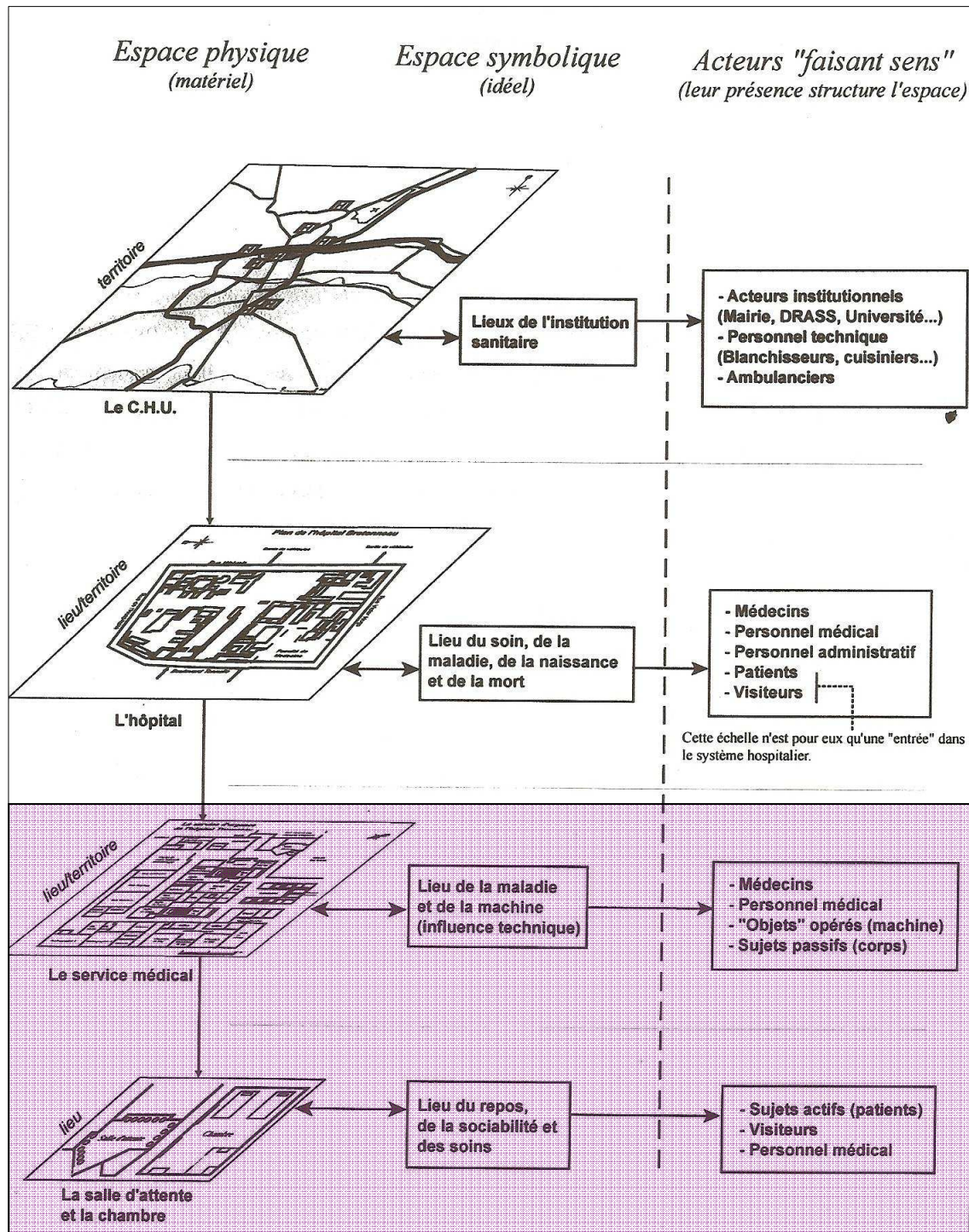


Figure 1: L'emboîtement multiscale des différentes composantes de l'espace public hospitalier. Pierre Granier, 2002.

Les deux niveaux marqués de la couleur violette, le service médical, la salle d'attente et la chambre, sont les deux niveaux qui seront étudiés dans cette étude.

On peut se poser la question de savoir quelles relations ont les individus à cet espace. La compréhension de l'hôpital passe par la connaissance des pratiques qui s'y opèrent et des usagers qui utilisent l'espace.

II. Les usagers dans l'espace public hospitalier

II.1. Les usagers: définition

Les définitions classiques présentent l'utilisateur comme une personne qui utilise un service public. Dans ce sens, on peut dénombrer quatre principales catégories d'utilisateurs au sein de l'espace public hospitalier: les patients et leurs familles, le personnel soignant, le personnel administratif et le personnel technique. Les trois dernières catégories ont une utilisation particulière de l'hôpital puisqu'ils y travaillent. Dans ce sens, ce sont plus des acteurs que des utilisateurs. Dans un souci pratique, ils seront dans la recherche, considérés comme des usagers (utilisation de l'espace de travail).

La ligue contre le cancer adopte une définition plus large de l'utilisateur en faisant appel à ses droits : « *L'utilisateur est celui qui a un droit réel d'usage et qui utilise le service public. Aujourd'hui le terme d'utilisateur ne s'applique pas seulement à la personne malade: il s'étend à la famille, aux proches, aux utilisateurs potentiels du service public. D'un point de vue juridique, l'utilisateur renvoie au secteur de soins public uniquement, le terme de client à celui du secteur de soins privés. Le terme « usager » a été retenu dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé... ».*

Plus spécifiquement, Françoise Gonnet (1992) définit les usagers de l'hôpital comme des acteurs : « *Les personnes qui travaillent à l'hôpital ou qui viennent s'y faire soigner sont toutes « acteurs » quels que soient leur statut et leur grade hiérarchique. Elles sont acteurs dans le sens qu'elles sont actives c'est-à-dire influentes sur l'organisation, sur leur collègues, sur leurs tâches. Elles sont comme dit Mintzberg (Le pouvoirs dans les organisations, 1986), des « détenteurs d'influence ».*

La recherche ciblera seulement trois catégories d'utilisateurs: **les patients, leurs proches et les soignants**. Les soignants peuvent être divisés en deux catégories: le personnel médical (médecins, anesthésistes...) et le personnel para-médical (infirmières, aides soignantes, agents des services hospitaliers...).

II.2. Relations entre les usagers : analyse de l'organisation hospitalière

Les relations entre les usagers de l'hôpital ne peuvent se comprendre qu'avec l'analyse de l'organisation hospitalière. D'après Mucchielli (2005): « *L'hôpital est une organisation caractérisée d'abord par l'extrême spécialisation de ses unités de production, par ailleurs indépendantes entre elles, et en même temps dépendantes d'une coordination et d'une coopération. Ensuite, il y a coexistence conflictuelle de cultures et de logiques professionnelles différentes ; des résultats d'actions multiples très peu mesurables, et la présence du « client » dans l'organisation. »*. Le cloisonnement des unités de soins est clairement souligné bien qu'il tend à s'estomper. Cependant, au sein des unités, les groupes d'acteurs (ou usagers) qui ont été authentifiés coexistent: les patients et les soignants (médecins, infirmières, aides soignantes...). Le fonctionnement de l'unité repose donc sur l'interaction des groupes d'acteurs. Si l'on pouvait dissocier les activités de chacun des acteurs, l'organisation hospitalière serait en péril. Le médecin ne pouvant pas ne pas travailler sans l'aide des infirmières et vice et versa. Il faut donc étudier le système global des interactions pour comprendre le contexte organisationnel. De ce fait, une unité de soins peut être caractérisée comme étant **un système**. Le système est finalement défini par l'interdépendance de ses parties. Pour éclaircir la notion de système nous pouvons aussi en donner la définition suivante: « *c'est d'abord un agencement de relations, entre composants et individus qui produit une nouvelle unité possédant des qualités que n'ont pas ces composants* » (DURAND in BARON, 2003).

⁸ Analyse systémique: approche des phénomènes humains et sociaux qui considère des logiques globales qui émergent des relations entre phénomènes ou individus, au lieu de partir des caractères propre à chaque élément pris isolément. (CABIN Philippe, CHOC Bruno, 2005)

On peut ainsi justifier l'emploi du terme 'système hospitalier'. Ce qui induit de se situer dans le cadre d'une **analyse systémique**⁸ afin de mieux comprendre l'organisation hospitalière et ses composantes. L'utilité de ces connaissances dans notre recherche est essentielle pour l'appréhension de l'organisation dans laquelle se projette la recherche. Le choix des outils méthodologiques de terrain devra prendre en compte cette organisation.

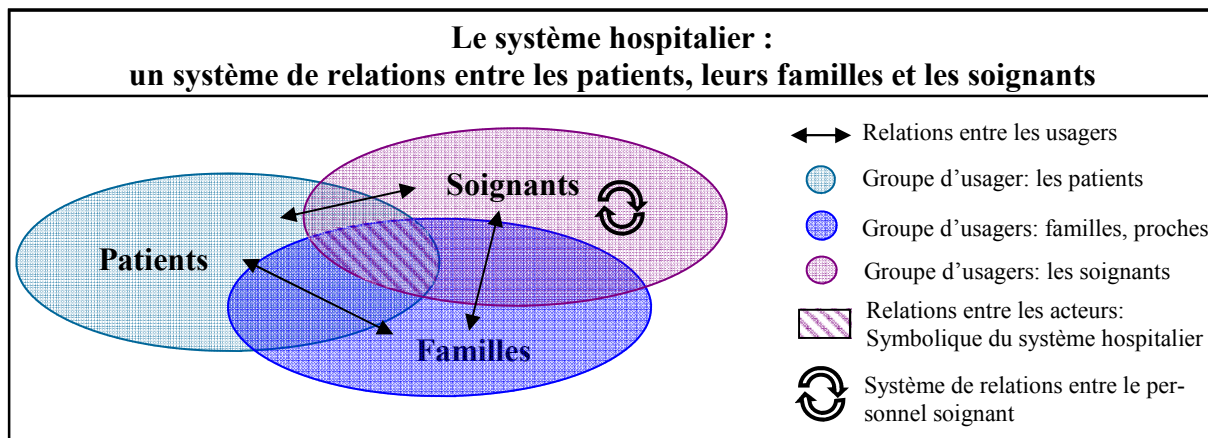


Figure 2 : Le système hospitalier : un système de relations entre les patients, leurs familles et les soignants

Pour résumer, en prenant en compte la totalité de l'établissement hospitalier, « le système hospitalier se présente un peu comme un conglomérat de petits systèmes liés entre eux par des liens extrêmement diversifiés, souvent lâches et très mouvants. » (GONNET, 1992). Les phénomènes internes à l'ensemble de ces systèmes sont les conséquences de composantes culturelles, managériales, organisationnelles, psychologiques et individuelles indissociables. Les réformes récentes ont eu tendance à faire évoluer le système hospitalier avec une ouverture vers l'extérieur et la création de réseaux (composante sociale plus affirmée) (BERNARD, 1996).

SYNTHÈSE :

L'étude de l'espace de l'hôpital public et de son organisation particulière en un système hospitalier aux relations complexes entre les différents usagers permet de rapprocher la dimension spatiale et sociale. Une des questions qui peut apparaître après cette première analyse, dans le cadre de cette recherche, est la suivante : au sein du système hospitalier quel est l'impact de l'environnement, de l'organisation spatiale? Le schéma ci-dessous met en relation les niveaux spatiaux étudiés et les systèmes de relations entre les usagers. Cette observation alimentera la réflexion et aidera à l'énoncé du sujet définitif puis ensuite de la problématique.

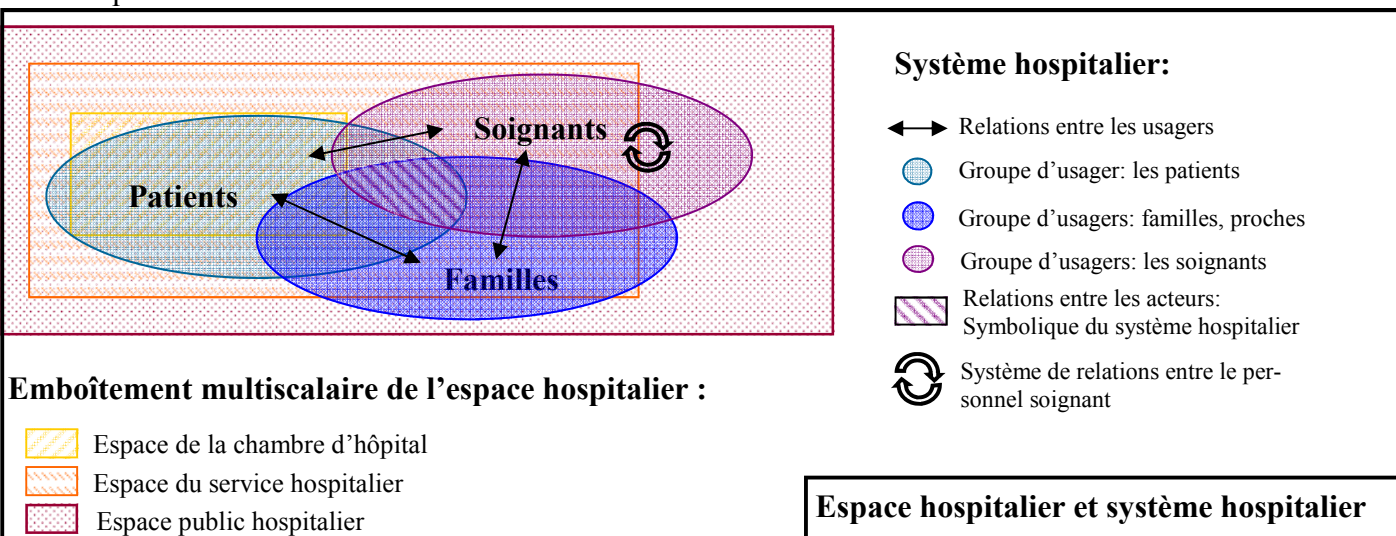


Figure 3 : Espace hospitalier et système hospitalier

III. Le bien-être : une notion subjective

III.1. Essai de définition du bien-être

Antoine Bailly (1981) définit la notion de bien-être comme suit: *«le bien-être est le résultat d'une relation subjective entre une personne et les valeurs auxquelles elle aspire, valeurs morales, culturelles, politiques, économiques»*. Il ajoute que : *« Cet état d'âme, n'existe pourtant que par le filtre de notre perception du milieu de vie. C'est à travers notre relation au monde, par le biais des processus cognitifs, que nous forgeons des opinions, des jugements, des aspirations. Ainsi sommes nous obligés d'intégrer à l'étude du bien-être l'aspect subjectif de la personne, la manière dont elle considère le monde. »*

Le bien-être apparaît comme une notion subjective dont les composantes varient selon la personne. Cela nécessite d'entrer dans la sphère de la vie personnelle à travers la connaissance des systèmes de valeurs permettant d'identifier les préférences, les priorités et les aspirations des individus. Une définition simple serait : le bien-être est une disposition agréable du corps et de l'esprit. Du fait de la subjectivité de la notion, le bien-être reste donc difficile à cerner.

De plus le bien-être est multicritère. Il peut être **physique**, englober l'état **affectif**, les conditions de vie, les lieux de l'expérience. On peut le lier au **moral** de la personne, à la manifestation de son état, à la **démarche spirituelle** qu'il entreprend. Par exemple, si on est **heureux** cela peut participer à notre bien-être. Il peut aussi faire appel à la notion de **besoin**, de **désir perçu** et à la notion de **satisfaction ou de confort, de cadre de vie**. Mais nous n'avons aucun doute sur son existence puisque parfois nous ne l'éprouvons plus.

Ces caractéristiques du bien-être pourraient le définir tout simplement comme le résultat des relations entre l'homme, la société et le milieu, entre le Moi et l'extérieur, entre l'individu et le groupe. Comment alors saisir de manière simple la perception du bien-être des individus et comprendre leur attitude face à la société et à leur espace de vie ?

Pour répondre à cette question il est nécessaire de définir les composantes du bien-être. Les écrits d'Antoine Bailly sont riches dans ce domaine. Nous excluons le discours économique (relation entre le système économique et le niveau de satisfaction). La valeur d'un hôpital ne se mesure pas seulement en investissements et coûts de fonctionnement. Le service apporté aux patients ne se résume pas en nombre de journées d'hospitalisation. Le service rendu fait plutôt appelle à l'humain. Le bien-être dont il est question ici ne peut être évalué de façon monétaire. On fait ici plutôt référence à **l'analyse des aspirations des individus et des groupes sociaux dans un espace donné**.

Antoine Bailly met notamment en avant trois points essentiels afin d'appréhender convenablement la complexité du bien-être:

-1- Les composantes du bien-être dépendent de nombreuses variables liées à l'individu. Le bien-être évolue avec l'éducation, l'influence des moyens de communication, la prise de conscience des disparités, l'âge, le sexe, l'état psychologique, l'appartenance socio-économique des individus. Notre satisfaction est liée au vécu actuel dans une aire donnée et à un processus de comparaison avec ce que nous souhaitons.

-2- Le bien-être comporte toujours une contradiction entre les aspirations individuelles, celles des groupes sociaux et celles de la société (voir figure 2).

Le *«bien-être concerne les phénomènes matériels et immatériels qui se manifestent au travers de relations sociales et spatiales.»* (BAILLY, 1981). Pour se situer l'individu compare ce qu'il perçoit et ressent aux normes sociétales et individuelles. L'homme cherche à atteindre **un équilibre entre les contraintes de l'organisation (politique, administrative, économique, sociale, spatiale), les besoins ressentis et les as-**

pirations projetées dans le temps pour un bien-être. Les réflexions inhérentes au bien-être s'appuient donc aussi sur des systèmes de valeurs et de représentations de la société qui varient en fonction du contexte géographique, social, économique et culturel (FLEURET, 2008).

Bailly affirme ainsi que l'importance du bien-être réside donc dans deux facettes: une facette personnelle et une facette issue de l'organisation dans lequel il baigne. Le chercheur est alors placé devant la dialectique de l'intériorité/extériorité. Cette dialectique repose sur des interactions permanentes entre l'individu, la communauté et la société.

La dialectique intériorité/extériorité peut être affinée en incorporant la notion de **qualité de vie**. Pour l'OMS : « *la qualité de vie est définie comme la **perception** qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le **contexte de la culture et du système de valeurs** dans lesquels il vit (...)* » .

La première différence entre le bien-être et la qualité de vie est que le bien-être est un « état d'âme » (Bailly, 1981). Ensuite, la qualité de vie est mesurable (quantifiable). Elle fait référence le plus souvent à un aspect matériel et à des caractéristiques objectives. Il s'agit de qualifier les attributs des espaces. Elle est soit bonne, soit mauvaise mais elle fait moins référence à un ressenti. Le fait de la mesurer et de prendre conscience de notre qualité de vie peut par la suite faire naître un bien-être ou un mal être. La définition de l'OMS montre bien que l'individu se place dans le système de valeurs de la société pour évaluer sa qualité de vie. Refléter la qualité de vie, c'est refléter les opinions des personnes et des groupes face à l'évolution de leur cadre de vie.

Les travaux de D.Smith, de Rokeath, et de Campbell montrent que la qualité de vie est une transcription des phénomènes comme la santé, la délinquance, les possibilités culturelles, etc. alors qu'ils établissent que le bien-être est un concept personnalisé lié à la capacité des individus à réaliser leur aspirations. On peut ainsi avoir une bonne qualité de vie et ressentir un mal-être et inversement. Cela met en évidence un autre terme: celui de l'épanouissement personnel malgré les conditions de vie. La qualité de vie est-elle alors vraiment une composante du bien-être? Les auteurs affirment que oui. C'est le cas de Bailly qui pense aussi que la qualité de vie est souvent liée aux aspects matériels, et que le bien-être est beaucoup plus personnel. Dans le cas de cette recherche, la qualité de vie sera admise comme une composante du bien-être. En effet, il est nécessaire, ici, de connecter l'espace et ses attributs matériels au bien-être des personnes. La qualité de vie faisant référence à des conditions plus matérielles est essentielle et est à inclure dans les composantes du bien-être. La recherche confirmera ou réfutera ce choix ultérieurement.

Le bien-être semble donc avoir deux facettes: le niveau individuel et le niveau social . D'un côté le bien-être individuel (conscience personnelle) et de l'autre la qualité de vie qui fait référence aux normes matérielles à propos d'un état.

-3- La notion de bien-être s'insère obligatoirement dans une réflexion sur l'espace, le temps et la société (voir figure 2). Tout critère de bien-être ne peut être interprété que pour un espace-temps donné. Tout d'abord, l'espace, même s'il n'est pas l'élément dominant, intervient en permanence dans la recherche en sciences sociales : en tant que support nécessaire des activités, des flux et des expériences humaines, comme base de la perception spirituelle et symbolique. Parmi les facteurs qui font varier le bien-être, plusieurs tiennent aux propriétés des lieux. L'homme crée l'espace dans lequel il vit afin d'améliorer ses conditions de vie. Cependant arrive-t-il à ses fins?

Trois niveaux spatiaux sont particulièrement importants dans cette recherche du bien-être : l'espace à organisation fixe (la maison), **l'espace à organisation semi-fixe** (établissements publics et privés), c'est le cas pour l'espace hospitalier, et l'espace à organisation sociale (distance que l'individu observe avec autrui).

Le temps s'écoule à travers les perceptions des individus qui jugent de leur bien-être par rapport au passé (vécu ou connu). L'évaluation du temps qui passe résulte aussi de la perception du milieu de vie.

C'est donc à travers leur position dans la société et dans l'espace que les individus portent des jugements de valeur sur leur bien-être et celui des autres.

Pour résumer, le bien-être est une notion qui :

- a un rapport à la conscience individuelle, un rapport à la société, un rapport à l'espace et au temps,
- fait appel à la fois aux analyses individuelles et collectives,
- renvoie à la totalité des relations entre les hommes, la société et le milieu. Le bien-être résulte d'une relation d'un individu au monde, d'un lien entre la pratique et la réalité sociale vécue par le sujet. L'essence du bien-être ne peut donc s'expliquer que par une connaissance et **un vécu du milieu**.

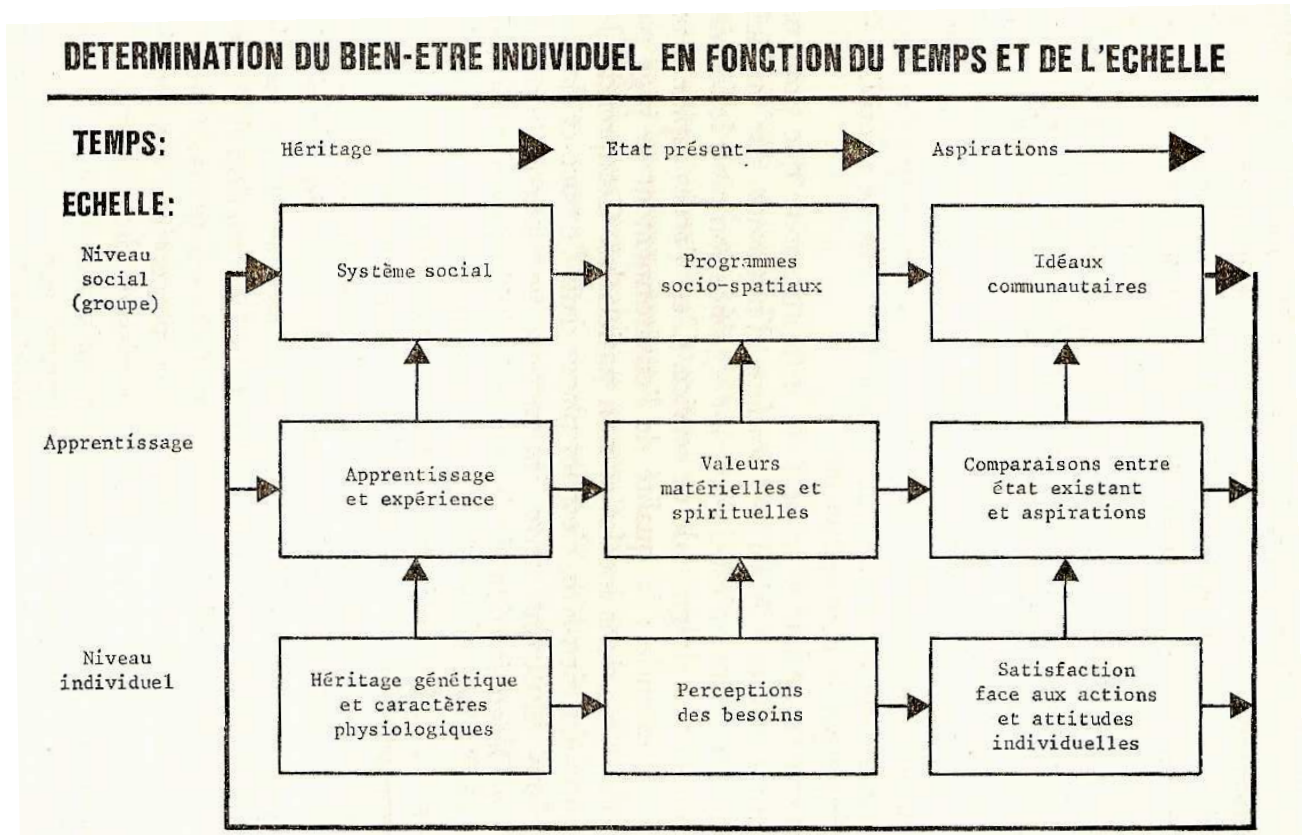


Figure 4: Détermination du bien-être individuel en fonction du temps et de l'échelle (BAILLY, 1981).

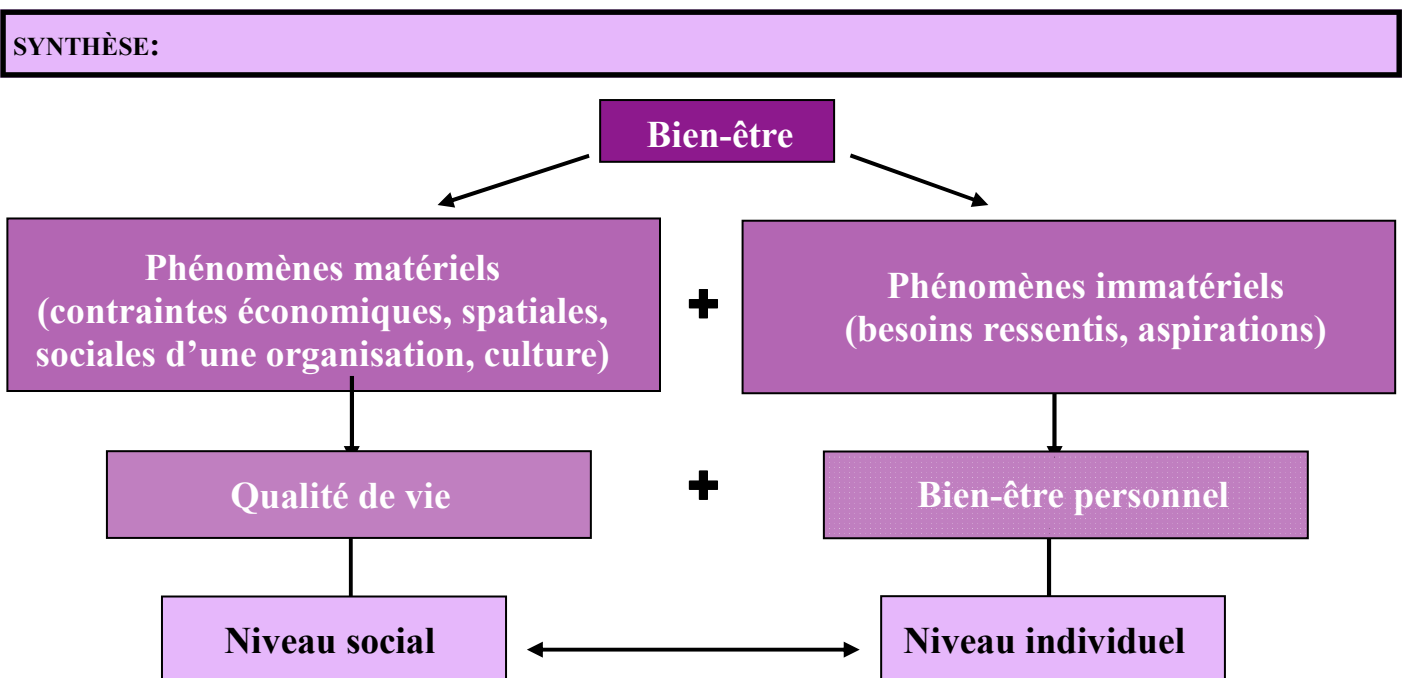


Figure 5 : Synthèse des composantes du bien-être.

Réalisation : Anne-Sophie Brunet-EPU Tours département aménagement-2008/2009

III.2 Le bien-être : la relation de l'homme à l'espace et vocabulaire

La construction du sentiment de bien-être repose à la fois sur le jugement de l'individu sur son espace et sur des variables intrinsèques des l'individus eux-mêmes. Le bien-être reste donc une notion subjective. Dans cette recherche, la question de la construction du sentiment de bien-être se pose par rapport à l'espace.

Campbell (in BAILLY, 1981) a constaté l'étroitesse des liens entre les conditions objectives du milieu de vie et les appréciations subjectives. Au delà de la définition du bien-être et de ses facettes, il s'agit maintenant de détailler et décortiquer la notion afin d'orienter la recherche. Le binôme bien-être/qualité de vie permet de s'intéresser à la **relation de l'homme à l'espace**. On peut ainsi prendre en compte les perceptions et les représentations des individus à l'espace pour comprendre le bien-être et la qualité de vie. Les individus agissent sur la définition du bien-être : chacun va donc évaluer son bien-être en fonction de critères qui lui sont propres. La problématique du bien-être renvoie de manière assez systématique à différentes notions. Elle fait implicitement référence aux notions de **cadre de vie, d'appartenance, de proximité, de convivialité, de sécurité, d'accessibilité, d'appropriation⁷ et d'identification**. (FLEURET, 2008) Certains de ces concepts seront développés dans la deuxième partie de la recherche.

On retrouve aussi beaucoup de mots se rattachant à la notion de bien-être faisant à la fois référence aux aspects matériels et aux aspects immatériels de la notion. C'est le cas pour les termes: satisfaction (Contentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait), confort (Ensemble des commodités, des agréments qui produit le bien-être matériel), et épanouissement (Action de s'épanouir, fait d'être épanoui). Ces définitions sont importantes si l'on considère que par la suite ils pourront être utilisés par les personnes interrogées dans la phase de terrain de l'étude.

La perception du bien-être se fait donc par l'**influence de l'environnement** : des rétroactions continues entre l'homme et le milieu engendreraient des attitudes et des comportements qui seraient adaptés aux références fournies par le milieu. « *Comprendre la nature de la satisfaction revient à connaître ce qu'évoque le milieu pour le sujet et ce que le sujet projette sur le milieu. C'est à travers les relations que les individus tissent entre eux et avec le milieu de vie que se forge une perception positive ou négative du bien-être ; tout jugement résulte ensuite de ce rapport complexe.* » (BAILLY, 1981).

L'interface entre l'espace et la notion de bien-être reste l'individu. C'est-à-dire que la notion ne peut se définir que par l'individu dans un lieu donné. L'individu est un lien entre l'espace et sa propre définition du bien-être. Mais d'un autre côté, peut-on évaluer le bien-être d'individus qui côtoient les mêmes lieux facilement? Est-il possible d'améliorer de façon permanente la qualité de vie et de répondre en même temps aux multiples aspirations individuelles ? Ou plutôt la question serait peut-être: un espace est-il capable de faire naître le bien-être chez des personnes qui côtoient un même lieu et sont dans un même état physique? Autant poser la question suivante qui s'y rapproche: **Est-ce que l'espace comme milieu de vie est un élément majeur du bien-être et de la qualité de vie ?**

III.3 Des critères de conception à vocation de bien-être pour l'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier

Le bien-être est une notion connotée positivement à l'inverse du mal-être. L'idée d'échelle de bien-être peut nous venir à l'esprit. Il n'est pas mesurable par opposition à une quantité. C'est une notion, comme nous l'avons vu qui apparaît à travers un système de pensée, un milieu perçu, vécu. Un aller-retour entre le milieu et l'individu est nécessaire pour l'évaluer.

Dans cette étude, l'évaluation du bien-être intervient auprès des usagers de l'hôpital. Durant la phase de conception, on n'évalue pas des critères de bien-être, on pose des critères pour la conception de l'hôpital. Ces critères seront appelés 'des critères de conception à vocation de bien-être'. En effet, si l'on considère seulement la composante matérielle du bien-être, on parlerait alors de critères de qualité de vie. Cependant,

ce qui est intéressant ici, c'est de prendre en compte la composante subjective et objective du bien-être. Le parti pris ici est donc de s'intéresser à la notion entière pour essayer de comprendre la construction du bien-être par rapport à l'espace hospitalier. Ainsi, la phase de conception d'un pôle hospitalier, permet d'énoncer des critères ou des principes de conception dont l'objectif est de mettre à l'aise, optimiser le bien-être des usagers qui utiliseront le futur bâtiment. Dans ce cas, les critères de conception sont issus d'un parti architectural, technique mais aussi de réflexions importantes auprès de certains des usagers de l'hôpital. Ce sont **des critères de conception à vocation de bien-être. Le tout est de savoir si les critères qui ont été choisis et spatialisés au moment de la conception font émerger, grandir, naître un bien-être chez l'utilisateur qui maintenant utilise et vit les lieux.** L'évaluation du bien-être auprès des usagers de l'espace hospitalier sera donc nécessaire afin de mettre à l'épreuve les critères de conception émis en amont.

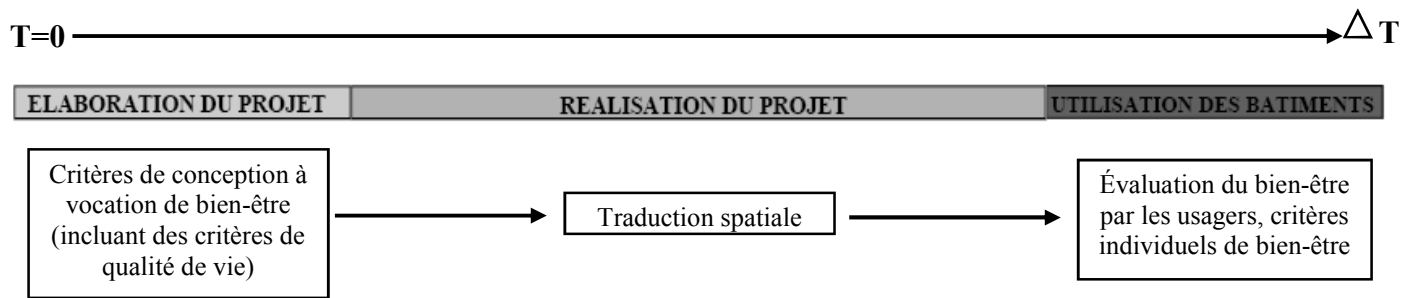


Figure 6 : Les critères de conception à vocation de bien-être pour l'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier.
Réalisation : Anne-Sophie Brunet-EPU Tours département aménagement-2008/2009

Un critère est « *un caractère, un principe auquel on se réfère pour distinguer une chose d'une autre, pour porter un jugement, une appréciation* » (Larousse, 2005). A la différence d'un indicateur qui est un « *instrument de mesure d'une réalité empirique* » (LEVY Jacques, LUSSAULT Michel ; 2005), le critère est un principe sur lequel on se base. C'est pour cela qu'on parlera ici de critères de conception. En parallèle, des critères de bien-être des usagers de l'hôpital peuvent être identifiables. L'évaluation du bien-être des usagers peut être aussi possible à l'aide d'indicateurs de bien-être.

En d'autres termes, travailler sur la notion de bien-être semble ici intéressant puisque se profilent deux types de critères: des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers de l'espace public hospitalier. Cette observation oriente donc vers une recherche comparative entre des critères de conception d'un hôpital et des critères de bien-être des usagers de l'espace public hospitalier.

IV. Sujet définitif de la recherche: Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle public hospitalier en oncologie

IV.1 Questionnements

La définition des termes du thème global de la recherche a permis de questionner le thème général de la recherche. Par conséquent, de nombreuses questions nous sont apparues. Il est possible de classer ces questions selon les 3 thèmes suivants: questions relatives à l'espace hospitalier, à l'appréhension de la notion de bien-être, puis au bien-être et à l'espace. Ces questions font partie d'une démarche de réflexion pour affiner le thème de recherche. Il est bien entendu que dans la recherche même, les réponses à toutes ces questions ne seront pas apportées. Seulement certaines d'entre elles trouveront peut être une réponse en fonction du sujet définitif choisit. L'ensemble des questions est classé dans le tableau suivant :

L'espace hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles relations ont les individus à l'espace hospitalier? - Au sein du système hospitalier quel est l'impact de l'environnement?
Appréhension de la notion de bien-être	<ul style="list-style-type: none"> - Comment saisir de manière simple la perception du bien-être des individus et comprendre leur attitude face à la société et à leur espace de vie ? - Est-il possible d'améliorer de façon permanente la qualité de vie et de répondre en même temps aux multiples aspirations individuelles ?
Le bien-être et l'espace	<ul style="list-style-type: none"> - Peut-on effectivement évaluer le bien-être d'individus qui côtoient les mêmes lieux facilement? - Un espace est-il capable de faire naître le bien-être chez des personnes qui côtoient un même lieu et qui sont dans un même état physique? - Est-ce que l'espace comme milieu de vie est un élément majeur du bien-être et de la qualité de vie ? - Comment évaluer un bien-être issu de l'espace? - Est-ce que l'espace comme milieu de vie est un élément majeur du bien-être et de la qualité de vie ? - Comment les critères à vocation de bien-être et de qualité de vie sont-ils pris en compte et représentés spatialement lors de la conception de l'espace hospitalier ? - Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ? Peut-on parler d'espaces de bien-être ? - Le bien-être est-il spatialisable? - Peut-on trouver une composante spatiale des espaces hospitaliers qui pourrait apporter du bien-être à tous les individus confondus malgré des aspirations différentes?

Tableau 1 : Questionnements.

On remarque que la majorité des questions posées entrent dans la thématique du bien-être et de l'espace. Par conséquent le sujet définitif de la recherche sera orienté dans cette direction.

IV.2 Formulation du sujet définitif de la recherche

Malgré l'analyse du thème général de la recherche : « Aménagement de l'espace public hospitalier et bien-être des usagers », la définition du bien-être reste floue et se détermine individuellement. Des connaissances restent donc à apporter afin de mieux cerner la notion de bien-être. Dans ce cas précis, le rapport de cette notion à l'espace public hospitalier va constituer le cœur de la recherche. Or l'espace est

conçu puis vécu d'une certaine façon.

La recherche va donc être recentrée sur le sujet suivant en tenant compte de toutes les interrogations émises :

« **Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle public hospitalier en oncologie** ».

La question est de savoir s'il existe réellement des critères à vocation de bien-être pris en compte lors de la conception des hôpitaux et si ces derniers sont judicieux. La recherche va donc se découper en deux parties. D'une part, les critères de conception d'un hôpital vont être analysés. On cherchera à savoir si ce sont des critères de conception à vocation de bien-être. D'autre part, il sera question d'évaluer le bien-être des usagers (soignants et patients) qui utilisent le pôle hospitalier choisi. Une comparaison pourra ensuite être envisagée entre les critères de conception à vocation de bien-être et les critères de bien-être définis par les usagers afin de mettre à l'épreuve les critères de conception.

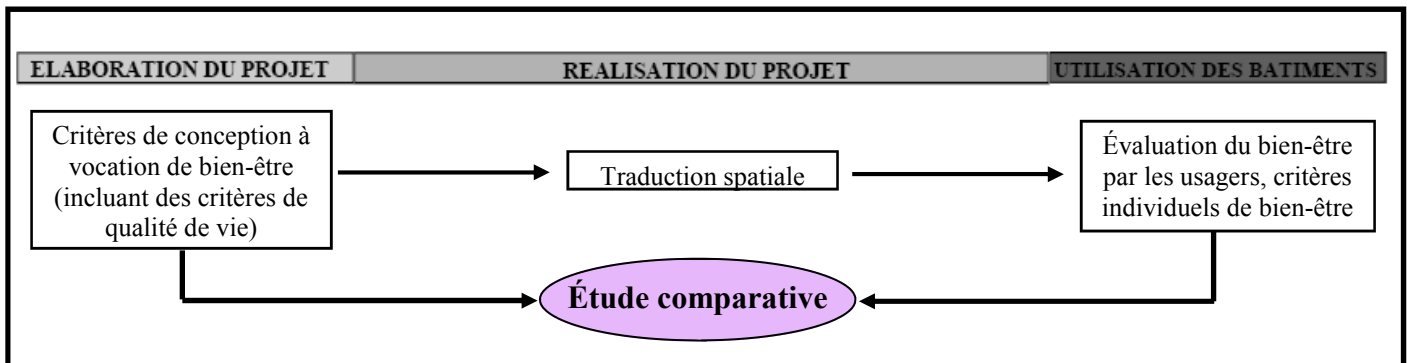


Figure 7 : *Élaboration du thème définitif de recherche: étude comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers.*

IV.3 Connaissances visées et objectifs de la recherche

- **Une étude du subjectif : des connaissances à apporter sur le bien-être**

Cette recherche s'inscrit dans la lignée des nombreuses recherches qui ont été effectuées sur le rapport affectif ou même sur l'appropriation des lieux puisque le sujet de la recherche s'appuie sur une étude du ressenti, du subjectif. L'intérêt de ces recherches a été par plusieurs fois argumenté de façon très juste et claire. Ajoutons qu'une recherche sur le bien-être étend la subjectivité au-delà même du rapport affectif étant donné la complexité du bien-être, notion qui se construit de manière individuelle mais qui a rapport à l'espace. La part d'affectivité au lieu peut en faire partie mais ce n'est peut-être qu'une des composantes du bien-être.

Aborder la question du bien-être en aménagement du territoire n'est pas dérisoire. Claudius Petit définissait l'aménagement du territoire comme « *une recherche [qui] doit être faite dans une constante préoccupation de donner aux Hommes de meilleures conditions d'habitat et de travail, de plus grandes facilités de loisirs et de culture. Cette recherche n'est donc pas faite à des fins strictement économiques mais bien d'avantage pour le bien être et l'épanouissement de la population* » (LAJUGIE et DELFAUD 1985 in POLLEAU, 2008). En ce sens, l'aménagement du territoire ne se limite pas à des composantes économiques et matérielles. Mettre à disposition des espaces publics, des équipements publics collectifs pour la population suppose de les édifier pour l'utilisation de la population. Par conséquent, la conception de ces espaces ne peut être pensée sans les personnes qui utilisent l'espace public. La prise en compte des avis subjectifs des usagers est donc essentielle afin que les lieux publics répondent à des attentes précises pour la construction d'un environnement commun à tous et plaisant pour tous: « *Planifier un espace dans le temps suppose une connaissance des marginalités spatiales, des satisfactions et des aspirations des groupes hu-*

mains, même de petites dimensions. C'est un des objectifs des indicateurs du bien-être que de donner cette image à la fois utile pour l'aménageur, qui conçoit les structures du développement futur et ses grandes orientations, et pour l'habitant, qui prend conscience des référentiels majeurs de son groupe territorial. » (BAILLY, 1981). Une information directe sur les aspirations des individus constitue donc un préalable indispensable à tout aménagement de l'espace.

Définir un espace, se l'approprier, l'aménager ne sont pas choses aisées. Le décalage apparent entre la conception et l'utilisation est une des préoccupations de l'aménageur. L'espace est un enjeu entre les individus. L'enjeu premier de l'espace public hospitalier est la prévention, le soin, la guérison ou la naissance. L'enjeu évident de cet espace souligne une fonctionnalité poussée et affirmée par l'hôpital. La conception de cet espace ne peut donc pas se faire sans réflexion puisque c'est comme concevoir un espace qui devra faire naître la vie, la pérenniser, l'accompagner. Si les faits de bien-être ne peuvent être séparés des valeurs, le niveau de satisfaction dépend en partie du support spatial, c'est-à-dire de l'ensemble des contraintes d'implantation dans l'espace qui empêchent ou favorisent l'épanouissement de la population. Dégager le pourquoi des variations dans le bien-être par l'étude des incidences de l'espace sur les comportements humains est essentiel dans un projet hospitalier (entre autre).

Pour comprendre cette relation de l'homme à l'objet, de l'homme à l'espace, il est nécessaire de prendre en compte et de comprendre **l'influence de l'environnement sur la perception du bien-être**. Cette étude tentera donc de réfléchir sur les fondements de cette relation dans des cas particuliers. Un seul et même espace, l'espace hospitalier, est connoté différemment pour chaque catégorie d'utilisateur: l'espace est à la fois lieu de travail et lieu de prise en charge de la maladie. Cela suppose des situations particulières pour les individus, des situations différentes dans un seul et même environnement. Pourtant ce même environnement, vécu différemment, forge-t-il la même perception du bien-être? Les connaissances déjà apportées sur le bien-être répondraient que non. Cependant, les connaissances sont floues, semées de questions, d'interrogations. Réfléchir sur le cas particulier de l'espace hospitalier pourrait apporter des réponses, ou du moins des pistes quant au processus compliqué d'évaluation personnel du bien-être des usagers de l'hôpital.

Encore une fois, le choix du lieu d'étude, l'hôpital, n'est pas anodin. Dans le passé, le monde biomédical s'est penché sur le bien-être sous l'angle de la qualité de vie des malades. (Herisson, Simon, Lepage, Rude, Moati). Réfléchir au bien-être dans un hôpital peut paraître contradictoire: « Comment être bien quand on est malade! », mais cela prend en fait tout son sens. La vraie question est: « Comment améliorer le bien-être des personnes malades et des soignants par l'aménagement de l'espace hospitalier? » Ainsi, pour appréhender convenablement la complexité du bien-être, il est nécessaire de croiser les réflexions menées à la fois par le géographe, le sociologue, le politique et les aménageurs.

L'étude du sensible, du ressenti, participerait donc à la réalisation d'aménagements de qualité et même peut-être d'espaces de bien-être. Des connaissances sur l'espace public hospitalier et ses pratiques pour le bien-être de chacun reste donc à apporter. Bien entendu le rapport affectif à l'hôpital et d'autres concepts ayant un lien avec l'analyse des contenus mentaux qui sous-tendent les pratiques sociales et spatiales feront l'objet d'une étude conceptuelle.

Maintenant que l'intérêt de cette étude a été soulignée nous pouvons revenir au thème de celle-ci et à ses objectifs.

- **Objectifs de la recherche :**

L'objectif de cette recherche n'est pas d'apporter des connaissances pour une meilleure planification sanitaire, ni de s'engager dans le débat actuel de la restructuration du système de santé (nouvelle loi de financement de la sécurité sociale et le projet de loi hôpital, patient, santé, territoire, etc...). Cette recherche se base essentiellement sur l'objet hôpital, qui comme nous l'avons déjà dit, apparaît être un objet géographique marqué de rapports sociaux complexes mais aussi un objet spatial en tant que tel. L'étroite relation

entre les formes et leurs usages permet ainsi de mieux comprendre le but de notre questionnement. Il existe des critères de conception de « l'objet spatial hôpital ». Un fois l'espace hospitalier conçu, il est vécu à la fois par les soignants et les patients. Ces derniers se forgent leur propre conception du bien-être et évaluent leur bien-être en fonction de l'espace dans lequel ils sont. Ils ont donc leur propre critères de bien-être. L'objectif de cette recherche est de savoir s'il y a adéquation entre les critères de conception de l'hôpital et les critères de bien-être des usagers.

Ainsi, cette recherche peut permettre à terme :

- **Une aide à la maîtrise d'ouvrage.** En supposant que les critères de conception soient différents des critères de bien-être des usagers de l'hôpital, une adaptation de ces critères pourrait être envisagée en faveur des soignants et des patients. A l'inverse si les critères de conception s'avèrent être adaptés au bien-être des usagers, la recherche pourrait donner d'autres pistes pour une démarche participative dans la conception de l'hôpital pour les préoccupations futures (Plan Cancer, vieillissement de la population...).

La géographie du bien-être est un outil d'aide à la décision publique. Intégrer la notion de bien-être et des espaces de qualité permet une mise en perspective innovante du territoire. Les enjeux de la construction d'espaces que l'on pourrait qualifier « de qualité » ou « de bien-être » se poseront en termes de système d'organisation de l'espace et des services de proximité ainsi qu'en termes de politiques publiques et d'aménagement du territoire. (FLEURET, 2006)

Bien que centrée sur l'individu et ses modes de représentation, cette approche du bien-être ne doit pas occulter la question de **l'intérêt général**, du bien commun. Dans notre recherche, le territoire de l'hôpital est donc interrogé à travers sa capacité à répondre aux besoins du plus grand nombre et à offrir un cadre de vie de qualité.

- **Une compréhension de l'hôpital** et notamment sur les besoins des patients et des soignants lorsqu'ils font face à des pathologies lourdes. De plus, rentrer dans l'hôpital peut s'avérer parfois difficile pour certaines personnes. Il faut savoir que pour les malades et le personnel soignant, sortir de l'hôpital et s'ouvrir sur la ville est une demande de plus en plus croissante. Ainsi des connaissances sur ce monde qui nous apparaît parfois cloisonné peuvent être apportées afin de l'ouvrir un peu plus aux esprits réticents (connaissances sur la qualité de vie et les conditions de travail).

- **Des connaissances sur le bien-être** en milieu hospitalier : notion dont les fondements sont difficiles à éclaircir.

Au-delà de cet objectif d'identification de critères, cette recherche s'appuie aussi sur de nombreux concepts : espace conçu, espace vécu, espace rêvée, perception, bien-être, confort, conditions de travail, organisation hospitalière, création architecturale, espace public, Ces concepts revêtissent d'autres aspects quand **ils sont pensés dans le contexte hospitalier**. On apporte donc une réflexion, des questionnements plus ciblés.

IV.4 Cadre d'analyse et variables : le pôle de cancérologie Kaplan à l'hôpital Bretonneau de Tours

- **La variable temps :**

Il faut savoir que les critères de conception d'un hôpital établis à un instant T vont être à la base de la réalisation d'un projet qui sera alors mis en service entre 5 et 10 ans après en moyenne. Ces critères peuvent être amenés à évoluer durant la réalisation du projet. Cependant, ces changements sont souvent sommaires et dépendent le plus souvent d'évolution dans les normes (de qualité ou de sécurité).

Le projet ainsi conçu va devenir un espace vécu. Les usagers de cet espace ont leurs propres critères d'évaluation du bien-être 10 ans après la conception.

Ainsi la **variable temps** a toute son importance dans cette recherche. Elle peut en effet influencer sur la similitude des critères de maîtrise d'ouvrage et des critères d'évaluation du bien-être. Lors de notre étude, devant la complexité de prise en compte de cette variable, nous nous limiterons à distinguer le temps de la conception et le temps de l'utilisation du bâtiment.

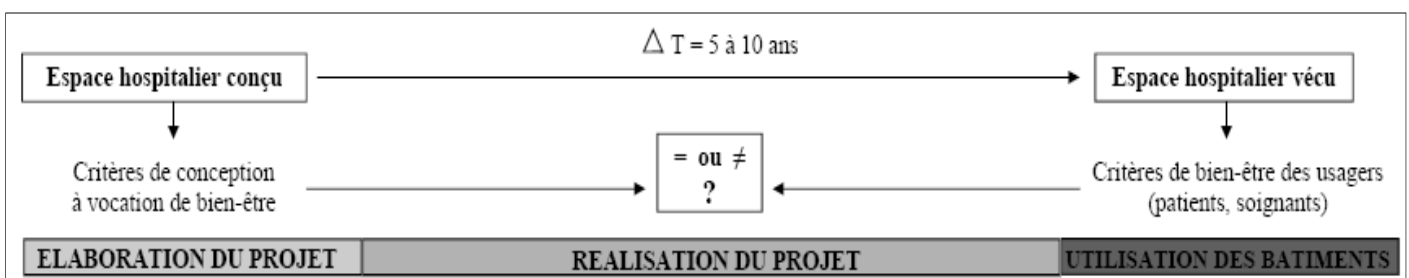


Figure 8 : Variables et localisation des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être dans le temps. Réalisation : Anne-Sophie Brunet-EPU Tours département aménagement-2008/2009

- **Le terrain d'étude :**

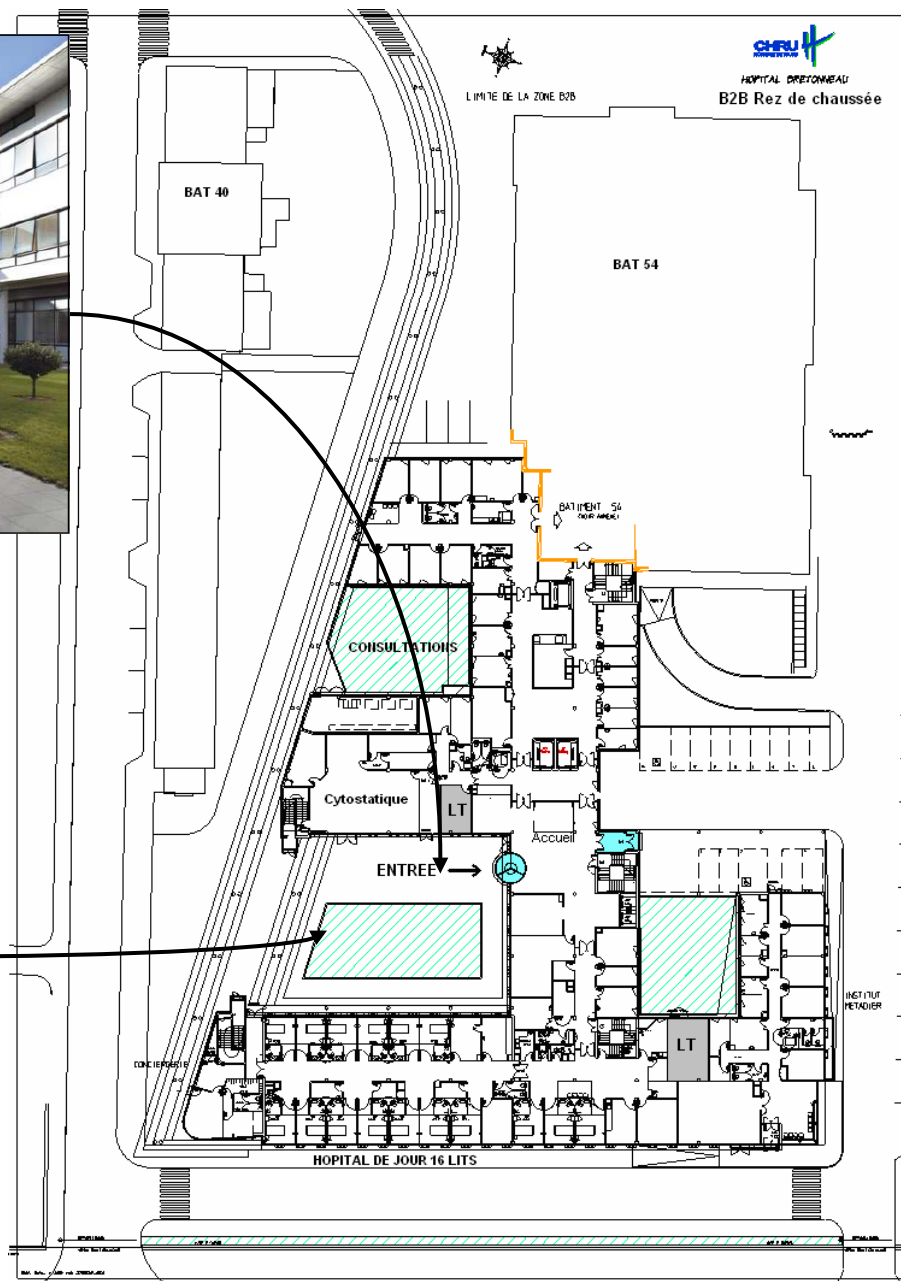
Le terrain d'étude choisi au sein de l'espace public hospitalier a été restreint pour une meilleure analyse. L'évaluation des critères au sein de services hospitaliers comportant des « **pathologies cancéreuses** » ayant des conséquences autant physiques que psychologiques a été choisie. Ce choix permet de justifier l'importance du bien-être pour ces patients dans des situations difficiles et qui souvent séjournent longtemps au sein de l'hôpital. De plus, les études de cas ont été réduites aux **hôpitaux pour adultes: le pôle hospitalier Henry Kaplan de L'hôpital Bretonneau à Tours (37)**. Les hôpitaux pour enfants sont en effet exclus de cette étude. Les enfants ont une psychologie particulière. L'évaluation des critères de bien-être aurait présenté un autre caractère de particularité.



Photo 3 : Entrée du pôle Henry.S Kaplan de cancérologie



Photo 4 : Pancarte d'entrée du pôle Henry.S Kaplan de cancérologie



Carte 3 : Plan du rez-de-chaussée du pôle Henry.S Kaplan de cancérologie

RÉSUMÉ DE LA PARTIE 1:

Thème général : « Aménagement de l'espace public hospitalier et bien-être des usagers »

Sujet définitif : « Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle public hospitalier en cancérologie ».

Définition des termes :

- Espace public hospitalier: espace avec organisation en pôle de soins, lieu d'un équipement public collectif: l'hôpital.
- Les usagers de l'espace public hospitalier: inclus dans une organisation particulière: le système hospitalier.
- Le bien-être: difficulté pour définir le terme qui dépend de l'individu, de l'espace, du temps et de la société. Existence de critères de bien-être.

Choix du cas d'étude: Pôle hospitalier en cancérologie Henry.S Kaplan à l'hôpital Bretonneau à Tours(37)

[PARTIE 2]

DEMARCHE DE LA RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL

Cette partie a pour objectif de formuler la problématique et les hypothèses de la recherche. Après avoir défini un thème principal de recherche, il est nécessaire de s'appuyer sur des observations et des entretiens préliminaires afin de formuler une problématique claire de recherche.

Un cadre conceptuel sera ensuite élaboré. La conceptualisation permettra d'approfondir certaines notions en liaison avec la problématique pour pouvoir formuler une hypothèse.

PARTIE 2: DÉMARCHE DE LA RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL

I. Observation participante et Entretiens exploratoires

Le sujet de la recherche et les objectifs ayant été définis, cette recherche s'est poursuivie par une observation participante et des entretiens exploratoires afin de construire une problématique claire. L'observation participante est basée essentiellement sur la comparaison de lieux d'hospitalisation. L'objectif premier de cette observation participante est de cadrer la recherche et de cibler les variables d'appréhension, d'appréciation des lieux. L'intérêt de cette approche est de pouvoir apprécier les effets de différentes pathologies, de différents espaces, et durant des durées variables sur l'individu et son bien-être. Les entretiens exploratoires ont pour premier objectif de capter l'information concernant le cas d'étude: l'organisation générale médicale et technique, l'histoire de la construction des locaux. Mais c'est aussi un moyen de prendre du recul par rapport à un vécu personnel et l'observation participante. Ils permettront par la suite de pouvoir lister les critères de conception du pôle Henry Kaplan de cancérologie.

II.1 L'observation participante

L'observation participante s'est faite au cours de l'année 2008 sur l'ensemble de l'hôpital de Tours (CHRU 37) et aussi à l'étranger, dans un hôpital néerlandais. Les raisons de cette présence dans ces lieux atypiques pour un étudiant, s'explique tout simplement par le fait qu'en tout état de cause, il y avait nécessité de côtoyer les lieux. Par conséquent, cette observation a été totalement participante pour causes personnelles de maladie de l'étudiant chercheur.

Les lieux mêmes de l'étude ont été côtoyés pendant de nombreuses hospitalisations de longue durée, 8 fois dans le service d'hématologie, 3 fois en hôpital de jour et 1 fois en chambre stérile pendant trois semaines. Auparavant, ont aussi été 'expérimenté' un service d'hématologie à l'étranger, aux Pays-Bas à l'hôpital de Nijmegen en 2008 et durant l'année 2009, un service de pneumologie à l'hôpital Bretonneau, à Tours. Au cours de ces hospitalisations le quotidien d'une patiente atteinte de différentes pathologies a été vécu. Une expérience personnelle des lieux d'hospitalisation s'est donc forgée. Ce sont des expériences qui permettent maintenant d'édifier une comparaison par rapport aux lieux d'étude que sont les services d'hospitalisation (service d'hématologie et d'oncologie) de longue durée du pôle Kaplan. Le cas d'étude est donc un point de référence. L'intérêt de l'observation participante est d'avoir acquis des connaissances et des informations sur différents lieux de l'hôpital et dans différentes conditions. Cette approche est de pouvoir apprécier les effets de différentes pathologies, de différents espaces, et durant des durées variables sur l'individu et son bien-être.

Afin d'établir une conclusion sur ces observations personnelles, il a donc été élaboré un tableau de comparaison. Ce tableau permet de mettre en évidence des variables pouvant influencer le bien-être d'un individu hospitalisé. Ces variables ont été observées par rapport aux hospitalisations de référence réalisées dans le lieu du cas d'étude (Pôle de cancérologie Henry.S Kaplan). Le tableau réalisé est composé de trois colonnes: la première fait référence au lieux d'hospitalisation, la seconde liste les observations (hiérarchisées par ordre d'importance) en points négatifs et positifs par rapport à l'espace et au bien-être du patient, la dernière met en évidence les variables qui rentrent dans la construction du bien-être du patient par rapport à l'hospitalisation de référence. Ces variables sont importantes à souligner puisqu'elles apportent les premières informations quant au bien-être en milieu hospitalier. En effet, dans la première partie de cette étude le bien-être est apparu comme variant d'un individu à un autre mais aussi en fonction du lieu et des situations. Pour notre cas d'étude, il est nécessaire de faire un premier inventaire des éléments qui font plus précisément varier le bien-être dans l'espace hospitalier. On a choisi d'observer ces variables par rapport à notre cas d'étude de référence, d'une part parce que c'est l'objet de la recherche et d'autre part pour mettre

HOSPITALISATIONS	OBSERVATIONS PERSONNELLES	VARIABLE (S)
<p>Hospitalisation de référence: Service d'hématologie au pôle hospitalier de cancérologie Henry Kaplan de l'hôpital Bretonneau à Tours (année 2008, durées variables de 3 à 10 jours) Motif: maladie cancéreuse et thérapie</p>	<p>Points négatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuisances sonores et olfactives (travaux, personnel, repas). - Écart entre l'aménagement de l'espace et la mobilité réduite d'une personne malade en thérapie. - Difficulté à trouver une place de parking et manque signalétique. - Problème de régulation thermique (chaleur en été). - Espaces verts peu accessibles (jardin botanique, espace central) - Peu d'espaces à disposition pour la famille au sein du service. <p>Points positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chambre à un lit, cabinet de toilette avec douche. - Soins de confort: socio esthétique mais peu d'autres services à la personne accessibles (travaux, et conséquence de la pathologie). - Gratuité (télévision: service payé par l'association CANCECEN) 	
<p>Service d'hématologie à L'hôpital Radboud de Nijmegen aux Pays-Bas (10 Jours, février 2008) Motif: maladie cancéreuse sans thérapie</p>	<p>Points négatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chambre à deux lits mais mise à disposition d'une télévision par personne, casque audio, radio, pour chacun des malades. - Cabinet de toilette avec douche pour 3 personnes. - Peu d'espaces verts ou alors éloignés de l'hôpital. - Non gratuité (télévision, téléphone). <p>Points positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Silence et calme. - Nombreux services à la personne (coiffeur, une salle de prière pour chaque religion, salle d'accueil pour la famille et les enfants au sein du service, organisation avec un hôtel de proximité pour loger à long terme les familles, expositions, restaurations, coiffeur, distributeur de billet, service postal, boutiques cadeaux, ...). - Organisation des flux de personnes (voitures en souterrain, accompagnateurs,...). - Nombreux parkings et signalétique malgré la grandeur de l'hôpital. 	<p>Lieu, Absence de thérapie</p>
<p>Hôpital de jour, pôle hospitalier de cancérologie Henry Kaplan de l'hôpital Bretonneau à Tours (année 2008, 3x1 journée) Motif: maladie cancéreuse et thérapie</p>	<p>Points négatifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partage de la chambre avec une deuxième personne: deux personnes ne peuvent être couchées en même temps : difficulté du placement des personnes. - Effet fourmilière (beaucoup de patients se succèdent). - Difficulté à trouver une place de parking et manque signalétique. - Problème de régulation thermique (chaleur en été). <p>Points positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chambre à un lit avec cabinet de toilette et douche. 	<p>Durée, Lieu</p>

Unité stérile du pôle hospitalier de cancérologie Henry Kaplan de l'hôpital Bretonneau à Tours (année 2008, 3 semaines) Motif: maladie cancéreuse et thérapie	Points négatifs : - Difficulté à trouver une place de parking et manque signalétique. Points positifs : - Chambre à un lit avec cabinet de toilette sans douche. - Mise à disposition d'un pédalier, de la télévision, dvd, pc portable. - Calme.	Durée et Conditions d'hospitalisation, Lieu
Pneumologie 2, bâtiment B1A de l'hôpital Bretonneau à Tours (Mars 2009, 3 jours) Motif: Infection pulmonaire Et thérapie	Points négatifs : - Chambre étroite. Points positifs : - Chambre à un lit avec cabinet de toilette et douche. - Calme. - Accès facilité aux services à la personne (relais H).	Lieu et Pathologie

Tableau 2: Les variables influençant le bien-être de la personne hospitalisée.

en évidence le cas particulier du lieu d'étude par rapport à d'autres lieux ou services hospitaliers.

Les observations établies se basent sur un carnet de bord réalisé après toutes les hospitalisations. Elles sont donc issues de ressentis personnels et d'observations faites sur l'espace dans son organisation et sa structure principalement. Ayant à la fois une vision de patient mais aussi d'étudiant chercheur en aménagement du territoire ces observations se sont faites naturellement en pratiquant l'espace hospitalier.

En mettant en évidence les variables de bien-être des patients des hospitalisations par rapport à l'hospitalisation de référence, les observations établies dépendent de trois variables essentielles :

- la première variable est la **variable de lieux**. On note bien que l'expérience française et l'expérience hollandaise se sont déroulées dans des lieux bien différents. L'exemple de la chambre est édifiant. Les Pays-Bas offre une chambre à deux lits avec cabinet de toilette à partager pour trois personnes. En France, la chambre privilégie le confort individuel avec une chambre pour une personne et un cabinet de toilette individuel avec douche quelque soit le service. Cependant, si l'on prend en compte l'organisation de l'espace hospitalier, on remarque que l'hôpital néerlandais possède un grand nombre de services à la personne ce qui n'est apparemment pas le cas de l'hôpital français. Les résultats sont les mêmes en ce qui concerne les parkings, la signalétique et les flux de personnes: l'organisation néerlandaise est supérieure. On note que la configuration de la chambre dans l'hôpital Bretonneau est identique. Que ce soit dans le bâtiment Kaplan (objet de notre étude) ou dans un autre bâtiment (B1A), la chambre est individuelle avec cabinet de toilette. Une exception est visible en unité stérile où le cabinet de toilette ne comporte pas de douche pour des raisons sanitaires.

La variable de lieux sera fixée pour la suite de notre étude puisqu'il s'agira d'observer un seul lieu d'hospitalisation: le bâtiment de cancérologie Henry Kaplan. La comparaison des lieux était tout de même utile pour démontrer que l'espace hospitalier (notamment la chambre) peut varier en termes d'aménagement de l'espace et influé sur le bien-être des personnes le côtoyant.

- la seconde variable est la **variable de pathologie et de thérapie de l'individu**. Un individu malade de cancer peut se sentir mal, fatigué, cela a des conséquences sur la pratique de l'espace. Les pratiques sont encore plus incertaines quand l'individu est sous thérapie. Les thérapies proposées pour les cas de cancers sont lourdes de conséquence pour le sujet. L'état de la personne peut parfois être pire que son état maladif de départ. Il faut prendre en compte que le patient sous thérapie est parfois incapable de marcher, de manger. Il perd son autonomie. Dans ce cas, le rapport à l'espace change. L'individu est coupé du monde extérieur. L'état influence le rapport à l'espace. Par exemple, une infection pulmonaire peut laisser libre de déplacements contrairement à la pathologie cancéreuse sous chimiothérapie.

Du côté des soignants, notre observation montre que le rythme de travail semble plus élevé en cancérologie que l'on soit en hôpital de jour ou en hospitalisation de longue durée si l'on compare à un service de pneumologie.

La variable de pathologie et thérapie sera aussi fixée dans cette recherche puisqu'il sera question d'étudier les services d'hospitalisation de longue durée de cancérologie. Les patients s'y trouvant subissent tous des chimiothérapies et sont atteints de la même pathologie: le cancer. De même les soignants sont ciblés dans l'exercice de leur travail.

- la troisième variable est la **variable de durée et des conditions d'hospitalisation**. En fonction de la durée de l'hospitalisation l'individu s'engage plus ou moins dans le rapport à l'espace qui l'entoure. Plus le temps passé est grand plus les conditions d'appropriation le sont, en général. Par contre les conditions d'hospitalisation viennent contre carré ce phénomène: en chambre stérile, l'appropriation de la chambre est limitée même si la durée de séjour est importante. En effet, en chambre stérile, les objets mis à disposition sont limités pour réduire les infections et la contamination du patient. Hormis les chambres stériles qui restent une exception, la durée de l'hospitalisation est importante dans le rapport à l'espace.

La variable de durée ne pourra que être très peu contrôlée. Cela dépendra de l'échantillon à l'instant T.

Cette observation participante reste très subjective parce qu'issue d'un vécu individuel. Ainsi, les remarques concernant les appréciations sonores, olfactives, thermiques et autres n'ont pas de signification à proprement dit. Cependant, on voit qu'elles prennent un part importante dans le vécu des différents espaces. Les observations menées sont en fait un état des lieux malgré les ressentis qui y sont soulevés. Des indications sur les lieux d'hébergement du pôle de cancérologie Kaplan sont données. On remarque en particulier que les chambres de ce pôle ont été conçues sur le même modèle que les autres chambres de l'hôpital Bretonneau. La pathologie ne fait donc aucune distinction pour l'hébergement des malades même si la variable de pathologie et de thérapie est mise en évidence. Cette dernière souligne un rapport différent à l'espace dans les conditions d'hospitalisation de longue durée pour des maladies cancéreuses.

Parmi les trois variables présentées et qui peuvent influencer le bien-être des usagers dans l'espace hospitalier, seule la dernière, la variable de durée et conditions d'hospitalisation ne sera pas fixée dans cette recherche.

Afin de prendre du recul sur ces observations participantes, des entretiens exploratoires ont été menés. L'objectif de ces entretiens est d'acquérir des connaissances sur l'institution où l'étude est faite: organisation de l'hôpital, informations sur sa restructuration et la construction du pôle de cancérologie étudié.

II.2 Les entretiens exploratoires

Cette étape de la recherche est fondamentale. Elle a permis d'effectuer un recueil d'informations orales et manuscrites (documents de planification, plans,...) concernant la conception du pôle hospitalier de cancérologie Henry.S Kaplan et de l'organisation générale dans lequel il s'inscrit. En effet, la compréhension du domaine hospitalier peut être parfois difficile à atteindre. Les organisations administratives, médicales et techniques, les contractualisations internes, les hiérarchies nécessitent d'être bien appréhendées avant le début d'une étude au sein de l'espace hospitalier. Dans un second temps, l'analyse des entretiens a permis de mettre en place des critères de conception à vocation de bien-être. Ces critères seront essentiels pour la suite de l'étude.

• L'échantillon

Au total, onze personnes ont été interrogées. Des entretiens d'une heure à une deux heures et demi ont été effectués et ont fait l'objet d'une retranscription manuscrite (voir ANNEXE I). L'objectif premier de ces entretiens était d'obtenir les critères de conception du pôle de cancérologie mais aussi de chercher à obtenir une définition du bien-être par les acteurs de la conception. On a aussi cherché à savoir s'il y avait eu concertation auprès des usagers (soignants et patients) lors de cette restructuration.

Les personnes interrogées ont été sélectionnées de façon à avoir un panel d'acteurs complet afin de recueillir le plus d'informations possibles mais aussi en fonction des opportunités. On peut répartir ces acteurs en quatre catégories: des acteurs de la conceptions, des acteurs agissant dans un processus d'aménagement et de qualité de vie des locaux, des acteurs clés pour expliquer l'organisation hospitalière et des acteurs 'représentants' des usagers (voir tableau 2):

- la première catégorie composée de Melle Robin, M. Faugerolas, M. Dordilly est la catégorie des acteurs de la conception. A défaut de rencontrer l'architecte, M. Zublena, architecte français de renom, son correspondant sur le terrain a été joint : M. Dordilly. Melle Robin et M. Zublena sont les acteurs clés de la conception puisqu'ils ont initié la restructuration et l'ont personnellement menée, de la recherche des besoins jusqu'à l'édification des plans définitifs avec la mise en place de groupes de travail avec l'architecte sélectionné.

- des acteurs intermédiaires ont apporté aussi beaucoup d'informations: Mme Rétoiret, Mr Lamy, Mr Couteau. Ce sont des acteurs qui supervisent l'aménagement de l'espace hospitalier et les conditions d'accueil et de travail des usagers. Dans la chronologie de la restructuration, ils interviennent réellement après l'édification du bâtiment afin d'y apporter les équipements (M. Lamy) mais aussi d'évaluer et d'améliorer la qualité des lieux (Mme Rétoiret et M. Couteau).

PERSONNES INTERROGÉES	FONCTION DE LA PERSONNE INTERROGÉES
Mme Rétoiret	Ingénieur qualité à la Direction de la qualité et des relations avec les usagers au CHU de Tours
Mme Guerraz	Directeur de la Direction du personnel au CHU de Tours
Mme Perrier	Ancien cadre en cancérologie (ancien bâtiment), formatrice à la Croix Rouge
Mme Pourrain	Cadre supérieur du pôle de cancérologie Henry Kaplan à l'hôpital Bretonneau
Mme Pasteau	Salariée à la Ligue contre le cancer
M. Lamy	Directeur à la Direction de l'achat, des équipements et de la logistique au CHU de Tours
M. Fagerolas	Ancien Directeur à la Direction des travaux. Directeur de la communication au CHU de Tours
Melle Robin	Directeur de soin à la Direction des soins au CHU de Tours
M. Papin	Secrétaire du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail (représentant du personnel)
M. Dordilly	Ingénieur en chef des travaux de restructuration de l'hôpital Bretonneau
M. Couteau	Direction de la qualité et des relations avec les usagers

Tableau 3 : Personnes interrogées lors des entretiens exploratoires.

- Mme Pourrain, Mme Guerraz ont donné des informations concernant l'organisation générale de l'institution. Mme Pourrain, en tant que cadre supérieure, a donné des détails sur l'organisation du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan.

- M. Papin, Mme Pasteau et Mme Perrier ont fait part de leurs vécus et ressentis en représentant les usagers (patients et soignants) de l'hôpital. Mme Perrier a été une référence pour décrire les lieux avant la restructuration des bâtiments. Elle avait en effet travaillé comme cadre dans les anciens locaux de cancérologie.

• La méthode d'entretien

Les entretiens ont été semi-directifs. Une liste de questions a été rédigée préalablement afin de pouvoir extraire le plus d'informations possibles. La formulation des questions des entretiens a bien sûr été guidée par le thème définitif de la recherche: « Analyse de la prise en compte et de la représentation spatiale des critères de bien-être et de qualité de vie dans un pôle public hospitalier en cancérologie ». La plupart des entretiens se sont déroulés en trois temps:

- la première partie de l'entretien avait pour objectif de situer les fonctions et les rôles de l'interviewé dans le système hospitalier. Il s'agissait ici de questions relatives à leur formation, leur métier, leur position dans la hiérarchie hospitalière:

*Quel est votre rôle au sein de l'hôpital?
Quel est votre parcours professionnel ?*

- par la suite, les questions ont été ciblées sur la restructuration de l'hôpital Bretonneau et quand cela était possible sur la construction du pôle Kaplan de cancérologie. Dans tous les cas, une question était posée pour savoir si les personnes interrogées avaient été incluses dans un processus de concertation quant au projet de restructuration. L'objectif était aussi de recueillir les critères de conception du pôle de cancérologie Henry Kaplan:

*A partir de quels critères a été fait le projet? A partir de quel parti pris vous avez choisi le projet?
Est-ce que vous avez participé à la restructuration de Bretonneau ?
Est-ce que vous avez été consulté pour la construction des nouveaux bâtiments?*

- la troisième partie de l'entretien a tenté de faire réfléchir l'interviewé sur la notion de bien-être et d'espace de bien-être. Deux questions systématiques étaient alors posées:

Quelle est pour vous la définition du bien-être? Quels sont pour vous les critères de bien-être et de qualité de vie ? Comment définiriez vous le bien-être? Le bien-être que ce soit pour des patients ou pour des soignants?

Peut-on, selon vous, parler « d'espaces de bien-être » ? Qu'est-ce que cela évoque pour vous ? Pensez-vous que des espaces de bien-être pour les malades ont été créés avec ces nouveaux bâtiments ?

La difficulté apparente de répondre à ces dernières questions pour la plupart des interviewés sur des notions, telles que le bien-être et les espaces de bien-être, a fait adopter deux autres types de support afin de réactiver le discours et de parvenir à un maximum d'informations.

Au début des entretiens, l'étude de nombreux documents ont fait apparaître l'existence d'un questionnaire ayant pour finalité la mesure de la qualité de vie des malades de cancer: « Quality of life index version cancer III ». Ce questionnaire a été développé en 1984 par Ferrans et Powers de l'université de l'Illinois à Chi-

cago (voir Annexe II) et a été utilisé dans plusieurs études scientifiques. Afin de vérifier les critères testés dans ce questionnaire spécifique aux malades du cancer, il a été présenté à deux interviewés différents. Cependant, les questions posées font référence essentiellement à la satisfaction du patient de manière large (douleur, soins, activités, enfants, conjoint, amis, soutien affectif de la famille, finances, croyances). Autrement dit la présentation de ce questionnaire aux deux interviewés a bien sûr aidé à réactiver un discours mais les thèmes abordés (satisfaction de façon générale) n'étaient pas réellement en adéquation avec le sujet de notre recherche. Les questions posées sont apparues communes pour tous types de population et dans toutes les circonstances comme une enquête de satisfaction globale. Une réorientation des questions a été alors nécessaire afin de faire référence à l'espace public hospitalier et à ses usagers. Ce type de réactivation et son contenu réorienté s'est avoué efficace mais n'a été que très peu utilisé au final parce que trop long à mettre en place et à expliquer.

La difficulté de gérer le temps des interviews a donc orienté vers un autre type de réactivation plus rapide et efficace. Une grille de critères de bien-être a été élaborée sur la base des interviews précédents (voir Annexe III). L'interviewé était chargé de la compléter et de la commenter. L'expérience n'a pas été convaincante puisque l'interviewé, dans la majeure partie des cas, n'a pas complété la grille et s'est contenté des critères déjà énoncés.

Il est certain que les trois catégories de questions qui ont été citées sont générales. En fonction de l'interlocuteur, différents points ont été plus ou moins abordés en profondeur et les questions ont été alors adaptées à l'information que l'on désirait obtenir. Les discussions ont parfois été étendues au-delà du thème de recherche par curiosité. Étant donné le contexte social et économique, des discussions sur le nouveau projet de loi hospitalière (loi hôpital, patient, santé, territoire) ont été menées afin de mesurer l'impact de cette réforme dans le domaine hospitalier.

- **L'analyse des entretiens**

La plupart des entretiens ont été retranscrits (8 au total, voir annexe I), afin d'en retirer les discours originaux et de ne pas voiler les informations par la propre interprétation de l'étudiant chercheur lors de la prise de notes. L'objectif de ces entretiens préliminaires a donc été d'obtenir des informations et aussi d'orienter la recherche pour formuler une problématique. Le thème définitif de la recherche: « Analyse de la prise en compte et de la représentation spatiale des critères de bien-être et de qualité de vie dans un pôle public hospitalier en cancérologie » a orienté les questions des entretiens ce qui a permis d'établir des tableaux de critères de conception du pôle de cancérologie Kaplan. A l'origine, les critères relevés ont été élaborés pour l'ensemble de la restructuration de l'hôpital Bretonneau. Cependant, ils se sont appliqués pour tous les bâtiments de l'hôpital et donc sur le bâtiment de cancérologie Henry.S Kaplan.

L'analyse des entretiens va être effectuée en quatre temps. Tout d'abord, une grille de critères de conception à vocation de bien-être va être établie avec les documents clés récupérés lors des entretiens. Un parallèle sera effectué par rapport au discours de personnes clés de la conception. Ainsi une deuxième grille de critères à vocation de bien-être sera établie avec le discours de ces personnes. En troisième temps, une analyse des définitions données du bien-être et des espaces de bien-être en milieu hospitalier sera faite. Pour finir, un paragraphe sera consacré à savoir s'il y a eu concertation lors de la conception du pôle hospitalier et un premier bilan sur la construction du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan sera fait par l'intermédiaire des avis donnés par les personnes interrogées.

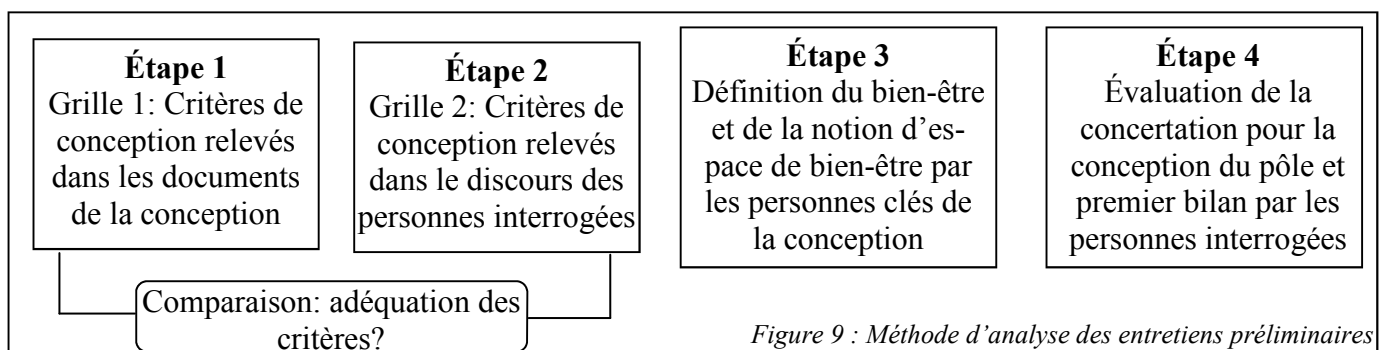


Figure 9 : Méthode d'analyse des entretiens préliminaires

ÉTAPE 1 : UNE GRILLE DE CRITÈRES À PARTIR DES DOCUMENTS CLÉS DE LA CONCEPTION DU BÂTIMENT

La grille de critère de conception (p.41 à 43) a été établie essentiellement à partir de documents clés de la conception récupérés lors des entretiens et du discours des personnes interrogées. Ont donc été consultés:

- le programme technique détaillé Bretonneau qui fait office de cahier des charges (novembre 1995).
- le rapport de présentation de l'avant-projet sommaire de la restructuration de l'hôpital Bretonneau (juin 1997).

Afin d'établir une grille de critères la plus objective qui soit, il a été choisit de s'appuyer essentiellement sur ces documents. Les critères ont été tous relevés, essentiellement dans l'énoncé des grands partis pris du projet. On peut ainsi lister les critères suivants:

- Optimisation de l'activité médicale
- Accueil des patients et des familles
- Amélioration des conditions de travail des personnels
- Fonctionnalité
- Limitation des déplacements
- Luminosité
- Liaisons directes et aisées entre les bâtiments
- Solidité des matériaux
- Séparation des flux
- Amélioration des conditions de prise en charge des patients
- Facilité d'accès pour les patients et leurs proches
- Solidité des matériaux
- Facilité technique d'entretien et de maintenance
- Évolutivité des espaces
- Entretien des matériaux

Ces critères peuvent être classés en trois grandes catégories. La première catégorie concerne les critères généraux de conception, c'est-à-dire qu'ils ont pour objectif de créer un espace agréable pour tous les usagers de l'espace hospitalier. La deuxième catégorie est en faveur des patients et de leurs proches. La dernière catégorie est quant à elle destinée à améliorer le quotidien des soignants. (voir tableau 4, p.40)

Une grille de critères de conception à vocation de bien-être a donc été établie. Elle est composée de 4 colonnes. La première colonne met en évidence les critères de conception. La seconde colonne permet de justifier l'énoncé de ces critères en nommant le document où ils sont énoncés. La troisième colonne permet de visualiser les traductions spatiales des critères de conception. Ces traductions ont elles aussi été inscrites dans les mêmes documents. Cette traduction spatiale est d'autant plus importante qu'elle est à la base de notre thème de recherche : « Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle public hospitalier en cancérologie ». Elle sera donc utilisée lors de notre étude de terrain auprès des usagers. Pour finir, la dernière colonne désigne les usagers concernés par ces critères de conception. (voir grille de critères p.41 à 43).

CRITÈRES GÉNÉRAUX	CRITÈRES EN FAVEUR DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES	CRITÈRES EN FAVEUR DES SOIGNANTS
Fonctionnalité	Accueil des patients et des familles	Optimisation de l'activité médicale
Luminosité	Amélioration des conditions de prise en charge des patients	Amélioration des conditions de travail des personnels
Liaisons directes et aisées entre les bâtiments	Facilité d'accès pour les patients et leurs proches	Limitation des déplacements
Solidité des matériaux		Facilité technique d'entretien et de maintenance
Séparation des flux		
Évolutivité des espaces		
Entretien des matériaux		

Tableau 4 : Critères de conception à partir des documents clés de la conception.

Tous ces critères ont été qualifiés de **critères de conception à vocation de bien-être**. La justification du terme « à vocation de bien-être » s'explique par la finalité apparente de ces critères. Ils sont à destination d'une ou plusieurs catégories d'utilisateurs pour l'amélioration de leurs conditions et par conséquent pour leur bien-être. Ceci peut être encore justifié dans l'introduction du rapport de présentation de l'avant-projet sommaire de la restructuration de l'hôpital Bretonneau (juin 1997) par le paragraphe suivant résumant les trois grands principes de la restructuration de l'hôpital :

« Le programme technique détaillé du nouvel hôpital, élaboré en étroite concertation avec l'ensemble des personnels des services médicaux et médico-techniques s'articule autour de trois axes:

- l'optimisation de l'activité médicale grâce à des groupements d'activité et à la mise en commun des ressources

- l'amélioration de l'accueil des patients et des familles

- l'amélioration des conditions de travail des personnels ». (p7)

L'utilisation du terme « amélioration » témoigne bien de la volonté de privilégier l'utilisateur en général et de participer à son bien-être (là aussi dans son aspect général).

La grille de critères met ainsi en évidence la traduction spatiale des grands partis pris de la conception de l'hôpital en faveur de ses utilisateurs.

SYNTHÈSE ETAPE 1 :

- Mise en place d'une grille de critères de conception .
- Critères de conception qui sont des **critères de conception à vocation de bien-être**.

CRITÈRES DE CONCEPTION (GRANDS PRINCIPES) À VOCATION DE BIEN-ÊTRE	REFERENCE	TRADUCTION SPATIALE	USAGERS CONCERNÉS
OPTIMISATION DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE	Plan directeur: « Une diminution du nombre de sites va permettre une meilleure gestion de l'activité médicale » p6	- Regroupement en pôle	Pour les soignants
ACCUEIL DES PATIENTS ET DES FAMILLES	Plan directeur : « L'accueil constitue un des principes forts du plan directeur » p32 « L'architecture permettra aussi un repérage aisé, et un accès simple jusqu'aux postes d'accueil et d'orientation » p32 « vaste hall d'accueil qui devra faire l'objet d'un traitement architectural privilégiant la facilité de circulation, l'efficacité, l'esthétique » p33 « Interface entre la ville et l'hôpital, la réception centrale sera complétée par: une cafétéria, une boutique, un bureau de poste, un terminal de banque » p33	- Zone d'attente au niveau des consultations (rez-de-chaussée) - Hall d'accueil pour renseignements - Signalétique, - Places de parking - Circulations facilitées - Esthétique - Cafétéria, boutique, bureau de poste, terminal de banque	Pour les patients et leurs familles
AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS	Plan directeur: « En matière de salles de réunion, les principes arrêtés lors des réflexions menées avec la communauté médicale sont les suivants: une salle par service, une salle par groupement... » p39	- Une salle de réunion par service	Pour les soignants

Tableau 5 : Grille de critères de conception à vocation de bien-être.

FONCTIONNALITÉ	Plan directeur: « Linge sale dans le container fermé → local linge sale → sas → local central » p41 « Chaque service producteur déposera à une station sale centrale, située au sous sol; l'ensemble de ses déchets » p41	- Containers à linge avec des circuits logistiques - Station sale pour les déchets avec un tri sélectif avec des circuits logistiques	Pour les soignants et les patients (limitation d'odeurs et hygiène)
LIMITATION DES DÉPLACEMENTS	Plan directeur: « Une contrainte forte posée par le CHU est la limitation des déplacements » p49	- Longueur des couloirs - Organisation spatiale des services de soins	Pour les soignants
LUMINOSITÉ	Plan directeur: « une architecture privilégiant la lumière naturelle pour les locaux accueillant les patients, le public et le personnel » p32	- Vitrage, principe du tout verre	Pour les soignants, patients, public
LIAISONS DIRECTES ET AISÉES ENTRE LES BÂTIMENTS	Plan directeur: « La qualité des liaisons participera de façon très importante à la réalisation du projet » p30 « La liaison cancérologie/imagerie devra être étudiée avec attention afin de favoriser une circulation rapide et facile » p92	- Passerelles aériennes et souterraines - Liaison cancérologie-imagerie, cancérologie-pharmacie facile et rapide	Pour les soignants (personnel paramédical)
SOLIDITÉ DES MATÉRIAUX	Plan directeur: p165	- Matériaux adaptés	Pour les patients et soignants
FACILITÉ TECHNIQUE D'ENTRETIEN ET DE MAINTENANCE	Plan directeur: p165	- Matériaux adaptés et organisation spatiale adaptée	Pour les soignants (personnel paramédical et technique)
ÉVOLUTIVITÉ DES ESPACES	Plan directeur: p165	- Structure en poteaux poutres, pas de murs porteurs	Pour les patients et soignants
ENTRETIEN DES MATÉRIAUX	Plan directeur: p165	- Matériaux facile à entretenir	Pour les soignants (personnel paramédical et technique)

Tableau 5: Grille de critères de conception à vocation de bien-être. SUITE...

SÉPARATION DES FLUX	Plan directeur: « 5 catégories de flux ont été distingués: les usagers, le personnel, les visiteurs, les personnes décédées, les services logistiques », p33 « les activités médicales seront réparties en 4 zones superposées » p29 « Le projet architectural devra prendre en compte les exigences des unités de soins en matière de circulation de patients (largeur de couleur permettant le croisement des lits)... » p33 « Les équipes disposeront d'un vestiaire par niveau ou par groupe-ment » p43	- Conception en nappes: Consulta- tion, hôpital de jour au rez-de- chaussée, zone opératoire au 1ER étage, unités d'hospitalisation dans les étages - Accès spécifique pour chaque flux	Pour l'ensemble des usagers: Soignants, patients et autres
		- Largeur des couloirs pour les croi- sements de deux lits	Pour les soignants
		- Vestiaires pour chaque niveau avec blocs sanitaires	Pour les soignants
		- Locaux pour les personnes décé- dées (accueil famille, salle d'autop- sies, salle de conservation des corps et circuit autonome)	Pour les familles
AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PA- TIENTS	Plan directeur: « Chaque unité disposera d'une of- fice alimentaire d'une surface de 18m ² pour les offices situées à l'é- tage » p39 « Les chambres comprendront un cabinet de toilette avec lavabo(s) et WC suspendus » p49	- Chambre à un lit avec un cabinet de toilette, lavabos et WC suspen- dus et possibilité d'accès avec des chaises roulantes - Office alimentaire de 18m ² pour chaque unité avec évacuation des déchets alimentaires	Pour les soignants et les patients
FACILITÉ D'ACCÈS POUR LES PA- TIENTS ET LEURS PROCHES	Plan directeur: « Les ambulances amenant les pa- tients trouveront, à côté de l'entrée principale une aire de stationne- ment leur permettant de stationner quelques minutes » p33	- Parking d'ambulances proche de l'accès	Pour les patients ambulatoires

Tableau 5 : Grille de critères de conception à vocation de bien-être. FIN

ÉTAPE 2 : ANALYSE DES CRITÈRES DE CONCEPTION APPARUS LORS DES ENTRETIENS

Lors des entretiens, des détails plus approfondis avec des applications concrètes au niveau spatial ont été soulignés. Bien entendu, ce sont les discours des acteurs de première catégorie (p.34) qui sont intéressants ici puisque ce sont les acteurs qui ont directement participé à la conception du pôle de cancérologie Kaplan. Par rapport à l'énoncé de ces critères, il faut prendre un certain recul. Non pas que les informations données soient totalement fausses mais elles ont peut-être été enjolivées par des acteurs qui ont tout de même vendu et mis en valeur leur projet depuis déjà une dizaine d'années. Une grille de critère a pu être rédigée sous la même forme que la grille de critères précédente qui était issue des documents de planification (voir p.45 à 46).

Si l'on compare les deux grilles de critères, on s'aperçoit que les discours sont imprégnés des grands principes définis dans les documents de conception. De façon générale, on retrouve les mêmes critères de conception à vocation de bien-être. D'autres critères apparaissent dans les discours, comme l'hygiène, l'absence de nuisances, le respect des croyances, la sécurité. Cependant, ces critères sont le plus souvent inclus dans d'autres critères plus englobant (prise en charge du patient, conditions de travail,...). Ainsi, la première grille de critères (p.41 à 43) est suffisante pour résumer l'ensemble des critères de conception à vocation de bien-être.

SYNTHÈSE ÉTAPE 2 :

- Similitude des critères de conception à vocation de bien-être issus des documents de planification dans la conception du pôle hospitalier et des critères de conception à vocation de bien-être issus des discours des acteurs clés de la conception.
- Première grille de critères de l'étape 2 sera prise en compte pour le reste de l'étude.

CRITÈRES DE CONCEPTION À VOCATION DE BIEN-ÊTRE	REFERENCE	TRADUCTION SPATIALE	USAGER CONCERNÉ ET OBJECTIF DE LA REPRÉSENTATION SPATIALE
ACCUEIL DU PATIENT ET DE LA FAMILLE: <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions de prise en charge des patients - Facilité d'accès pour les patients et leurs proches - Autonomie du patient - Confort, réconfort 	<p>M. Faugerolas: « Nous les principes, il y avait l'accueil des patients, les conditions de travail et l'organisation médicale »</p> <p>Melle Robin: « accès directs sans mélange de flux, pour une rapidité de prise en charge »</p> <p>« Ce que l'on voulait privilégié aussi dans l'ergonomie c'était l'autonomie du patient »</p> <p>« Il y a un petit appartement pour les familles avec un salon qui leur permet à un certain moment d'aller se reposer »</p> <p>« Fonction d'accueil, d'orientation, de réconfort. »</p> <p>M. Dordilly: « Dans les bâtiments que l'on a construit on a privilégié le malade.(...) Il y a la vision de se mettre à la</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relevage automatique des rideaux par un bouton - 100% de chambres seules avec cabinet de toilette complètement équipé - Deux studios pour les familles - Hall d'entrée avec accueil individualisé et centralisé - Relais H (dans l'hôpital mais pas dans le bâtiment Kaplan - Signalétique 	<p>Pour les patients</p>
RESPECT DES CONDITIONS DE TRAVAIL: <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions de travail des personnels - Limitation des déplacements - Entretien des matériaux - Facilité technique d'entretien et de maintenance - Solidité des matériaux - Ergonomie 	<p>M. Faugerolas: « Nous les principes, il y avait l'accueil des patients, les conditions de travail et l'organisation médicale »</p> <p>« l'un des objectifs c'était de limiter les déplacements au sein d'une unité »</p> <p>« les revêtements de sol devaient être facilement nettoyables »</p> <p>Melle Robin: « répondre au principe d'ergonomie des professionnels »</p> <p>« matériaux facilement nettoyables et décontaminables donc pour favoriser d'une part l'ergonomie des soignants »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du service en vue de limiter les déplacements, longueurs de couloirs - Sols thermoplastiques avec des relevés en plaintes 	<p>Pour les soignants</p>
ORGANISATION MÉDICALE, FONCTIONNALITÉ	<p>M. Faugerolas: « Nous les principes, il y avait l'accueil des patients, les conditions de travail et l'organisation médicale »</p> <p>« On dit aux architectes vous serez jugés sur le respect des fonctionnalités, sur le respect des normes d'urbanisme, sur le respect des conditions de travail, etc. ... »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conception en nappes 	<p>Pour les soignants</p>
LUMINOSITÉ	<p>M. Faugerolas: « toutes les pièces où travaille le personnel devront bénéficier de la lumière naturelle »</p> <p>Melle Robin: « Donc on a privilégié la lumière directe tant pour les patients que pour les soignants »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de vitrages 	<p>Pour tous les usagers</p>

Tableau 6 : Grille de critères de conception à vocation de bien-être issue du discours des acteurs clés interrogés

EVOLUTIVITÉ DES ESPACES	M. Faugerolas: « Donc un des partis forts c'est son évolutivité avec l'absence de murs porteurs et ce qu'on appelle cette trame poteaux poutres (...) cette conception en nappe »	- Absence de murs porteurs, structure en poteaux poutres, conception en nappes.	Pour tous les usagers
LIAISONS DIRECTES ET AISÉES ENTRE LES BÂTIMENTS	Melle Robin: « une architecture en nappe, des bâtiments de petites hauteurs et des circulation horizontales et transversales » « accès directs sans mélange de flux, pour une rapidité de prise en charge »	- Passerelles et flux.	Pour tous les usagers
SÉPARATION DES FLUX	Melle Robin: « Ce que nous souhaitons aussi, ce sont des principes organisationnels: séparer les flux, avoir des flux matériels, des flux humains »	- Conception en nappe: zone ambulatoire au rez-de-chaussée, blocs opératoire au premier et hospitalisations complètes dans les étages.	Pour tous les usagers
HYGIÈNE	Melle Robin: « matériaux facilement nettoyables et décontaminables donc pour favoriser d'une part l'ergonomie des soignants mais par ailleurs aussi, euh, le principe d'hygiène hospitalière pour prévenir les infections nosocomiales. » « pour favoriser l'hygiène individuelle et séparer ce qui est de l'ordre du soin de l'hygiène individuelle » « On a séparé toutes les pièces du propre et du sale »	- Matériaux facilement nettoyables - Laves main automatiques avec cellules électroniques	Pour les patients
ABSENCE D'ODEURS, DE BRUITS, DE NUISANCES	Melle Robin: « Ah oui pis y a un principe que je ne vous ai pas énoncé qui était celui du silence » « Ça ne sent pas l'hôpital comme avant »	- Isolation phonique	Pour tous les usagers
RESPECTS DES CROYANCES	Melle Robin: « C'est comment prendre en compte la personne dans ses vœux les plus chers au-delà de la vie et sa famille pour respecter rites et croyances. »	- Accès facilité à la chapelle - Espace mortuaire	Pour le patient et la famille
NORMES DE SÉCURITÉ ET DE QUALITÉ	Melle Robin: « Qu'est-ce qu'il était souhaitable, en termes de technologie, en termes de circulations, en termes de prise en charge et par rapport à ce qui était souhaitable ainsi que les fondements architecturaux d'évolution par rapport aux infections nosocomiales, par rapport aux circulations, aux hébergements, aux techniques »	- Fauteuils non inflammables (et donc en matière dure dans les lieux de passage)	Pour tous les usagers

Tableau 6 : Grille de critères de conception à vocation de bien-être issue du discours des acteurs clés interrogés

ÉTAPE 3 : DÉFINITION DE LA NOTION DE BIEN-ÊTRE ET DE LA NOTION D'ESPACE DE BIEN-ÊTRE LORS DES ENTRETIENS

La troisième partie des entretiens portée sur les notions de bien-être et d'espace de bien-être. La nécessité d'avoir une définition de ces notions par les acteurs clés de la conception (première catégorie d'acteurs, p.36) s'explique en premier lieu par la difficulté à définir ces notions dans l'espace hospitalier. Il s'agit aussi d'appréhender le contenu de ces notions auprès des autres catégories d'acteurs clés (p.36) de l'hôpital afin d'avoir une vision transversale des deux notions. L'analyse des réponses des interviewés va permettre de visualiser leur définition du bien-être au sein d'un pôle hospitalier.

Il a donc été recueilli les définitions données par les acteurs lorsqu'ils avaient pu répondre. Les discours faisant référence au bien-être et la notion d'espace de bien-être ont été récapitulés dans un tableau visible dans l'annexe IV. Les termes les plus souvent cités ont été listés (voir tableau 7 et 8, p.48 et p.50).

Tout d'abord, si l'on se réfère aux termes faisant référence au bien-être, on s'aperçoit que les termes compris dans l'aspect immatériel de la notion de bien-être sont majoritaires par rapport à l'aspect matériel. Cette première indication ne peut pas aboutir à une conclusion définitive concernant le bien-être en milieu hospitalier. En effet, même si les termes immatériels sont majoritaires, le tableau ne fait référence qu'à une agglomération de tous les termes apparus dans les définitions des acteurs interrogés en amont. On ne fait donc pas référence à un ordre d'importance au niveau de leur apparition ni à la fréquence à laquelle ils sont apparus dans les discours. Cependant, cela donne une première indication en ce qui concerne les différents aspects que peut prendre la notion de bien-être pour des acteurs côtoyant l'espace hospitalier.

De façon générale, quatre points importants ressortent:

-1- Tout d'abord, la question de la définition est apparue très difficile ou même une notion englobant beaucoup de composantes pour tous les interviewés, y compris pour les acteurs de la conception:

« C'est compliqué moi je ne sais pas répondre à une réponse comme ça. »; « Je ne sais pas trop répondre à votre question je suis embêté je n'ai pas trouvé à y répondre ».

M. Faugerolas

« C'est vaste le bien-être ».

Mme Pourrain

« Alors c'est vrai que ça va toucher beaucoup de choses ».

Mme Perrier

-2- Ensuite, la difficulté de la définition est expliquée par le fait que le bien-être peut être différent d'un individu à l'autre et tient de l'individu lui-même. On retrouve ici une des observations déjà formulée dans l'étude du bien-être dans la première partie de l'étude :

« C'est lié d'abord à l'état de la personne. Ça tient de l'individu, de sa formation, de son parcours, de sa culture. »

M. Faugerolas

« Je dirais que la conception du bien-être, je pense qu'elle doit être très différente d'une personne à une autre, que ce que certains peuvent mettre sous le terme de bien-être, je ne suis pas persuadée que l'interprétation d'une autre personne soit la même. »

Mme Pourrain

BIEN-ÊTRE

ASPECT IMMATÉRIEL

Pour les patients et leurs familles	Pour les soignants	En commun pour tous les usagers, de façon générale
<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas être seul, - La possibilité d'accueillir des amis, de la famille, - Intimité, - Respecter rites et croyances, - Avoir un environnement confortable, un environnement pas seulement matériel mais aussi avec des relations humaines, - Avoir un personnel qui soit dans une logique d'empathie aussi et de professionnalisme, - L'humanisation de l'hôpital, - La prise en compte de l'individu (ne pas être une personne anonyme), - La capacité de se prendre en charge seul, - La prise en compte des avis personnel, - L'accès à l'information, - Le soutien affectif, - La possibilité d'avoir des loisirs, des activités, - La prise en compte de la douleur, - Garder des liens avec l'extérieur, - Avoir une vie privée possible, - Confidentialité, - Avoir un bien-être psychologique, corporel, - Avoir confiance, - Avoir une paix intérieure, - Discrétion du personnel, - L'absence de stress. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir un environnement qui permet au mieux d'exercer sa profession, - Etre à l'écoute, - C'est lié à l'encadrement (hiérarchie), - Etablir la communication, - Lier au travail d'équipe, - Respecter l'autre, - Avoir de bonnes conditions de travail, - Pouvoir faire son travail du mieux possible, avoir le temps de s'occuper du patient, de discuter avec lui. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est du ressenti, - Lié d'abord à l'état de la personne, - C'est la relation aux autres, - Ça tient de l'individu, de sa formation, de son parcours, de sa culture, - Cela varie avec les âges, en fonction de son milieu social, du culturel, de la façon dont on se sent dans le milieu, - C'est l'humain, - Le respect de l'autre, - Dépend de la situation dans laquelle on est, - C'est très subjectif, - C'est que l'hôpital soit à caractère humain, - C'est l'attention à l'autre, le respect de l'autre, la tolérance vis-à-vis de l'autre.

ASPECT MATÉRIEL (PERMIS PAR L'ARCHITECTURE ET L'AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE HOSPITALIER)

Pour les patients et leurs familles	Pour les soignants	En commun pour tous les usagers
<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le respect de l'intimité, - Favoriser les soins de qualité, - Favoriser des conditions de sécurité, - Favoriser la qualité des locaux, - Favoriser un environnement confortable, - Favoriser des lieux accueillants, - Avoir une pièce pour les familles, - Avoir des espaces d'accueil, - Favoriser le confort. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir un environnement qui permet au mieux d'exercer sa profession, - Avoir des locaux décents avec des matériels, - Avoir des locaux fonctionnels, - Avoir de la place pour préparer les soins, mais de la place aussi pour se réunir, - Avoir une salle de détente pour le personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'architecture a un rôle matériel qui peut aider à favoriser le bien-être.

Tableau 7 : Termes employés pour définir la notion de bien-être lors des entretiens préliminaires.

-3- La troisième grande tendance dans les réponses a été de faire référence à l'humain et au respect de l'individu. Ces réponses sont apparues dans un grand nombre d'interview. Le bien-être dans l'espace hospitalier apparaît être lié à l'humain :

*« C'est l'humain c'est comment il est pris en compte dans sa dimension générale. »
« Donc ça veut dire jusqu'où on respecte l'autre ».*

Melle Robin

*« C'est être humain et ne pas faire à l'autre ce qu'on ne voudrait pas qu'on nous fasse ».
« Je crois que c'est aussi du respect vis-à-vis de l'autre ».*

Mme Pourrain

« Je dirais que ouais, l'humain ».

Mme Perrier

-4- La relation entre le bien-être et l'espace est aussi souvent observée. On s'aperçoit que cette relation est plus ou moins positive. Par exemple Melle Robin affirme que le bien-être ne dépend pas de l'architecture. Mais dans la majorité des cas, l'aménagement de l'espace semble favoriser l'exercice de l'activité médicale pour une meilleure prise en charge du patient:

« Franchement je pense que l'architecture a un rôle à jouer ».

M. Faugerolas

« C'est au-delà de l'architecture ».

Melle Robin

« Le bien-être pour les soignants, c'est avoir un environnement qui permet au mieux d'exercer sa profession ».

M. Lamy

« C'est se sentir bien dans un lieu accueillant en prenant aussi conscience des contraintes que l'on a en regard des pathologies ».

Mme Pourrain

« C'est que le matériel bon, faut qu'il y ait le confort quand même ».

Mme Perrier

En ce qui concerne, les définitions de la notion d'espaces de bien-être, un tableau avec les termes majoritaires a été réalisé (Tableau 8, p48). Trois points sont à souligner:

-1- Tout d'abord, les définitions font beaucoup plus référence à l'espace hospitalier étudié. Ainsi, on retrouve des lieux du service d'hématologie du pôle Henry.S Kaplan et de l'hôpital comme le relais H, les bancs, les pièces d'accueil pour les familles:

« On avait rien du tout dans cet établissement, c'est pour ça qu'on a mis des pièces d'accueil pour les familles, un relais H pour qu'ils puissent venir même en famille ».

Melle robin

« Ça peut amener un petit peu de bien-être, je ne sais pas la machine à café, l'espace détente la haut. On a changé un peu la configuration de la pièce du bas pour que se soit plus cocon ».

« On s'est fait acheter des bancs pour que les gens puissent aller dehors. »

Mme Pourrain

« Et donc on est dans la même enveloppe mais je pense que le bien-être ça dépend de la gravité du patient, son état ».

M. Dordilly

ESPACE DE BIEN-ÊTRE		
Pour les patients et leurs familles	Pour les soignants	En commun pour tous les usagers, de façon générale
<ul style="list-style-type: none"> - C'est « qu'est-ce que l'on a mis à mon service pour que quand je rentre, je trouve facilement l'unité, que ce soit facilité dans ma démarche, que je puisse y accéder physiquement facilement, que ma famille puisse se garer assez facilement. » - Pièces d'accueil pour les familles, - Le relais H, - Des lieux accueillants, - Les bancs, - Des petits lieux où les gens peuvent se mettre un petit peu à l'écart, ou profiter un peu de l'extérieur, - La machine à café, l'espace détente la haut, - Des petites attentions, des couleurs vives, des tableaux, des jolies choses à regarder, des gens qui sont souriants, - Des salles de relaxation, - Visite des socio esthéticiennes, - Apports différents du le soin technique, - Visite de l'art thérapeute, - Des endroits plus intimes. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la capacité des gens à avoir de l'empathie, - La zone de détente que le soignant peut avoir pour se ressourcer, - Un accès direct à l'unité, l'organisation du service, sa couleur, son ergonomie, le lieu où on peut se réunir facilement, le lieu où on peut décompresser, la petite salle de détente, mais aussi le matériel que j'utilise. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le lien avec les autres, - Un lieu qui soit un peu protégé, qui soit un peu un lieu de calme, de sérénité, - Un lieu qui n'est fait que d'humains, d'humanité, - C'est aussi la capacité de l'hôpital à être avant tout un lieu d'humanité, - C'est où on se sent bien.
Vocabulaire caractérisant l'hôpital		
<ul style="list-style-type: none"> - « L'hôpital c'est un lieu à part » - « C'est un peu impersonnel l'hôpital ». 		

Tableau 8 : termes employés pour définir la notion d'espace de bien-être lors des entretiens préliminaires.

La remarque de M. Dordilly est intéressante, il signale que l'enveloppe c'est à dire les nouveaux bâtiments de l'hôpital sont tous conçus de la même façon. Son discours sous-entend que l'espace hospitalier a été fait de la même façon partout. Dans ce cas, on peut se demander s'il remet en cause le terme d'espace de bien-être dans cet hôpital, puisqu'il base ensuite la définition du bien-être sur l'état de l'individu.

-2- La notion d'espace de bien-être est aussi imagée par des pratiques, des comportements. Le lien entre l'espace et la pratique de l'espace est ici mis en évidence pour le bien-être des usagers:

« Un espace de bien-être c'est où on se sent bien ».

« Aujourd'hui, c'est quand j'arrive devant cet établissement qui va me recevoir : qu'est-ce que l'on a mis à mon service pour que quand je rentre, je trouve facilement l'unité, que ce soit facilité dans ma démarche, que je puisse y accéder physiquement facilement, que ma famille puisse se garer assez facilement. Pour les soignants : un accès direct à l'unité, l'organisation du service, sa couleur, son ergonomie, le lieu où on peut se réunir facilement, le lieu où on peut décompresser, la petite salle de détente, mais aussi le matériel que j'utilise. » Melle Robin

« *Qu'on s'efforce de faire des lieux un petit peu plus accueillants où les gens peuvent se réunir, »*
Mme Pourrain

-3- En dernier point on retrouve le lien à l'humain. Le terme « humain » ou ses dérivés sont cités plusieurs fois mais la présence de personnes comme les socio esthéticiennes ou les arts thérapeutes peuvent transformer l'espace en espace de bien-être. Là aussi les pratiques au sein du lieu peuvent changer sa signification:

« *C'est un lieu qui n'est fait que d'humains, d'humanité. La participation au bien-être c'est aussi la capacité de l'hôpital à être avant tout un lieu d'humanité. »*

M. Faugerolas

« *Dans le cas où la personne ne peut pas se déplacer, ça pourrait être un personne qui vienne hein, faire un peu de détente ou, ça pourrait être proposé. Alors ce qui se fait aussi, normalement en oncologie, il y en avait qui venaient, c'est les socio esthéticiennes. »*

Mme Perrier

Le tableau 8 (p48) met aussi en avant deux citations caractérisant l'espace hospitalier:

« *L'hôpital c'est un lieu à part »*

M. Faugerolas

« *C'est un peu impersonnel l'hôpital. »*

M. Pourrain

Ces deux citations contrastent avec les définitions de la notion de l'espace de bien-être. On peut alors se demander si l'espace hospitalier peut réellement être un espace de bien-être.

La définition des deux termes « bien-être » et « espace de bien-être » donne un avant goût de l'aspect de ces notions dans l'espace hospitalier.

Si l'on analyse les définitions faites de ces deux notions, on s'aperçoit tout d'abord que le bien-être est difficile à appréhender par les acteurs. Cependant les aspects à la fois matériels et immatériels ont été donnés. Dans les esprits, le bien-être varie suivant l'individu mais tient aussi de l'humain. La relation à l'espace est mise en cause par rapport aux aspects matériels du bien-être pour un meilleur fonctionnement du service médicale.

La notion d'espace de bien-être est, elle, plus imagée. Dans un premier temps, elle est illustrée par des lieux de l'espace hospitalier de l'hôpital Bretonneau. On observe ainsi des constantes matérielles nécessaires au bien-être comme la présence d'une pièce pour les familles par exemple. Dans un second temps, la notion est reliée aux pratiques individuelles. Le fait de se sentir bien dans un lieu dépend alors de ce que l'on y fait ou alors des personnes qui y sont présentes (socio esthéticiennes....).

Ainsi, le bien-être dans l'espace hospitalier dépend plus de **l'état de l'individu et de l'organisation des lieux** alors qu'un espace est souvent qualifié d'espace de bien-être par rapport aux **pratiques** qui y sont faites. L'espace de bien-être, c'est le lieu où l'on se sent bien mais les conditions matérielles sont difficilement identifiables ou alors s'appuient sur des exemples concrets déjà existants. De plus, l'espace hospitalier apparaît être un espace « *à part* » et « *impersonnel* ». Dans ce cas, peut-il abriter des espaces de bien-être à proprement dit?

Cette étude révèle donc deux interrogations :

- On peut se demander s'il l'on peut vraiment parler « d'espace de bien-être » de façon générale?
- Par extension et dans l'optique de cette étude sur l'espace hospitalier, les critères de conception à vocation de bien-être lors d'un projet de construction de pôle hospitalier ont-ils une finalité spatiale évidente? En d'autres termes: le bien-être peut-il réellement être spatialisé grâce aux critères à vocation de

SYNTHÈSE ETAPE 3 :

- Difficulté de la définition du bien-être. Le bien-être dépend de valeurs intrinsèques de l'individu, de l'humain et de conditions matériels nécessaires pour se sentir bien dans la maladie et dans son travail.
- Définition d'espace de bien-être: illustrée par des exemples concrets, notion liée aux pratiques individuelles dans l'espace.

➔ **Peut-on vraiment parler « d'espace de bien-être »? Le bien-être peut-il réellement être spatialisé grâce aux critères à vocation de bien-être émis lors de la conception?**

ÉTAPE 4 : LA QUESTION DE LA CONCERTATION DES USAGERS POUR LA CONCEPTION, DES RETOMBÉES DÉJÀ NÉGATIVES DES CRITÈRES DE CONCEPTION À VOCATION DE BIEN-ÊTRE?

Dans tout projet d'aménagement, il est nécessaire, et même primordial d'avoir une démarche auprès des utilisateurs du futur bâtiment ou espace conçu. L'intérêt de cette quatrième étape tient à savoir si les usagers de l'espace hospitalier ont été concertés pour le projet de restructuration de l'hôpital. On cherche donc ici à savoir si à la fois les soignants mais aussi les patients et leurs familles ont pu apporter leur contribution pour satisfaire le plus grand nombre.

Le tableau 9, p.53, récapitule les discours des personnes clés interviewées lors des entretiens en ce qui concerne la concertation auprès des usagers. On a ainsi pu reconstituer les étapes de la conception des nouveaux bâtiments. Tout d'abord, des groupes de travail ont été organisés afin de définir le cahier des charges. Ce cahier des charges prend la forme de plan directeur et ensuite de programme technique détaillé détenant les grands principes de construction. Lors de cette phase, l'usager ne donne pas directement son avis sur la restructuration. Ce sont les besoins qui sont essentiellement recensés. On note que les usagers en question font partie de l'équipe médicale et paramédicale seulement (il n'est pas question ici des patients). Le cahier des charges ainsi formulé est à la base du concours d'architecte. L'architecte est choisi. C'est alors seulement à partir de là que l'usager peut donner son avis et apporter des modifications au projet:

« Pendant le concours, il n'y a pas de rencontre avec les utilisateurs et l'architecte, c'est interdit. Mais une fois que l'architecte est choisi, on a organisé plein de réunions sur la cancérologie, l'unité stérile. Où là les soignants disaient: 'là ça va pas, le sens de la porte, le sas, ensuite les systèmes de pression, ensuite les types de sols qu'on définit, etc...' »

M. Faugerolas

Il faut savoir que le projet proposé par l'architecte gagnant n'est souvent qu'une esquisse. On apprend que les groupes de travail étaient composés de soignants, de techniciens, et de logisticiens. Les patients n'ont donc pas participé à cette phase d'adaptation du projet:

*« On n'avait pas que des soignants, on avait des soignants, des techniciens, des logisticiens, voilà. »
« Non, il n'y avait pas d'anciens patients parce que c'était difficile à organiser parce qu'il y avait des réunions parfois très techniques, il n'y avait pas de patients ».*

M. Faugerolas

Mme Pourrain affirme que les discussions ont été nombreuses avec les soignants:

« Les plans sont présentés, on valide les plans, on fait des modifications. C'est un travail qui est fait de concert. Ce n'est pas quelque chose qui nous est imposé, c'est clair que c'est un travail qui est fait de façon conjointe entre les différents acteurs ».

« Il y a vraiment un travail de concertation ».

Mme Pourrain

ACTEURS CLÉS INTERROGÉS	CONCERTATION AUPRÈS DES USAGERS?
M. FAUGEROLAS	<p>- « Dans toutes ces phases, cette démarche en entonnoir, c'est ensuite que l'on a réorganisé des groupes de travail pour définir, pour reprendre, alors là, pendant le concours, il n'y a pas de rencontre avec les utilisateurs et l'architecte, c'est interdit. Mais une fois que l'architecte est choisi, on a organisé plein de réunions sur la cancérologie, l'unité stérile. Où là les soignants disaient: 'là ça va pas, le sens de la porte, le sas, ensuite les systèmes de pression, ensuite les types de sols qu'on définit, etc...' »</p> <p>- A.S: « Par rapport aux groupes de travail vous aviez essentiellement des soignants? »</p> <p>- F : « On n'avait pas que des soignants, on avait des soignants, des techniciens, des logisticiens, voilà ».</p> <p>- A.S: « Mais est-ce que vous aviez un nombre d'anciens patients? »</p> <p>- F: « Non, il n'y avait pas d'anciens patients parce que c'était difficile à organiser parce qu'il y avait des réunions parfois très techniques, il n'y avait pas de patients. En revanche ça a été présenté au conseil d'administration où il y a des représentants des usagers, voilà. Ça a été soumis à l'avis du conseil d'administration ».</p>
MME RÉTORET	Tentatives d'approche auprès des patients et pour la participation des patients (questionnaire de sortie).
M. LAMY	Prise en compte des demandes des soignants (pour le cahier des charges dans le choix du matériel) mais pas des patients (à par le questionnaire de sortie)
M. COUTEAU	Indication sur le mode de représentation des usagers des hôpitaux . Leur représentation émane d' associations en priorité. Ce n'est que par ce biais qu'il s'exprime sur des travaux, des évolutions matérielles, techniques de l'hôpital.
MME POURRAIN	<p>- « Alors, oui puisque chaque patient normalement qui rentre doit avoir un livret d'accueil. Dans ce livret d'accueil il y a un questionnaire de satisfaction que chaque patient peut renvoyer et puis ça c'est analyser au niveau de la qualité ».</p> <p>- « Je n'étais pas là sur ce pôle là mais j'étais quand même sur d'autre restructurations en l'occurrence sur B1. Quand il y a un projet comme ça avec la conception de nouveaux bâtiments tout le monde est partie prenante. C'est-à-dire qu'il y a les architectes, tout ça mais au niveau du service que ça soit médical ou que ça soit paramédical et ou l'encadrement, les plans sont présentés, on valide les plans, on fait des modifications. C'est un travail qui est fait de concert. C'est pas quelque chose qui nous est imposé, voilà c'est ça et vous emménagez dedans, c'est un travail où il y a beaucoup de discussions par rapport à l'aménagement, par rapport aux réglementations. C'est clair que c'est un travail qui est fait de façon conjointe entre les différents acteurs ».</p> <p>- « C'est quand même une participation active aussi bien médicale que paramédicale, de tous les acteurs. »</p> <p>- « Il y a vraiment un travail de concertation ».</p>
MME PERRIER	- « Moi, je sais pour avoir participé à des projets, il y a ce qu'on a envie et puis il y a ce qui est possible. Donc même s'il y a concertation, on ne trouve pas toujours un terrain d'entente. Il y a des obligations qui font que ce que l'on a envie de mettre en place, c'est pas possible. »
MME PASTEAU	<p>- « Il y a eu de nombreuses informations avec M. Blanchard au sujet de l'emplacement qui allait nous être réservé. »</p> <p>- « Patrick Couteaux essaie de mettre en place des réunions, justement de réunir des usagers pour la construction de l'hôpital. J'ai lu qui cherché des représentants d'usagers pour faire parti du groupement construction donc en tous cas il peut vous en parler. »</p>
M. PAPIN	- « Non, non pas en tant que membre du CHSCT . On a vu les plans oui, mais c'est les personnels qui ont été conviés. Il y a eu des réunions d'information par rapport au personnel médical, paramédical. C'est eux qui ont vu les différentes choses. On en a connaissance après, une fois que c'est établi après on peut apporter, dire nos critiques mais on n'est pas sollicité nous pour la construction. »

Tableau 9 : Discours des acteurs clés interrogés faisant référence à la concertation auprès des usagers durant les entretiens préliminaires.

On remarque aussi que M. Blanchard, le représentant de la ligue contre le cancer a été inclus dans le projet afin de déterminer la place des locaux pour l'association :

« Il y a eu de nombreuses informations avec M. Blanchard au sujet de l'emplacement qui aller nous être réservé ».

Mme Pasteau

Mais en réalité, les patients ou représentants de patients et de soignants (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) sont reliés au projet à la fin, lorsque les plans sont déterminés :

« En revanche ça a été présenté au conseil d'administration⁹ où il y a des représentants des usagers, voilà. Ça été soumis à l'avis du conseil d'administration ».

M. Faugerolas

Au niveau de la représentation des usagers, on note que la représentation émane principalement d'associations d'usagers comprenant parfois d'anciens patients. C'est ce qu'explique Patrick Couteau lors d'une interview téléphonique. De même, M. Papin représentant du CHSCT déclare avoir vu les plans dans leur aspect définitif :

« On en a connaissance après, une fois que c'est établi après on peut apporter, dire nos critiques mais on n'est pas sollicité nous pour la construction ».

M. Papin

Plus en aval de la conception des nouveaux bâtiments, la satisfaction des patients pris en charge à l'hôpital Bretonneau, est mesurée par des questionnaires de satisfaction présents dans le livret d'accueil qui doit être présenté à chaque patient lors de son entrée dans l'établissement. Il ne s'agit plus alors de concertation pour la mise en place d'un projet mais plutôt d'une évaluation. On peut donc dire que l'utilisateur en tant que patient ne peut s'exprimer seulement après réalisation du projet et « utilisation » des locaux :

« Alors, oui puisque chaque patient normalement qui rentre doit avoir un livret d'accueil. Dans ce livret d'accueil il y a un questionnaire de satisfaction que chaque patient peut renvoyer et puis ça c'est analyser au niveau de la qualité ».

Mme Pourrain

Plusieurs remarques ont été émises quant à l'utilité de la concertation sur un tel projet de restructuration de pôle hospitalier. Comme dans tous projets, il y a ce que l'on désirerait et ce qui est possible techniquement et financièrement :

« Moi, je sais pour avoir participé à des projets, il y a ce qu'on a envie et puis il y a ce qui est possible. Donc même s'il y a concertation, on ne trouve pas toujours un terrain d'entente. Il y a des obligations qui font que ce que l'on a envie de mettre en place, c'est pas possible ».

Mme Perrier

⁹ Le conseil d'administration comprend trois catégories de membres : des représentants des collectivités territoriales (12 membres), des représentants du corps médical et des personnels hospitaliers (12 membres), des personnes qualifiées et des représentants des usagers (6 membres). Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, ainsi que sa politique d'évaluation et de contrôle. Il délibère sur l'organisation des pôles d'activités et des structures internes. Il se prononce sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses. Il arrête également la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. (www.Hopital.fr)

Pour résumer sur la concertation, au niveau du projet de restructuration de l'espace hospitalier, on remarque que les besoins ont été mesurés au niveau des équipes médicales et paramédicales. Par la suite ces équipes ont été consultées après avoir choisi le projet de l'architecte, pour modifications. Les représentants des usagers en tant que patients ont connaissance du projet définitif à la fin mais n'ont pas réellement un droit de regard sur les plans eux-mêmes. Ils ne sont donc pas consultés mais ont plutôt un rôle d'évaluation une fois le bâtiment conçu.

D'une certaine façon, on peut se demander si les espaces conçus participent réellement au bien-être de tous les usagers (soignants, patients et leurs proches), si on considère que la concertation auprès des patients n'a pas été réalisée. Étant donné que l'espace hospitalier est conçu à partir de critères de conception à vocation de bien-être comme indiqué dans les pages précédentes, et si l'on suppose que les espaces conçus sont des espaces de bien-être, on peut s'interroger : **Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus?**

Rapidement, un premier bilan a été établi par les acteurs interrogés sur la construction du nouveau bâtiment de cancérologie Henry.S Kaplan. Tout est récapitulé dans le tableau suivant:

POINTS NÉGATIFS	POINTS POSITIFS
<p>- « <i>On a pris des principes et on s'aperçoit aujourd'hui que peut être on a été un peu dans l'excès du verre, du tout verre, ça c'est clair. Ça nécessite des régulations thermiques, des systèmes réfrigérés partout. La deuxième chose, je vous ai parlé de ça, oui, le système de stores intégrés, oui, génial, vraiment génial au niveau de l'entretien mais le problème c'est que c'est très fragile donc ça casse beaucoup</i> »</p> <p>- « <i>On vit aujourd'hui les affres de nos choix aussi comme quoi tout n'est pas positif.</i> »</p> <p>« <i>Un accueil centralisé, une signalétique, bon elle est brouillon.</i> »</p> <p>Melle Robin</p> <p>- « <i>Les gens se plaignent de parkings mais pour moi c'est pas très important. Là vous voyez, on nous reproche d'avoir fait des espaces verts au milieu.</i> »</p> <p>- « <i>Mais c'est vrai, bon il y a des retombées avec des inconvénients. C'est énormément vitré donc ils vous diront qu'en été on a trop chaud.</i> »</p> <p>M. Dordilly</p> <p>- « <i>Ils sont dans un 5 étoiles, un 5 étoiles un peu petit mais un 5 étoiles quand même. Un peu petit par rapport à la capacité d'accueil.</i> »</p> <p>Mme Pourrain</p> <p>- « <i>Je trouve qu'il y a des halls immenses, qui n'ont pas lieu d'être. Et par contre il manque des espaces dans chaque service.</i> »</p> <p>Mme Perrier</p>	<p>- « <i>C'est une architecture qui respecte les principes d'accueil des patients, des conditions de travail et puis de l'organisation médicale.</i> »</p> <p>- « <i>C'est un bâtiment qui est tourné vers le jardin botanique de façon à avoir le plus d'ouvertures possibles, des chambres vers un endroit plus agréable que s'il était tourné vers la fac. Il y a une logique, une architecture intelligente.</i> »</p> <p>M. Faugerolas</p> <p>- « <i>C'est vrai qu'il y a eu quand même des progrès. On a l'impression de rentrer dans un hôtel Ibis.</i> »</p> <p>M. Dordilly</p> <p>- « <i>Ils sont dans un 5 étoiles, un 5 étoiles un peu petit mais un 5 étoiles quand même.</i> »</p> <p>- « <i>Et puis c'est vrai qu'ils ont quand même fait un effort de décoration, de couleur, fin je dirais que c'est à taille humaine. On ne se sent pas forcément rentrer dans un hôpital. Le hall avec les peintures que les peintres nous laissent en exposition, c'est quand même quelque chose de sympathique.</i> »</p> <p>Mme Pourrain</p> <p>- « <i>C'est sûr que c'est quand même plus sympathique de travailler dans des locaux qui sont récents.</i> »</p> <p>- « <i>Il y a le confort des locaux qui sont neufs et plus adaptés.</i> »</p> <p>M. Papin</p>

Tableau 10 : Premier bilan de la conception par les acteurs clés interrogés durant les entretiens préliminaires.

D'une façon générale, on s'aperçoit que les points négatifs sont liés à l'excès du verre dans le nouveau bâtiment qui est source de déséquilibres thermiques. Le deuxième point négatif relate un défaut technique : celui des stores intégrés. La signalétique et le manque de parkings est aussi pointé du doigt ainsi que le manque de place par rapport à la capacité d'accueil.

Le bilan reste positif par rapport aux grands principes émis dans le cahier des charges : principe d'accueil des patients, du respect des conditions de travail et de l'organisation médicale. La référence à l'hôtel est faite par deux fois. L'architecture, les couleurs, les locaux neufs sont appréciés, surtout dans le cadre du lieu de travail.

SYNTHÈSE ETAPE 4 :

- Concertation au niveau des soignants pour la conception du projet. Peu ou voir inexistence de concertation au niveau des patients.
- Premier bilan de la conception du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan : quelques aspects négatifs soulignés.

➔ **Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus?**

Le travail réalisé sur l'observation participante et les entretiens exploratoires est à la base de la formulation de la problématique de cette recherche.

II. Problématique

L'observation participante et les entretiens exploratoires ont permis une totale immersion dans le cas d'étude qui est ici le pôle de cancérologie Henry.S Kaplan de l'hôpital Bretonneau à Tours. Le thème de la recherche : « Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle hospitalier en cancérologie » et l'ensemble de nos interrogations basées sur les entretiens exploratoires permettent de formuler la problématique de recherche.

En répertoriant l'ensemble des critères de conception à vocation de bien-être, les questions de la réalisation et du résultat définitif de la construction se posent. En effet, les grands principes émis et les critères de conception à vocation de bien-être ont été matérialisés créant ainsi l'espace hospitalier. Cependant ces critères ont-ils réellement été effectifs? En effet, leur finalité étaient de construire à priori, des espaces de bien-être.

En d'autres termes, la question qu'il est intéressant de se poser dès à présent est de savoir si ces espaces créés sont réellement des espaces de bien-être pour les usagers qui côtoient, utilisent l'espace hospitalier. Ce qui a amené à formuler les questions suivantes :

« Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus? Peut-on parler d'espaces de bien-être? Peut-on réellement spatialiser le bien-être grâce aux critères à vocation de bien-être émis lors de la conception ? ».

La vérification empirique prendra en compte l'ensemble des critères de conception à vocation de bien-être pour les mettre à l'épreuve puisque ces derniers ont participé à l'édification de l'espace hospitalier.

III. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel est nécessaire pour toute recherche. Il permet d'encadrer et d'expliciter les notions sous-jacentes à la problématique de recherche. La première partie de la recherche a déjà tenté d'expliquer certains termes comme le bien-être. Cependant, on s'est aperçu que plusieurs notions attenantes devaient y être associées. Cette observation s'est encore plus affirmée avec l'énoncé du cas d'étude et de la problématique : « Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ? Peut-on parler d'espace de bien-être ? Peut-on spatialiser le bien-être ? ». En limitant le cas d'étude à l'espace hospitalier et à certains usagers de cet espace, le champ conceptuel doit être adapté.

Si l'on résume l'état actuel de la recherche on peut s'appuyer sur le schéma suivant :

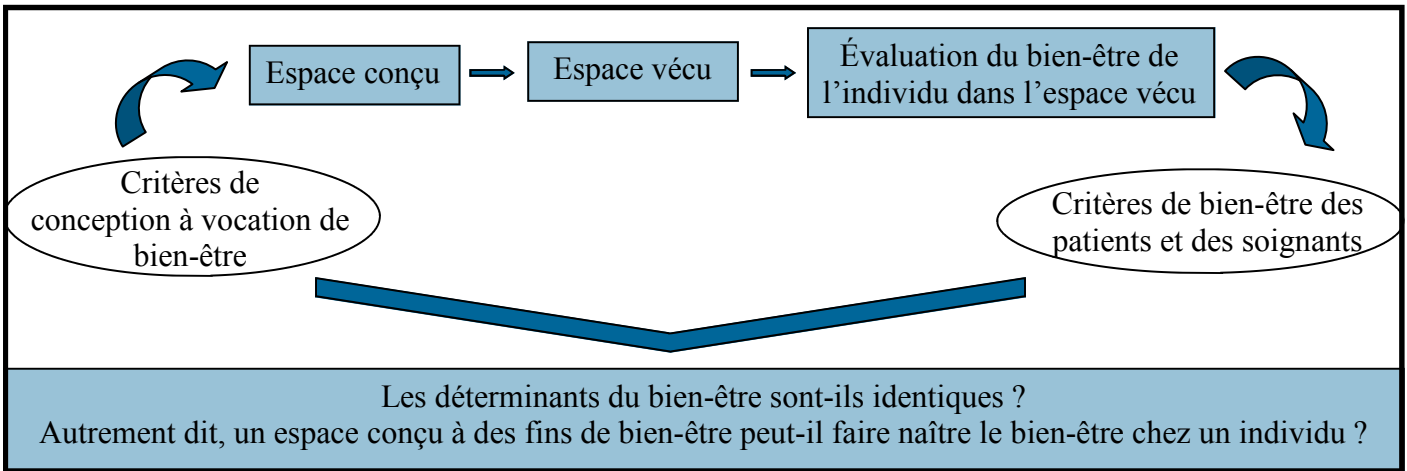


Figure 10 : Schématisation de la problématique.

La construction de ce schéma fait appel à des concepts évidents. Afin de répondre à la problématique, il est important de le traduire en utilisant des concepts qui vont nous permettre de mieux analyser les attributs de la recherche et par la suite d'émettre des hypothèses. Si l'on traduit le schéma ci-dessus on peut obtenir :

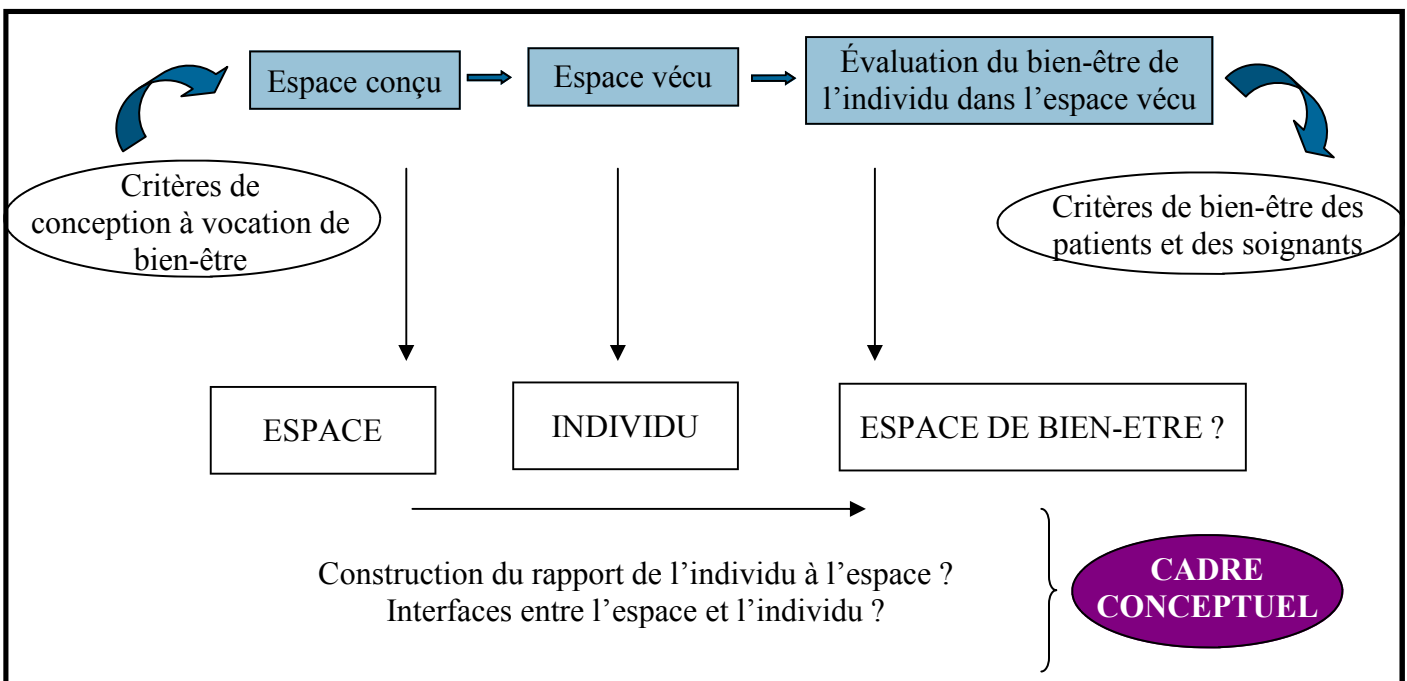


Figure 11 : Schématisation de la problématique et cadre conceptuel

Le cadre conceptuel va donc ici s'appuyer sur la construction du rapport de l'individu à l'espace. Le processus d'évaluation du bien-être dans un espace donné et dans une situation donnée doit être analysé. En ce sens, l'apport de nombreuses recherches sur la construction du rapport de l'individu à l'espace va permettre d'approfondir différents concepts. « Un concept est donc un point de repère dans une pensée au sens d'une analyse, une étude, une présentation d'un domaine. Il s'agit alors de délimiter ce domaine et l'explication qu'on entend en donner et d'exposer à l'aide des traits saillants et caractéristiques nécessaires, à savoir, les concepts, qu'ils soient abstraits ou non, nouveaux ou non, compliqués ou non (SYLVAND, 2005).

De façon générale, trois aspects conceptuels vont être développés. Il s'agit des concepts sous-jacents de la notion d'espace vécu (ici l'espace hospitalier), les concepts qui ont attirés aux comportements des malades et enfin les concepts qui visent les pratiques et les comportements dans l'espace de travail.

IV.1 Les concepts issus de la notion d'espace hospitalier vécu : la construction de la sensation et du sentiment de bien-être

Jusqu'à maintenant cette recherche a étudié l'espace conçu. Afin de faire un parallèle, la notion d'espace hospitalier vécu doit être abordée. La notion d'espace vécu en générale a fait l'objet de nombreuses recherches préalables, notamment par rapport à l'étude du rapport affectif au lieu ou bien à l'appropriation des lieux. C'est pour cela qu'il sera mentionné les concepts sous-jacents à celui d'espace vécu sans pour autant en faire une réflexion poussée mais orientée dans le sens de cette recherche.

Frémont (1976), a écrit que : « *les travaux sur « l'espace vécu » participent il est vrai, à une vaste interrogation sur les « objets » habituels de la géographie. Dans l'étude des répartitions, les rapports des hommes aux lieux, cependant fondamentaux, n'ont jamais vraiment étudiés en tant que tels* ». Depuis 1976, des améliorations ont été apportées. Mais il s'agit bien dans cette étude d'étudier le **rapport de l'homme aux lieux**. Ainsi Metton (1976) définit l'espace vécu comme : « *une unité relationnelle entre un individu à un moment de son histoire et un espace choisi ou subi mais toujours modelé et qualifié en fonction de cet instant de l'individu* ».

L'espace vécu inclut ici l'espace perçu. En ce qui nous concerne, il s'agit de comprendre comment le bien-être se construit par rapport à l'espace hospitalier. Par extension, il est important de se pencher sur la construction de cette sensation par rapport à l'espace.

En s'appuyant sur les travaux de Nathalie Audas (2007) et Solène Poleau (2008), on réussit à comprendre la naissance d'une sensation comme le bien-être. Ce sont alors **les concepts de perception, de sensation, de représentation qui sont alors nécessaires**.

- **Le concept de sensation de bien-être et de sentiment de bien-être :**

« *Les sensations sont la traduction des informations reçues de l'extérieur (forme, odeur, bruit, contact) et captées par nos organes sensoriels* » (AUDAS, 2007). Cependant, Merleau-Ponty (1976) prend le parti de dire que les sensations ne dépendent pas uniquement de stimuli de l'espace environnant. Il dit premièrement que la sensation est « *la manière dont je suis affecté et l'épreuve d'un état de moi-même* » mais ne s'en tient pas là. Ce dernier y intègre une dimension subjective dans la naissance d'une sensation. C'est ce qu'il appellera la phénoménologie de la perception.

Dans cette recherche, le sens phénoménologique sera pris en compte puisque la notion de bien-être est une notion subjective qui fait à la fois appel à des aspects matériels et immatériels. Le bien-être par rapport à un espace peut donc être considéré comme une sensation. Une sensation de bien-être peut naître lors de l'interaction d'un individu et de l'espace hospitalier.

Si l'on considère la notion de sentiment, celle-ci fait appel à un état affectif complexe, ce qui n'est pas forcément le cas pour la sensation. On peut supposer que par le biais d'une émotion naisse un sentiment

de bien-être. On considère qu'une **émotion** est une réaction affective de très grande ampleur provoquée par un stimulus de l'espace environnant.

Le bien-être peut donc être à la fois une sensation est un sentiment selon la perception et la représentation de l'espace hospitalier dans notre cas.

- **Le concept de perception :**

La construction de la sensation de bien-être nécessite la perception du milieu dans lequel l'individu se trouve. D'une certaine façon, la perception est une étape qui permet de la provoquer.

Bailly (1987) insiste sur le fait que le bien-être apparaît d'une façon bien particulière : « *Cet état d'âme, n'existe pourtant que par le filtre de notre perception du milieu de vie. C'est à travers notre relation au monde, par le biais des **processus cognitifs**, que nous forgeons des opinions, des jugements, des aspirations. Ainsi sommes nous obligés d'intégrer à l'étude du bien-être l'aspect subjectif de la personne, la manière dont elle considère le monde* ».

En d'autres termes, il indique que l'apparition de la sensation de bien-être se fait par la perception du milieu. La perception s'effectue par des processus cognitifs (enchaînement d'opérations mentales dont la première phase s'effectue par l'intermédiaire des sens) qui permettent de traiter l'information venant de l'extérieur. Il peut ensuite s'en suivre une sensation ou une émotion dans le cas nous concernant.

Évidemment si l'on s'en tient au sens phénoménologique, le sujet percevant n'est pas un spectateur passif de formes objectives. Il possède certaines valeurs intrinsèques déterminantes dans sa perception individuelle.

En ce qui concerne la construction du sentiment de bien-être, celle-ci diffère un peu de la construction de la sensation de bien-être. Polleau (2008) affirme que les sentiments sont le reflet d'un état affectif qui ne peut être possible par une représentation de l'esprit.

- **Le concept de représentation :**

La représentation découle naturellement de la perception. Perceptions, sensations et émotions, entre autre, sont à la base de notre représentation du monde (POLLEAU, 2008). En passant par l'interprétation de nos sensations et émotions, ces dernières sont ensuite représentées mentalement. Il y a donc construction d'une image mentale représentant alors l'espace hospitalier. C'est de cette image que peut se construire le sentiment de bien-être (AUDAS, 2007). Le caractère subjectif en est d'autant plus important.

L'ensemble de ces mécanismes engendrent ainsi des attitudes, des comportements et des pratiques particulières au sein de l'espace hospitalier.

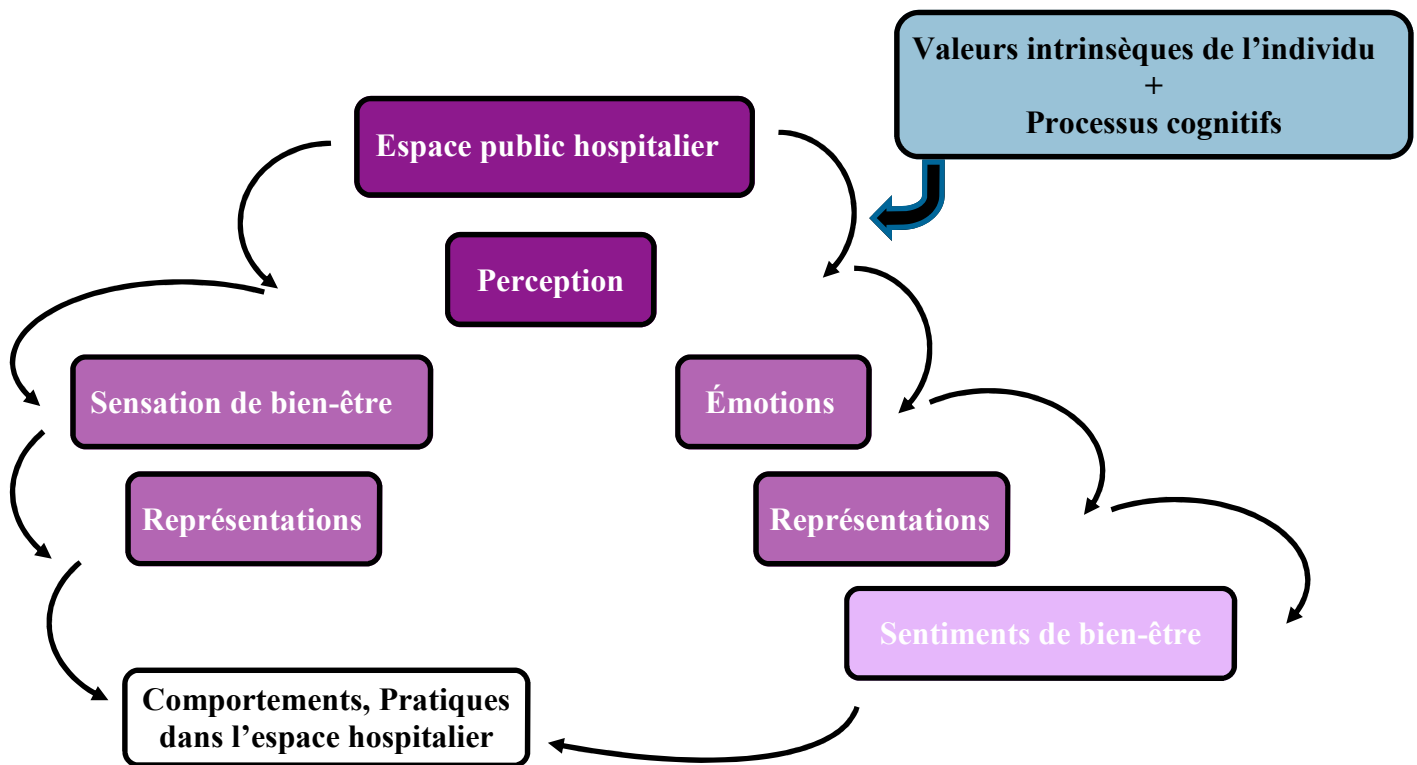


Figure 12 : Construction de la sensation de bien-être et du sentiment de bien-être.

Ainsi, l'espace public hospitalier est vécu et perçu par le biais de l'ensemble de ces concepts communs à l'ensemble des usagers que ce soit patients ou soignants. La construction des sensations et sentiments de bien-être peuvent par la suite influencer les pratiques au sein de cet espace.

IV.2 Les concepts issus des pratiques des patients dans l'espace hospitalier

Pour les patients la construction de la sensation ou sentiment de bien-être peut être influencée par d'autres concepts.

Pour les patients qui séjournent plus longuement dans l'espace hospitalier, l'hôpital est un nouvel espace de vie. Cependant, ces patients ont une psychologie particulière du point de vue de leur maladie ce qui peut influencer aussi leurs représentations du milieu environnant et leurs comportements. Les systèmes de représentations sont alors particuliers. Ainsi les pratiques dans l'espace hospitalier mais aussi l'appropriation des lieux par le malade lui-même deviennent des concepts à clarifier.

• **Système de représentations du malade et relations avec son environnement hospitalier : pratiques et comportements**

Selon Karsenty (1974), il existe des constantes dans les attitudes des malades hospitalisés mais aussi dans les représentations liées au corps. Ces constantes peuvent s'expliquer notamment par rapport au milieu socio-culturel d'origine. Karsenty emploie le terme de « conduite de maladie » pour expliquer les pratiques et comportements des malades.

Il met en évidence deux domaines de représentations : l'image du corps malade et les représentations liées à l'hospitalisation : « *L'hospitalisation est un nouvel état (...) caractérisé par la coupure d'avec le cadre de vie et l'enfermement dans un lieu spécialisé* » (KARSENTY, 1974). L'hôpital, c'est aussi l'espace de la maladie. Dans un certain sens, le malade est coupé du monde, il est dépossédé de l'organisation

de son temps, de son espace et par conséquent, dans une certaine mesure, de son propre schéma d'interprétation. Toujours selon Karsenty, le langage médical est imprégné par le malade, ce qui rend difficile le système de représentation autonome. On peut donc s'interroger sur la façon dont les malades perçoivent les choses et les représentent.

Lors de ses études sur les malades, Karsenty (1974) observe une homogénéité dans les comportements : passivité et soumission du malade par rapport à l'emprise de l'organisation hospitalière. On observe une rupture de l'activité sociale quotidienne, du mode de vie. Ainsi, une typologie de conduite de maladie peut être établie : les deux modèles, le modèle d'intégration et celui de rupture s'opposent :

- Pour certains malades, la rupture avec la vie quotidienne est assumée. L'espace hospitalier devient un espace où on le prend totalement charge. C'est un lieu idéal où l'on s'occupe de lui. Le malade ne manque de rien, tisse des liens avec le personnel, a confiance. C'est le modèle d'intégration.

- Le modèle de rupture est identifié chez les malades qui vivent négativement la coupure avec le quotidien. Ce dernier peut avoir un sentiment de rejet ou d'exclusion. Ce type de malade a un vécu négatif de l'espace hospitalier.

Cette typologie de malades révèle des comportements et des pratiques de l'espace hospitalier spécifiques aux personnes hospitalisées et malades en dissociant deux types potentiels de « conduite de maladie » (rupture ou intégration). Cette typologie est intéressante et renseigne sur les modifications du système de représentations des malades qui ont alors une autre approche, voir une autre interprétation face à la maladie. Cependant, cette typologie est à relativiser étant donné la date de publication de l'ouvrage d'où elle est issue. Les indications données seront tout de même importantes lors de la vérification empirique de terrain et pour comprendre la construction de la sensation ou sentiment de bien-être chez le patient.

En relation avec les pratiques au sein de l'espace hospitalier, le concept d'appropriation des lieux doit être développé. Ce dernier peut modifier l'appréhension du bien-être dans l'espace si l'on considère que l'individu adapte cet espace à ses envies et se l'approprie.

- **Le concept d'appropriation de l'espace par le patient**

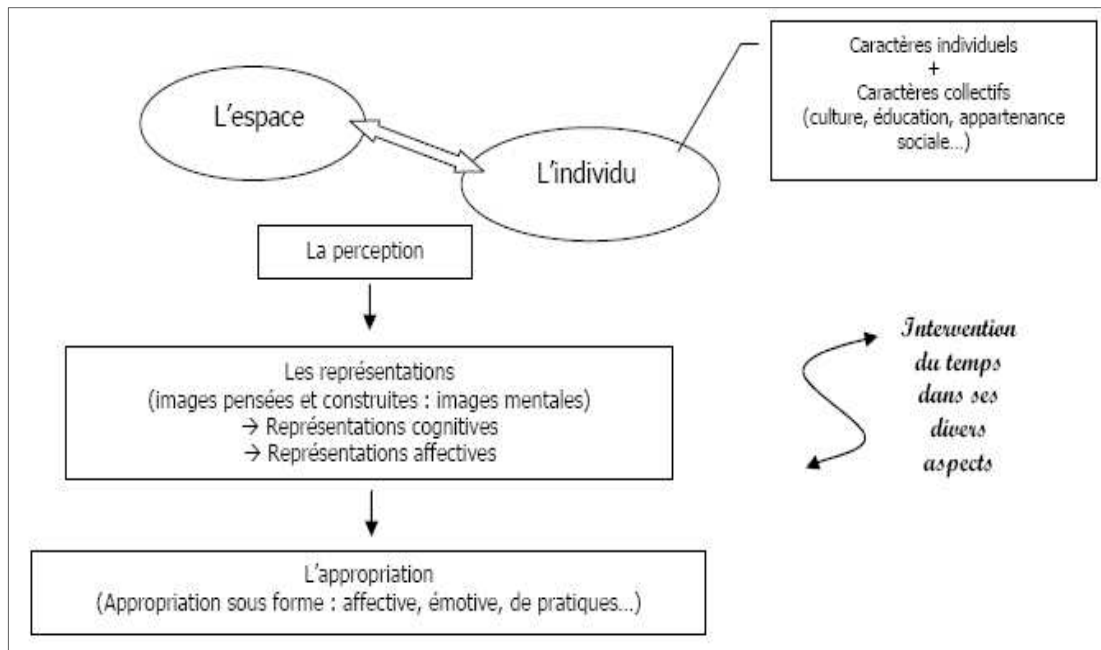


Figure 13 : Processus simplifié d'appropriation de l'espace. Costes, 2008

La notion d'appropriation de l'espace est définie par MERLIN et CHOAY en ces termes : « *L'expression « appropriation de l'espace » désigne les conduites qui assurent aux humains un maniement affectif et symbolique de leur environnement spatial. Couramment employée par les anthropologues, psychologues, sociologues et urbanistes, elle recouvre une notion complexe, encore mal élucidée et dont le contenu diffère d'un auteur à l'autre.* »

Costes (2008) illustre ce concept par le schéma ci-dessus.

Ce schéma résume les concepts précédemment cités et situe le mécanisme d'appropriation. Dans le cas de l'espace hospitalier, on pourrait facilement imaginer des modifications de l'espace par la personne hospitalisée pour son bien-être personnel. Ces modifications seraient à l'origine d'un nouveau mécanisme mental qui modifierait les résultats du système de représentation de l'espace pour en faire sien et se sentir mieux. Ce concept fait bien-sûr référence au domaine affectif de l'utilisateur avec une personnalisation de l'espace.

De plus, Costes (2007) approfondit la notion d'appropriation en démontrant qu'il existe des conditions d'appropriabilité d'un espace, « *c'est-à-dire des éléments dans l'espace conçu qui permettent des formes d'appropriation presque communes au sein de plusieurs individus* ». Cette information est d'autant plus intéressante qu'il permet de faire une supposition : un espace de bien-être au sein de l'espace public hospitalier pourrait naître par l'appropriation de ses usagers. Cette supposition restera à vérifier.

Les concepts développés dans cette partie font référence à une seule partie des usagers étudiés : les patients de l'espace hospitalier. Les concepts concernant les soignants vont maintenant être développés.

IV.3. Les concepts issus de la notion d'espace vécu au travail : les pratiques de l'espace de travail

Les soignants sont des usagers qui vivent l'espace hospitalier mais des conditions particulières : des conditions de travail. L'espace reste vécu et perçu sous le même mécanisme décrit en IV.1. mais tout comme les patients l'espace est considéré dans une optique différente.

- **Système de représentations du soignant dans l'espace de travail : organisation du système hospitalier, pratiques sociales et comportements**

Ici le soignant est placé dans la problématique de la vie au travail. L'espace de travail exprime non seulement les structures de l'organisation mais aussi les tensions, ou les dominances entre une conception fonctionnelle et des pratiques de travail (FISHER, 1983). Par conséquent, l'espace a une signification symbolique. On peut citer par exemple, les espaces symbolisant une valeur hiérarchique élevée (bureau du cadre, place du médecin,...) ou alors les espaces de travail à proprement dit liés à l'exercice de la profession (espace de soin, pharmacie, salle des transmissions,...). En particulier, dans l'organisation du système hospitalier les valeurs symboliques de l'espace peuvent interagir sur les systèmes de représentations des soignants. Des images négatives ou positives peuvent en ressortir et avoir des influences sur les pratiques professionnelles.

En plus de la valeur symbolique de l'espace hospitalier, l'espace de travail est un espace social où le personnel échange, peut se retrouver durant les moments de pauses.

L'espace hospitalier est donc un espace connoté qui influence le système de représentation et par conséquent les pratiques et les comportements des soignants dans le sens où chacun possède une situation hiérarchique bien définie dans la plupart des cas.

- **Concept d'appropriation de l'espace par le soignants**

On peut ajouter que le concept d'appropriation de l'espace de travail s'applique aussi aux soignants. Fisher (1983) affirme que : « *Les espaces de travail sont des lieux de vie et d'appropriation.* ». Il ajoute que dans les services hospitaliers : « *on s'approprie l'espace plutôt en tant que groupe qu'en tant qu'individu : chaque groupe à son territoire bien défini* ». Chaque service est une sorte de territoire que l'on défend. Ici l'appropriation est liée à l'activité professionnelle. On ne nie cependant pas l'appropriation individuelle qui s'opère aussi mais dans des proportions plus limitées.

L'ensemble des concepts énoncés vont permettre d'énoncer les hypothèses de recherche en réponse à la problématique formulée.

IV. Hypothèses

L'ensemble des concepts développés précédemment permet de formuler des hypothèses par rapport à la problématique de départ qu'il faut citer ici à nouveau :

« Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ? Peut-on parler d'espaces de bien-être ? Peut-on réellement spatialiser le bien-être grâce aux critères à vocation de bien-être émis lors de la conception ? ».

En regard de l'étude préalable lors des entretiens préliminaires et de l'étude conceptuelle, on peut émettre deux hypothèses en réponse à la problématique :

- Tout d'abord, on peut supposer que **les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers** qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.

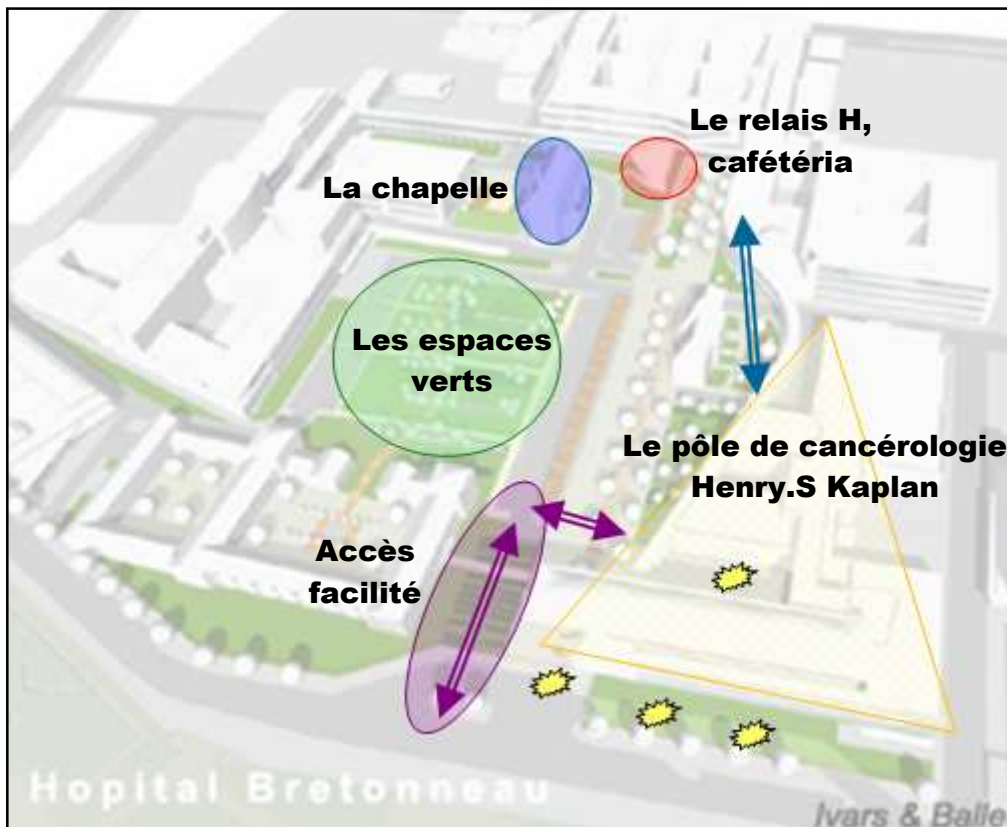
- Deuxièmement, on peut supposer que le **bien-être ne peut que difficilement être spatialisé** ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.

Ces deux hypothèses sont basées sur une différence d'approche entre la conception d'un projet de pôle hospitalier et son utilisation. D'une part, nous nous intéressons aux critères de conception de l'espace hospitalier qui, rappelons le, font aussi face à des obligations budgétaires, sécuritaires. D'autre part, nous nous concentrons sur les usagers de cet espace qui vivent les lieux. L'espace ainsi conçu va être vécu. Nous supposons que cette différence de positionnement « conçu/vécu » a un impact sur la façon dont les critères de bien-être sont mobilisés. De plus, les systèmes de représentations des concepteurs et des usagers paraissent différer par rapport à un élément de taille : les usagers et leurs pratiques spécifiques de l'espace hospitalier.




La conséquence de ces hypothèses devrait s'appliquer de façon explicite lors de la vérification empirique : les critères de conception à vocation de bien-être et les critères de bien-être des usagers de l'espace hospitalier devraient se révéler être différents.

En plus, des deux hypothèses soulevées et afin de visualiser les espaces de bien-être à priori conçus, deux cartographies de ces hypothétiques espaces de bien-être vont être réalisées: l'une pour les espaces extérieurs aux approches du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan et l'autre pour représenter le cas d'étude : le service d'hématologie du pôle Henry.S Kaplan. Ces dernières seront donc un point de référence pour la vérification empirique à savoir : les espaces de bien-être vécus correspondent-ils à cette cartographie?

Traduction spatiale des critères de conception à vocation de bien-être : espaces de bien être conçus aux approches du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour l'ensemble des usagers



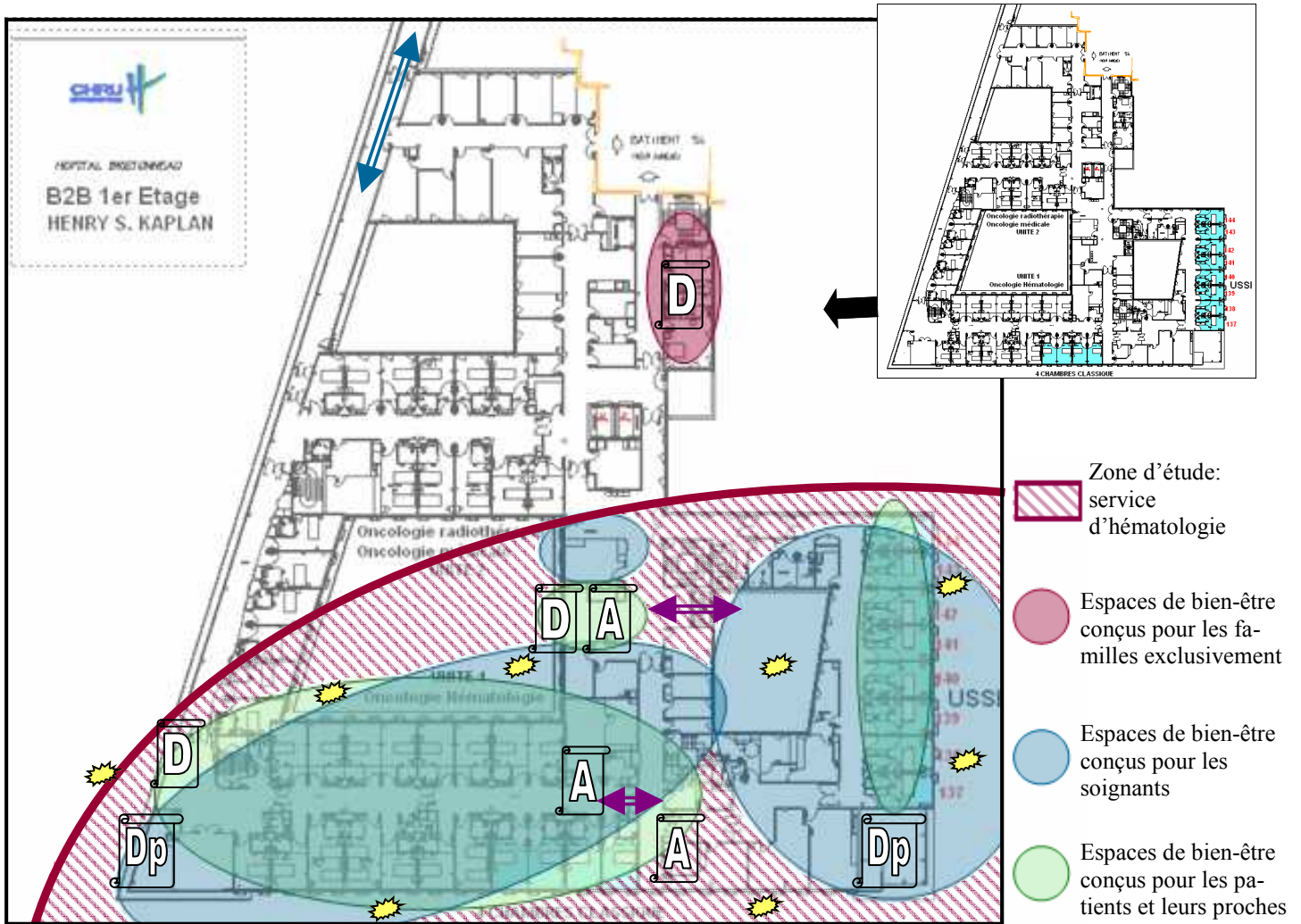
LEGENDE

CRITÈRES GÉNÉRAUX	CRITÈRES EN FAVEUR DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES	CRITÈRES EN FAVEUR DES SOIGNANTS
Fonctionnalité	Accueil des patients et des familles	Optimisation de l'activité médicale
Luminosité 	Amélioration des conditions de prise en charge des patients	Amélioration des conditions de travail des personnels
Liaisons directes et aisées entre les bâtiments 	Facilité d'accès pour les patients et leurs proches 	Limitation des déplacements
Solidité des matériaux		Facilité technique d'entretien et de maintenance
Séparation des flux		
Évolutivité des espaces		
Entretien des matériaux		

Les espaces entourés de vert, bleu, rouge et violet représentent des espaces de bien-être conçus si l'on se réfère aux critères de conception

Figure 14 : Cartographie des espaces de bien être conçus aux approches du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour l'ensemble des usagers : point de référence pour la vérification empirique.

Traduction spatiale des critères de conception à vocation de bien-être : espaces de bien être conçus dans le service d'hématologie du pôle Henry.S Kaplan pour l'ensemble des usagers



LEGENDE		
CRITÈRES GÉNÉRAUX	CRITÈRES EN FAVEUR DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES	CRITÈRES EN FAVEUR DES SOIGNANTS
Fonctionnalité	Accueil des patients et des familles Espace accueil Espace détente	Optimisation de l'activité médicale Espace détente du personnel
Luminosité	Amélioration des conditions de prise en charge des patients	Amélioration des conditions de travail des personnels
Liaisons directes et aisées entre les bâtiments	Facilité d'accès pour les patients et leurs proches	Limitation des déplacements
Solidité des matériaux		Facilité technique d'entretien et de maintenance
Séparation des flux		
Évolutivité des espaces		
Entretien des matériaux		

L'ensemble de ces critères doit participer à la création d'espace de bien-être

Figure 15 : Cartographie des espaces de bien être conçus dans le service d'hématologie du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour l'ensemble des usagers : point de référence pour la vérification empirique.

SYNTHÈSE DE LA PARTIE 2 :

• PROBLÈMATIQUE DE RECHERCHE :

« Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ?
Peut-on parler d'espaces de bien-être ? Peut-on réellement spatialiser le bien-être grâce aux critères à vocation de bien-être émis lors de la conception ? »

• HYPOTHÈSES DE RECHERCHE :

- 1 - Les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.
- 2 - Le bien-être ne peut que difficilement être spatialisé ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.



Les espaces de bien-être vécus correspondent-ils aux espaces de bien-être conçus représentés sur ces deux cartes ?



THÈME GÉNÉRAL :

Aménagement de l'espace public hospitalier et bien-être des usagers



THÈME DÉFINITIF DE LA RECHERCHE :

Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle public hospitalier en cancérologie



QUESTIONNEMENTS



OBSERVATIONS PARTICIPANTES ET ENTRETIENS EXPLORATOIRES



GRILLE DE CRITÈRES DE CONCEPTION À VOCATION DE BIEN-ÊTRE



PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE :

**Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ?
Peut-on parler d'espaces de bien-être ? Peut-on réellement spatialiser le bien-être grâce aux critères à vocation de bien-être émis lors de la conception ?**



CADRE CONCEPTUEL



HYPOTHÈSES :

- 1 - Les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.
- 2 - Le bien-être ne peut que difficilement être spatialisé ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.



VÉRIFICATION EMPIRIQUE DES HYPOTHÈSES (PARTIE 3)

[PARTIE 3]

VÉRIFICATION EMPIRIQUE : CHOIX MÉTHODOLOGIQUES ET ANALYSE DES MATÉRIAUX DE RE- CHERCHE

La problématique et l'hypothèse de recherche ayant été posées dans la partie précédente, cette partie a pour objectif de présenter, de décrire le choix méthodologique de recherche dans un premier lieu et dans un second lieu d'analyser les données récoltées.

Le choix méthodologique va décrire les outils et les démarches pour mener la recherche. Une adaptation du matériel de recherche à la situation est nécessaire dans le cas présent.

L'analyse des données s'appuiera essentiellement sur une étude graphique avec une mise en parallèle des données concernant les trois types d'utilisateurs : les patients, leurs familles et les soignants.

Les conclusions quant aux hypothèses émises seront ensuite exposées.

PARTIE 3 : VÉRIFICATION EMPIRIQUE : CHOIX MÉTHODOLOGIQUES ET ANALYSE DES MATÉRIAUX DE RECHERCHE

I. Méthode de vérification empirique : des questionnaires...

I.1. Le choix de la méthode

Pour vérifier nos hypothèses, il est nécessaire d'adopter une méthode d'étude de terrain adaptée et précise.

- **Ce que l'on cherche à savoir**

Pour commencer une étude de terrain il est nécessaire de cibler réellement ce que l'on cherche à démontrer avant de savoir comment on va le faire. Dans notre cas, on cherche à vérifier deux hypothèses :

- **1 - Les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.**

- **2 - Le bien-être ne peut que difficilement être spatialisé ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.**

Par rapport à ces deux hypothèses, on peut mettre en évidence cinq lignes de force à prendre en compte pour la construction de l'outil qui sera utilisé pour la vérification empirique. Ces lignes de forces représentent tout simplement les informations que l'on va tenter de capter lors de l'enquête de terrain. Chaque ligne de force a été réfléchi et énoncée dans le but de vérifier les deux hypothèses formulées. Ainsi, les cinq lignes de force sont détaillées ci-dessous. Les hypothèses correspondantes à chacune d'entre elles ont été précisées :

- Ligne de force 1 : On cherche à savoir comment les soignants et les patients définissent le bien-être (en référence à l'hypothèse 1),
- Ligne de force 2 : On cherche à avoir des éléments de comparaison avec la première grille de critères de conception à vocation de bien-être (en référence à l'hypothèse 1),
- Ligne de force 3 : On cherche à savoir comment les soignants et les patients définissent un espace de bien-être (en référence aux hypothèses 1 et 2),
- Ligne de force 4 : On cherche à savoir si au sein de l'hôpital pour eux, il existe des espaces de bien-être (en référence aux hypothèses 1 et 2),
- Ligne de force 5 : On cherche à observer dans la maladie ou dans le travail, les rapports à l'espace (en référence à l'hypothèse 2).

Ces cinq lignes de forces vont guider bien sûr la construction de l'outil de recherche. Ce qui est interrogé ici c'est la relation de l'homme à l'espace. En d'autres termes, est-ce que l'espace peut faire naître un bien-être chez l'homme dans un milieu hospitalier. On fait donc appel au ressenti, au perçu, au vécu, à la pratique de cet espace. De façon générale, il ne s'agit pas ici de faire la mesure du concept clé du bien-être dans l'espace hospitalier mais de l'évaluer et de comprendre sa construction par rapport à un espace précis. D'autres diraient que l'on cherche les « **déterminants du bien-être du point de vue du lieu, de l'espace hospitalier** » mais aussi suivant des usagers précis : les patients, leurs familles et les soignants. Ce dernier point est essentiel puisqu'il indique alors que l'individu reste au cœur de cette recherche. Il va falloir aller creuser, dépiécer les ressentis pour atteindre une connaissance.

• Les contraintes

Une fois que l'on a cadré ce que l'on cherche à savoir, il faut maintenant composer avec les contraintes du cas d'étude notamment. La première contrainte est la population à interroger. Il s'agit ici de soignants et de patients entourés de leurs familles. Il va falloir prendre en compte d'une part les horaires et la charge de travail des soignants afin d'étudier le moment précis où l'on récoltera les informations. D'autre part, il va aussi falloir prendre en compte l'état de la personne malade. Par conséquent, l'orientation du choix de l'outil va se faire dans ce sens. Il devra être pratique, court et compréhensible de tous rapidement afin de ne pas opprimer la population interrogée mais de tout de même amasser le plus d'informations possibles.

La seconde contrainte tient à la situation de l'interviewer. Il s'agit de composer avec les difficultés du chercheur lui-même. Ce point peut être à la limite surprenant mais peut être que le fait d'en tenir compte permettra de formuler un outil de recherche adapté pour les chercheurs qui ont des problèmes de santé, de déplacements. En ce qui nous concerne, le comble du chercheur est de ne pouvoir intervenir directement sur les lieux de l'étude ou alors sommairement de peur de « contaminer des patients déjà malades et dont les défenses immunitaires sont affaiblies ».

Il va donc falloir ruser et formuler un outil, s'il existe, qui à la fois prend en compte des contraintes vis-à-vis de la population interrogée mais aussi vis-à-vis du chercheur lui-même.

De plus, comme il a été expliqué lors de la tentative de définition du bien-être, les composantes du bien-être dépendent beaucoup de l'individu, de ses goûts individuels, l'âge, le sexe, l'état psychologique, l'appartenance socio-économique. L'influence de ces variables individuelles sont délicates à limiter.

Les constantes dans la population de soignants seront peu nombreuses à part le fait qu'ils exercent leurs métiers dans un même lieu et qu'une grande part de ces soignants seront des infirmières et des aides soignantes.

En ce qui concerne les patients aucune constante ne peut être observée si l'on ne considère pas le fait qu'ils sont dans la même situation de maladie. Des regroupements seront peut-être possibles. En effet les travaux de FERRY-PIERRET et KARSENTY (1974) montrent qu'il existe deux types de comportements de patients : un modèle d'intégration et un modèle de rupture déjà cités auparavant dans cette étude. Il est donc nécessaire d'observer si ces observations de types comportementaux s'appliquent à notre cas d'étude et s'ils influencent les pratiques dans l'espace hospitalier.

• Le choix de l'outil

Au vu des contraintes citées, il est clair que parmi tous les outils déjà connus (entretiens, questionnaires, cartes mentales, parcours commentés) le plus simple à utiliser pour l'expérimentation serait celui du questionnaire. « *Un questionnaire, par définition, est un instrument rigoureusement standardisé, à la fois dans le texte des questions et dans leur ordre* » (GHIGLION et MATALON, 1991). Cet outil permettrait par ailleurs de vérifier les hypothèses en mettant en relation les variables relatives à l'espace et les variables relatives au bien-être.

En s'appuyant sur d'autres recherches comprenant une étude du subjectif, notamment les travaux de Nathalie AUDAS (2007), on s'aperçoit que le questionnaire n'apparaît pas être l'un des outils les plus révélateurs du subjectif. Ghiglion et Matalon (1991) ajoutent que « *Certaines composantes affectives des situations étudiées sont souvent très difficiles à saisir par un questionnaire, faute d'un vocabulaire adéquat et adapté à tous les cas* ». Cependant cet outil a déjà souvent été utilisé, suivi par la suite d'entretiens pour révéler le subjectif. De plus le questionnaire présente de nombreux atouts dans notre cas :

- il préserve l'anonymat,
- il est facile d'utilisation pour les personnes fragiles,
- de nombreuses données peuvent être récoltées par l'intermédiaire d'une autre personne que le chercheur lui-même.

I.2. Élaboration des questionnaires (Voir annexe VI)

L'élaboration d'un questionnaire est très complexe. Même en ayant détaillé les objectifs finaux de l'outil, rien n'est acquis : « *Contrairement aux différentes formes d'entretiens, la conception et la rédaction d'un questionnaire sont entièrement déterminées par l'exploitation statistique qui en est prévue. La construction du questionnaire et la formulation des questions constituent donc une phase cruciale du déroulement d'une enquête. On ne peut pas laisser certains points dans le vague, en se disant qu'on précisera plus tard, au vue des réponses. Toute erreur, toute maladresse, toute ambiguïté, se répercuteront sur l'ensemble des opérations ultérieures, jusqu'aux conclusions finales* » (GHIGLION et MATALON, 1991).

On comprend donc ici tout l'enjeu de la phase d'élaboration du questionnaire. Elle est cruciale et demande une très grande rigueur.

• La première version des questionnaires

De façon générale, le questionnaire comme outil de vérification empirique « *doit apparaître comme un échange verbal, aussi naturel que possible* » (GHIGLION et MATALON, 1991). Par conséquent, les questions ouvertes et fermées composant cet outil doivent être soigneusement élaborées pour faciliter l'échange avec la personne interviewée. Dans le cas de cette étude, trois catégories d'utilisateurs seront étudiées, par conséquent, trois questionnaires ont été élaborés.

Ce qui amène à s'intéresser à la démarche de construction du questionnaire. Tout d'abord les consignes doivent être claires : « *La standardisation de la consigne et des modes d'intervention de l'enquêteur est nécessaire* » (GHIGLION et MATALON, 1991). Ainsi, chaque questionnaire réalisé débute par l'entête suivante :

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre de mes études en aménagement du territoire, je mène une recherche qui porte sur votre qualité de vie et votre bien-être dans le milieu hospitalier. Cette étude est menée sous la direction du Professeur Colombat. J'ai moi-même été patiente dans le service.

C'est dans ce cadre que je vous sollicite et vous demande de bien vouloir répondre le plus sincèrement possible à l'ensemble du questionnaire. Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions car l'absence d'une réponse rend le questionnaire inexploitable. Le plus souvent il vous suffit d'apposer une croix dans la case que vous avez choisie.

Cette étude est anonyme et vos réponses sont strictement confidentielles.

Je vous remercie vivement de votre participation.

Anne-Sophie Brunet

Cette entête précise la consigne et la nécessité de répondre à l'ensemble des questions pour une meilleure exploitation. Les modes d'intervention de l'enquêteur consiste à poser les questions telles quelles ont été écrites pour cette première version de questionnaires.

L'élaboration des questions à proprement dit, s'appuie sur les cinq lignes de forces décrites précédemment. Ainsi la première version des questionnaires est basée sur six rubriques faisant appel à différentes méthodes de captation des données (questions fermées, questions ouvertes, cartes mentales, réactivation par photos et plans). Les trois questionnaires destinés aux patients, à leurs familles et aux soignants ont donc été conçus sur le même schéma (six rubriques chacun) mais avec une adaptation des termes dans le ques-

tionnement et l'ajout de certaines questions. Cela a été le cas avec le questionnaire des soignants étant donné une pratique de l'espace différente.

Chaque rubrique constituée a donc tenté de capter l'information en s'appuyant sur les cinq lignes de forces énoncées. En effet, « *devant chaque question qui vient à l'esprit il faudra se demander de façon très précise ce qu'on en fera* » (GHIGLION et MATALON, 1991). De façon générale les rubriques étaient les suivantes (voir tableau 12 p.80) :

- « *Pour mieux vous connaître* ». Cette rubrique a pour objectif de s'intéresser aux caractéristiques de chaque individu. On observera l'impact de ces données sur le rapport à l'espace et la définition du bien-être ;
- « *le bien-être* », en référence à la ligne de force 1 (définition du bien-être par les soignants, les patients et leurs familles, hypothèse 1) et à la ligne de force 2 (éléments de comparaison avec la première grille de critères de conception à vocation de bien-être, hypothèse 1) ;
- « *l'espace hospitalier/espace de bien-être?* », en référence à la ligne de force 2 (éléments de comparaison avec la première grille de critères de conception à vocation de bien-être, hypothèse 1), à la ligne de force 3 (définition de l'espace de bien-être par les soignants, les patients et leurs familles, hypothèse 1 et 2) et à la ligne de force 4 (existence d'espaces de bien-être dans l'hôpital ?, hypothèse 1 et 2);
- « *Faites un dessin* », en référence à la ligne de force 5 (rapport à l'espace, hypothèse 2)
- « *Des cartes, où êtes vous ?* », en référence à la ligne de force 4 (existence d'espaces de bien-être dans l'hôpital ?, hypothèse 1 et 2) et à la ligne de force 5 (rapport à l'espace, hypothèse 2) ;
- « *Des photos qu'est-ce que c'est?* » en référence à la ligne de force 4 (existence d'espaces de bien-être dans l'hôpital ?, hypothèse 1 et 2) et à la ligne de force 5 (rapport à l'espace, hypothèse 2).

En ce qui concerne la longueur du questionnaire, Ghiglion et Matalon (1991) affirme qu' « *un questionnaire composé en majorité de questions fermées ne devrait pas dépasser 45 minutes lorsque la passation se fait dans de bonnes conditions, c'est-à-dire au domicile du sujet ou dans un lieu tranquille. Au-delà l'intérêt faiblit, ce qui se remarque à des signes comme la brièveté des réponses aux questions ouvertes et à la rapidité des réponses, qui indique que la réflexion sur la réponse a été faible*. Ces observations seront à prendre en compte lors du test des questionnaires.

• Le test des questionnaires

Le test de la première version des questionnaires a été effectuée sur deux patients et deux soignants. L'objectif était de voir si les questions énoncées étaient compréhensibles de tous et d'apprécier la durée du questionnaire. Pour être efficace, les questions posées doivent être parfaitement claires. En effet si l'enquêteur est obligé de reformuler la question c'est qu'elle est mauvaise. De plus, si la question est posée d'une certaine façon pour tout l'échantillon, la comparabilité des réponses pourra alors se faire correctement.

Lors du test auprès des patients et des soignants, trois types de défauts sont apparus :

- Les problèmes les plus récurrents se sont posés au niveau de l'énoncé des questions et même dans la forme des questions ou pour l'explication d'un exercice. Par exemple, pour la question : « *A votre avis les espaces mis à votre disposition dans l'hôpital participent-ils à votre bien-être? (Cocher la case correspondante)* », des exemples d'espaces ont été ajoutés à la version définitive pour que la question soit plus parlante. Souvent lorsque les personnes interrogées reposaient des questions des modifications ont été apportées.

Pour la question : « *Qu'est-ce que pour vous le bien-être à l'hôpital ? Citer trois critères de bien-être qui sont pour vous les plus importants* », la forme de la question a longtemps posé problème. Fallait-il une question ouverte ou alors des propositions concrètes que l'interviewé aurait pu cocher? Cependant, à l'énoncé de la question les quatre personnes participant au test ont répondu sans hésiter et de façon personnelle. La question d'origine a été gardée.

L'exercice de la carte mentale s'est révélée être très mal expliqué. Des modifications ont été effectuées.

- La seconde observation majeure a été établie sur une des rubriques qui s'est avérée peu révélatrice : « *Des cartes, où êtes vous ?* ». En effet, les cartes proposées étaient un peu compliquées mais surtout que faire de ces données ? Au niveau des soignants l'exercice a bien fonctionné, révélant une connaissance des lieux de l'hôpital. Cela a été plus compliqué pour les patients. Cette rubrique a été gardée dans le questionnaire final mais son objectif a été modifié : « *Des cartes : contiennent-elles des espaces de bien-être ?* ». Le but était d'observer si la personne arrivait à situer des espaces de bien-être dans le but de pouvoir faire une comparaison lors de l'analyse avec les cartographies des espaces de bien-être conçus réalisées en fin de partie 2 de cette étude.

- La troisième observation est que selon la première version du questionnaire peu de questions étaient relatives aux pratiques dans l'espace hospitalier en regard des réponses émises lors du test. Une rubrique a donc été ajoutée : « *Les pratiques de l'espace hospitalier* » afin de compléter les lignes de forces 4 et 5 en référence aux deux hypothèses.

En ce qui concerne, le temps passé avec chaque individu interrogé, il a varié entre les soignants et les patients. On a noté que pour un questionnaire de même longueur, les soignants sont beaucoup plus rapides à répondre que les patients. Cette observation tient du fait que les soignants sont sur leur lieu de travail. Au contraire les patients prennent le temps de raconter des anecdotes, leur vécu au sein de l'hôpital. Cette visite inopinée a été plutôt vécue d'une façon positive pour les deux patientes interrogées qui, pourtant, avaient de la visite et se trouvaient être en traitement. Ce temps d'échange a été vécu comme un moyen de faire passer le temps mais aussi comme un moment de divertissement par rapport au quotidien de la vie à l'hôpital. Le temps de réponse pour les questionnaires entiers a atteint facilement une heure. L'accueil favorable de ces patients nous a encouragé à ne pas diminuer le nombre de questions en ce qui les concernait.

• **La version définitive des questionnaires (voir Annexes VI)**

Comme nous l'avons dit précédemment, des modifications ont été effectuées par rapport à la version initiale des questionnaires. L'objectif final est que ces questionnaires soient le plus parlant possible afin d'en tirer un maximum d'informations concernant le lien entre le bien-être des usagers de l'hôpital et l'espace hospitalier.

Fenneteau (2007) indique que « *lorsque l'on étudie une opinion ou une attitude, on sait que, dans certaine limites, la distribution des réponses dépendra de la formulation des questions* ». De plus, afin de vérifier les hypothèses émises, il est nécessaire que les questions posées fassent référence à un ou plusieurs indicateurs représentatifs des notions faisant l'objet de la recherche. Ghiglione et Matalon (1991) nous expliquent très bien cet aspect. Il faut que l'on « *ait clairement explicités, et qu'on ait rendu opérationnels les différents concepts utilisés, c'est-à-dire qu'on soit en mesure de faire correspondre à chaque concept une ou plusieurs réponses au questionnaire, réponses qui serviront de définitions opérationnelles ou d'indicateurs de concepts* ». Dans le cadre de notre recherche, plusieurs indicateurs ont été utilisés afin de tester les hypothèses au travers des questions posées. Ces indicateurs font principalement référence aux critères de bien-être ou à des concepts étudiés dans la partie 2 de cette étude. Ce sont des indicateurs quant au bien-être par rapport à l'espace essentiellement mais aussi des indicateurs de rapport à l'espace. Ils permettront d'établir une comparaison avec la grille de critères de conception à vocation de bien-être et d'observer le rapport des usagers du pôle Kaplan de cancérologie avec l'espace en tant que tel pour leur bien-être. Ils vont être détaillés puisqu'ils sont à la base de la version définitive des questionnaires.

Les six rubriques des questionnaires vont être explicitées afin de démontrer à quoi elles ont servi et sur quels indicateurs elles s'appuient. On précise que l'ensemble de ces indicateurs doivent traduire la mesure d'une réalité empirique comme le définissent Levy et Lussault (2005). Par conséquent, chaque indicateur qui va être développé se traduit soit par une mesure chiffrée soit par une évaluation sémantique (nous

expliquerons chaque méthode) qui se traduira par la suite par une analyse graphique et sémantique dans l'analyse des données.

- La rubrique 1 « Pour mieux vous connaître » a pour objectif d'utiliser des indicateurs de base sur le patient tel que son âge, son origine géographique, son sexe, le nombre d'hospitalisations réalisées, la durée de sa maladie, etc. Les informations sur sa famille sont aussi nécessaires (Age, Sexe, Niveau d'études, Métier). En ce qui concerne le soignant, les données récoltées font référence à l'âge, le sexe, la durée de séjour dans le service et la fréquentation d'un autre service de cancérologie. Cela permet d'avoir conscience des caractéristiques individuelles qui pourraient expliquer les différences intrinsèques que comporte chaque individu dans son appréhension du bien-être ;

- La rubrique 2 « Le bien-être » a pour finalité d'évaluer le bien-être dans l'espace hospitalier et de connaître les critères de bien-être de l'utilisateur à l'hôpital ou dans la pratique de son métier (soignant). Des questions ouvertes étaient posées telles que *Qu'est ce que le bien-être dans la vie de tous les jours ?* ou encore *Qu'est ce que le bien-être à l'hôpital ?* En réponse à ces questions l'individu devait citer 3 critères de bien-être dans les deux cas. Ces critères se présentent donc comme des indicateurs de bien-être. L'intérêt de positionner cette rubrique tout en amont dans le questionnaire est que les personnes répondent sans être influencées par d'autres questions.

L'évaluation du bien-être dans le milieu hospitalier a utilisé deux méthodes. La première s'inspire de l'échelle à support sémantique de Thurstone. Elle utilise une suite ordonnée de termes qui décrivent différentes variations d'un même phénomène mais avec des intervalles de même amplitude (mauvais, médiocre, moyen, bon, très bon) (FENNETEAU, 2007). L'utilisateur coche alors le terme qui représente le mieux son état (bien-être ou mal-être).

Cette méthode qui s'appuie sur un support sémantique a été complétée par une autre méthode utilisant des chiffres. La signification des mots n'est parfois pas la même pour tous. On a donc proposé une échelle allant de -5 à 5 pour évaluer le bien-être dans l'espace hospitalier. -5 représentant le mal-être et 5 le bien-être. Ainsi les deux types d'échelles, sémantique et numérique, pourront être comparées. Dans tous les cas le nombre d'échelons est impair faisant apparaître un point neutre à égale distance des extrémités. La signification de ce point neutre peut être ambigu : il peut être compris comme une position moyenne ou être synonyme d'absence d'opinion (GHIGLION et MATALON, 1991) ;

- La rubrique 3 « Les pratiques de l'espace hospitalier » a pour but d'étudier le lien entre la pratique de l'espace et le bien-être des personnes au sein de l'hôpital. Elle utilise les indicateurs suivants : fréquentation des lieux de l'espace hospitalier et à quelle fréquence, lieux préférés, journée type des usagers entre autre. Les questions se basent donc sur ces indicateurs de pratiques de l'espace. Cette rubrique a finalement été peu révélatrice ;

- La rubrique 4 « L'espace hospitalier/espace de bien-être ? » a essayé d'observer si l'espace hospitalier est un espace de bien-être. L'intérêt de cette rubrique est de faire le lien entre la définition d'un espace de bien-être par les trois types d'utilisateurs interrogés et les critères de conception à vocation de bien-être. Afin d'évaluer ce lien, les indicateurs utilisés ont été les suivants : satisfaction sur la chambre d'hôpital ou opinion sur le lieu de travail et sur les conditions de travail pour les soignants ; opinion sur le bâtiment ; importance du lien entre l'espace hospitalier et le bien-être ; dénombrement des espaces appropriés pour s'évader ; l'appropriation et la personnalisation de la chambre ; l'importance du lieu de détente pour le soignant ; la définition du terme « espace de bien-être » et pour finir l'importance de différentes catégories matérielles et immatérielles pour l'individu (la qualité du bâtiment, vous et l'ensemble du personnel, la mobilité et l'accessibilité, le fonctionnement quotidien, les moments de détente, les espaces extérieurs) au sein de l'espace hospitalier.

Cette rubrique regroupe un nombre important d'indicateurs. De plus, elle utilise des procédés assez différents pour aboutir à des données révélatrices. Tout d'abord, l'utilisation, à nouveau de l'échelle à support sémantique de Thurstone a été utilisée afin que les usagers donnent leur opinion soit sur la chambre, soit sur le lieu et les conditions de travail (Insatisfait, plutôt satisfait, moyennement satisfait, plutôt insatisfait, insa-

tisfait).

Par la suite, l'échelle par analogie visuelle a été utilisée (elle fait référence au différentiel sémantique d'Osgood). Cette échelle oppose deux adjectifs ou deux termes de sens contraires (FENNETEAU, 2007). Cette méthode a été utilisée pour que les usagers donnent leur opinion sur le bâtiment Henry.S Kaplan de cancérologie. Voici quelques exemples :

Bâtiment accueillant	
Bâtiment non accueillant	

Bâtiment calme	
Bâtiment bruyant	

Une adaptation des termes a été effectuée en fonction des usagers. Le point intéressant à souligner est que cette méthode permettra, si les données sont correctement collectées, d'établir un profil d'image du bâtiment de cancérologie selon chaque catégorie d'usagers lors de l'analyse.

Par la suite, la mesure des indicateurs (importance du lien entre l'espace hospitalier et le bien-être ; l'appropriation et la personnalisation de la chambre ; l'importance du lieu de détente pour le soignant) s'est appuyée sur des questions fermées :

	Oui
	Peu être
	Non

Des questions ouvertes ont été nécessaires afin d'appréhender les définitions données par les usagers pour le terme d'espace de bien-être, ou encore pour capter les lieux suscitant du bien-être ou les lieux adaptés pour s'évader moralement.

Enfin, une dernière question demandait le classement par ordre d'importance de six catégories matérielles ou immatérielles (la qualité du bâtiment, vous et l'ensemble du personnel, la mobilité et l'accessibilité, le fonctionnement quotidien, les moments de détente, les espaces extérieurs,...). Ici l'objectif est d'évaluer lesquelles de ces catégories sont les plus importantes : des catégories faisant référence à l'espace ou à un aspect plus subjectif ? Chacune de ces catégories a été adaptée en fonction du type d'utilisateur. A l'intérieur de ces catégories, des sous-catégories apparaissent. Ces sous-catégories ont-elles aussi été classées par ordre d'importance. Voici l'exemple d'une des catégories qui concerne les soignants :

1- La qualité du bâtiment	
L'espace dans lequel vous travaillez	
La possibilité d'accueil des familles au sein du service où vous êtes hospitalisé (chambre d'accueil, espace accueil)	
Avoir un espace de détente pour les soignants	
La luminosité dans le bâtiment	
La fonctionnalité du bâtiment	
La solidité des matériaux	
La température ambiante	
Des espaces peu contraints et spacieux	
L'entretien des matériaux	
Autre:	

Les catégories énoncées dans les trois questionnaires s'appuient en partie sur des critères de conception à vocation de bien-être déterminés dans la partie 2 de cette étude. Cependant, d'autres critères plus subjectifs y ont été ajoutés par rapport aux définitions de bien-être et d'espace de bien-être issus des entretiens intermédiaires.

- La rubrique 5 « Faîtes un dessin ! » représente un outil très utile : la carte mentale. L'objectif est d'étudier les représentations de l'hôpital ou les représentations d'un lieu de bien-être ou de mal-être au sein de l'hôpital. La personne interrogée devait dessiner. Dans certains cas cela a été rédhibitoire pour la personne, il a donc fallu lui demander l'image mentale à laquelle elle pensait et dessiner pour elle. Bien entendu cela fausse totalement l'exercice mais cela permet malgré tout d'amener une discussion ;

- La rubrique 6 « Des cartes : contiennent-elles des espaces de bien-être » a particulièrement été éditée afin de localiser les espaces de bien-être pour les usagers dans l'espace hospitalier. Cet exercice a relativement bien fonctionné pour les soignants mais s'est finalement avéré trop compliqué pour les patients et leurs familles. Ce qui déjà donne une piste au niveau de l'analyse. Cela pourrait s'expliquer par des connaissances trop peu approfondies de l'espace hospitalier pour ces catégories d'usagers ou une difficulté de se projeter dans cet espace (les plans étaient peut-être un peu compliqués).

- La rubrique 7 « Des photos, qu'est-ce que c'est ? » a été ajoutée en fin de questionnaire afin de provoquer des réactions face à un visuel particulier. La planche photographique a été divisée en cinq thèmes : les espaces intérieurs au premier étage, l'entrée du pôle Kaplan, le pôle Kaplan vu de l'extérieur, les espaces verts, les autres bâtiments de l'hôpital. L'utilisateur devait choisir ses trois photos préférées parmi la quinzaine de photos proposées et quelque soit leurs thèmes d'appartenance. L'objectif était de voir si les photos choisies correspondaient à des espaces de bien-être ou étaient des lieux qui suscitaient le bien-être.

L'ensemble des rubriques ont été détaillées ainsi que les indicateurs correspondants qui ont permis la formulation de l'ensemble des questions. Le tableau suivant (p.79) permet de faire le bilan des indicateurs mesurés dans chaque rubrique du questionnaire.

Bien entendu, l'analyse des réponses données à ces questions peut être intéressante en croisant les réponses à des questions de rubriques différentes.

Une synthèse récapitulant la méthode de construction des questionnaires a été effectuée p.80.

RUBRIQUES DES QUESTIONNAIRES	INDICATEURS
« Pour mieux vous connaître ».	<p>Patients : Age, Sexe, Niveau d'études, Métier Durée de la maladie, Nombre de séjours d'hospitalisations et leurs durées, Hospitalisation dans un autre établissement</p>
	<p>Familles : Age, Sexe, Niveau d'études, Métier</p>
	<p>Soignants : Age, Sexe, Métier Durée de séjour dans le service Fréquentation d'un autre service de cancérologie</p>
« le bien-être »,	<p>Patients et familles: Critères de bien-être généraux Critères de bien-être à l'hôpital Évaluation du bien-être</p>
	<p>Soignants : Critères de bien-être généraux Critères de bien-être dans la pratique du métier Évaluation du bien-être</p>
« Les pratiques de l'espace hospitalier ».	<p>Pour tous les usagers : (Indication sur les) lieux fréquentés, à quelle fréquence et pourquoi ? (Indication sur les) lieux préférés des usagers (Indication sur la) journée type des usagers</p>
« L'espace hospitalier/ espace de bien-être ? »,	<p>Patients et familles : (Évaluation de la) satisfaction sur la chambre d'hôpital Opinion sur le bâtiment (profil d'image du bâtiment) (Évaluation de) importance du lien entre l'espace et le bien-être Dénombrement des espaces appropriés pour s'évader (Évaluation de) l'appropriation, personnalisation de la chambre (Évaluation du) lien entre espace hospitalier et espace de bien-être Définition du terme « espace de bien-être », critères (Évaluation de) l'importance de différentes catégories matérielles ou immatérielles pour l'individu (la qualité du bâtiment, vous et l'ensemble du personnel, la mobilité et l'accessibilité, le fonctionnement quotidien, les moments de détente, les espaces extérieurs)</p>
	<p>Soignants : Opinion sur le lieu de travail Opinion sur les conditions de travail Opinion sur le bâtiment (profil d'image du bâtiment) (Évaluation de) l'importance du lien entre l'espace et le bien-être (Évaluation du) lien entre espace hospitalier et espace de bien-être Définition du terme « espace de bien-être », critères Importance du lieu de détente (Évaluation de) l'importance de différentes catégories matérielles ou immatérielles pour l'individu (la qualité du bâtiment, vous et l'ensemble des patients la mobilité et l'accessibilité, le fonctionnement quotidien, vous et l'équipe médicale, les espaces extérieurs)</p>
« Faites un dessin »,	<p>Pour tous les usagers : Comment s'opèrent la représentation de l'espace hospitalier, et la représentation des espaces de bien-être ou de mal-être?</p>
« Des cartes : contiennent-elles des espaces de bien-être ? ».	<p>Pour tous les usagers : (Indication sur la) présence d'espaces de bien-être dans l'espace hospitalier (et possibilité de comparaison avec la cartographie des espaces de bien-être conçus)</p>
« Des photos qu'est-ce que c'est ? »,	<p>Pour tous les usagers : (Indication sur les) lieux de l'espace hospitalier qui suscitent le bien-être</p>

Tableau 11 : Indicateurs utilisés pour formuler les questions des trois questionnaires définitifs

SYNTHÈSE POUR L'ÉLABORATION DE L'OUTIL DE VÉRIFICATION EMPIRIQUE (LE QUESTIONNAIRE)

HYPOTHÈSES À VÉRIFIER	LIGNES DE FORCE POUR L'ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	RUBRIQUES DES QUESTIONNAIRES	INDICATEURS
- 1 - Les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.	- <u>Ligne de force 1</u> : On cherche à savoir comment les soignants et les patients définissent le bien-être.	- « Pour mieux vous connaître » - « Le bien-être »	- Age, Sexe, Niveau d'études, Métier - Durée de la maladie, Nombre de séjours d'hospitalisation et leurs durées, Hospitalisation dans un autre établissement
	- <u>Ligne de force 2</u> : On cherche à avoir des éléments de comparaison avec la première grille de critères de conception à vocation de bien-être.	- « Le bien-être » - « L'espace hospitalier/espace de bien-être? »,	- Durée de séjour dans le service - Fréquentation d'un autre service de cancérologie - Critères de bien-être généraux - Critères de bien-être à l'hôpital - Critères de bien-être dans la pratique du métier
- 1 - et - 2 -	- <u>Ligne de force 3</u> : On cherche à savoir comment les soignants et les patients définissent un espace de bien-être.	- « L'espace hospitalier/espace de bien-être? »,	- Évaluation du bien-être - Lieux fréquentés, à quelle fréquence - Lieux préférés des usagers - Journée type des usagers
	- <u>Ligne de force 4</u> : On cherche à savoir si au sein de l'hôpital pour eux, il existe des espaces de bien-être.	- « L'espace hospitalier/espace de bien-être? » - « Faites un dessin » - « Des photos qu'est-ce que c'est ? » - « Les pratiques de l'espace hospitalier »	- Satisfaction sur la chambre d'hôpital - Opinion sur le bâtiment - Importance du lien entre l'espace et le bien-être - Dénombrement des espaces appropriés pour s'évader - Appropriation, personnalisation de la chambre - Lien entre espace hospitalier et espace de bien-être - Définition du terme « espace de bien-être », critères
- 2 - Le bien-être ne peut que difficilement être spatialisé ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.	- <u>Ligne de force 5</u> : On cherche à observer dans la maladie ou dans le travail, les rapports à l'espace.	- « Pour mieux vous connaître » - « Faites un dessin » - « Des photos qu'est-ce que c'est? » - « Les pratiques de l'espace hospitalier » - « L'espace hospitalier/espace de bien-être? »,	- Importance de différentes catégories matérielles ou immatérielles pour l'individu (la qualité du bâtiment, vous et l'ensemble du personnel, la mobilité et l'accessibilité, le fonctionnement quotidien, les moments de détente, les espaces extérieurs) - Opinion sur le lieu de travail - Opinion sur les conditions de travail - Importance du lieu de détente - Représentation des espaces de bien-être ou de mal-être - Lieux de l'espace hospitalier qui suscitent le bien-être (et possibilité de comparaison avec la cartographie des espace de bien-être conçus)

Tableau 12 : Synthèse pour l'élaboration de l'outil de vérification empirique (les questionnaires)

II. Analyse des questionnaires

II.1. Présentation de l'Échantillon

L'échantillon analysé comprend :

- 8 personnes étant patients du pôle Henry S. Kaplan ;
- 8 personnes faisant parties de la famille d'un patient ;
- 11 personnes faisant parties de l'équipe des soignants.

L'échantillon de chaque catégorie peut paraître modeste, mais l'échantillon total est important. La manque de temps et de moyens n'a pas permis d'avoir un échantillon plus conséquent dans la mesure où chaque entretien dure au minimum 30 minutes.

« Un échantillon est représentatif si les unités qui le constituent ont été choisies par un procédé tel que tous les membres de la population ont la même probabilité de faire partie de l'échantillon. » (GHIGLION et MATALON, 1991). La question de savoir si l'échantillon est représentatif peut se poser. D'une façon générale, les personnes qui ont participé au questionnaire n'ont pas été choisies de façon rigoureuse. Le choix des patients dépendait plus de leurs disponibilités (par rapport aux soins ou autre). Pour la famille, l'occasion la meilleure pour proposer le questionnaire était lorsque ceux-ci se trouvaient dans les espaces détentes du service. Encore une fois, aucun choix particulier n'a été fait. En ce qui concerne les patients, le mode d'administration a été un peu différent mais est resté aléatoire.

II.2. Méthode de récolte des données

Pour les patients et la famille la méthode de récolte s'est fait de façon directe à travers des entretiens allant de 30 minutes à une heure de temps, en fonction de l'envie du patient à parler ou de son état de fatigue. L'administration s'est faite en face à face.

Pour les raisons évoquées précédemment, le manque de temps, les questionnaires en destination des soignants ont été distribués par l'intermédiaire d'un soignant référent. Cette méthode de sondage perd en qualité, mais cela a cependant permis d'avoir un nombre important de questionnaires. Les questionnaires ont été auto-administrés.

Malgré des méthodes d'administration différentes, les questionnaires restent comparables. En effet, lors de la récolte des données au niveau des patients et des familles l'enquêteur a essayé de rester distant et de ne pas influencer dans les réponses en s'en tenant aux questions écrites. Cette méthode a eu cependant ses limites puisque le dialogue s'instaure obligatoirement avec des patients ou des membres de leurs familles qui ont besoin de parler.

II.3. Analyse des données récoltées

Plusieurs méthodes d'analyses des données ainsi récoltées étaient possibles. Il a été choisit de traiter tout d'abord les rubriques 5, 6 et 7. Ce choix peut être justifié par le fait que ces rubriques comportent des exercices particuliers : la carte mentale, la location d'espace de bien-être sur fonds cartographiques et la planche photographique. Ces exercices, qui ont parfois échoué chez certaines catégories d'utilisateurs peuvent cependant construire une base d'observations pour une analyse plus approfondie des questions ouvertes et fermées des rubriques précédentes. De plus, un rapport de l'utilisateur à l'espace hospitalier est directement établi pour les trois exercices.

Les rubriques 1, 2, 3, 4 seront donc étudiées par la suite sur la base des premières observations faites. Une analyse croisée entre les trois catégories d'utilisateurs interrogés, c'est-à-dire entre les patients, la famille et les soignants sera effectuée. Cela permet d'avoir une meilleure comparaison et une meilleure appréhension du

comportement de chacun face à l'espace.

Cette méthode d'analyse permet de se replacer au niveau de la problématique de départ qui était la suivante :

« Les espaces de bien-être conçus (à partir des critères de conception à vocation de bien-être) sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus (critères de bien-être des usagers) ? Peut-on parler d'espaces de bien-être ? Peut-on réellement spatialiser le bien-être ? »

Les hypothèses sont aussi rappelées par soucis de compréhension:

- 1 - Les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.

- 2 - Le bien-être ne peut que difficilement être spatialisé ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.

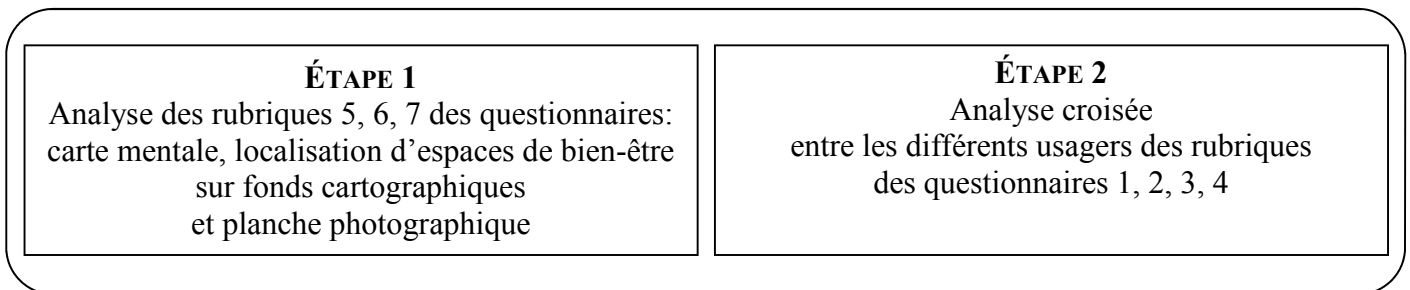


Figure 16 : Méthode d'analyse des questionnaires

ÉTAPE 1 DE L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

- **Les cartes mentales : représentations cognitives et images symboliques, l'importance de l'espace pour un bien-être augmente graduellement du patient au soignant**

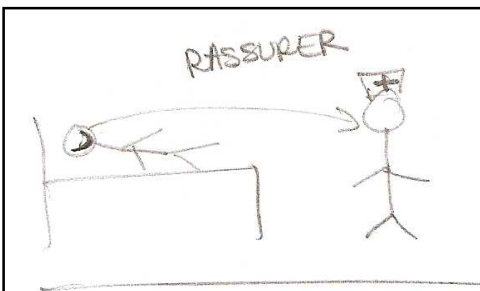
Les cartes mentales sont des représentations cognitives. Dans cet exercice l'utilisateur a dû représenter un lieu de l'espace hospitalier dans lequel il se sent bien ou un lieu dans lequel il se sent mal. La représentation spatiale, ici de l'environnement hospitalier peut être intéressante. Chaque individu se représente cet environnement et le retranscrit par le biais de codes. Ces codes peuvent être mis en relation avec des profils comportementaux ou permettent d'exprimer la nature du rapport à l'espace (RAMADIER, 2003).

Les cartes mentales effectuées par les trois catégories d'utilisateurs vont donc être étudiées afin d'apprécier le rapport à l'espace quand cela est possible. Ainsi, des indications sur le bien-être procuré par l'espace peuvent être données.

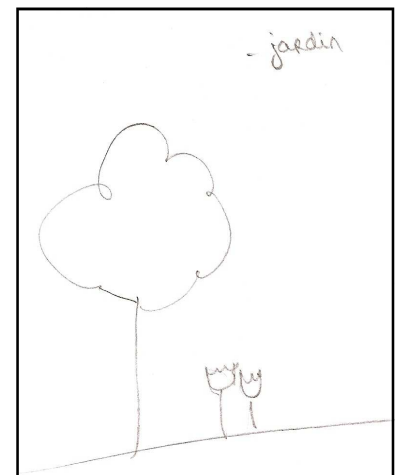
En ce qui concerne **les patients**, l'exercice de la carte mentale a été dévié pour la plupart. En effet, seul un lieu de l'hôpital a été représenté. Les autres dessins effectués ont été des dessins représentant des images symboliques de l'espace hospitalier. Autrement dit, les patients ont traduit ce que le mot «hôpital» leur faisait penser. Même si l'exercice n'a pas été totalement respecté, certains dessins sont exploitables.

Parmi les images symboliques (symbolisant l'hôpital), on note que deux notions sont positives et cinq plus ou moins négatives.

Les deux notions positives représentant l'hôpital font référence au terme « *rassurer* » qui est accompagné d'un dessin représentant le lien entre un patient et un soignant et au terme de « *jardin* » lui aussi imagé par un arbre et deux fleurs. Ces deux termes font en fait référence aux **espaces verts** qui peuvent alors être désignés comme espace de bien-être et au **lien patient/soignant**.



Valenar, 56 ans

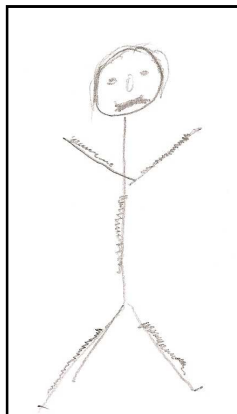


André, 81 ans

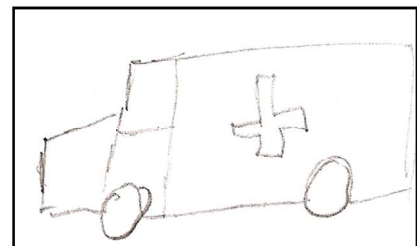
Les notions plus négatives sont les suivantes : « *la survie* », « *la couleur blanche* », « *la peur* », « *l'ambulance* » et le traitement (une personne est représentée avec des bleus, se tenant le ventre et subissant un traitement). Le notion de couleur blanche représentant l'espace hospitalier a été rangée dans les aspects négatifs car même si cette couleur peut être associée à la pureté, à la paix, à la vie, ici la personne interrogée voulait en réalité faire savoir que l'espace hospitalier manque de couleur.



Le traitement : Valenar, 56 ans

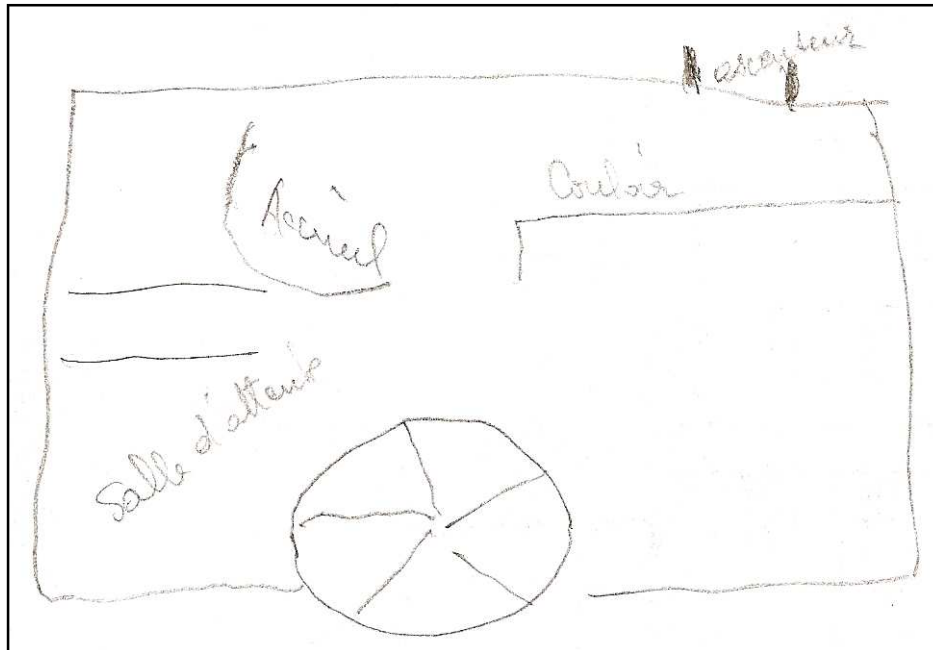


La peur : Jean-David, 24 ans



L'ambulance : Christophe, 41 ans

La seule carte produite représente le hall d'entrée du pôle Kaplan de cancérologie. L'accueil et la salle d'attente sont représentés de façon nette. Lors de la réalisation de cette carte, la présence des tableaux a été mentionnée. Cependant, la femme de 66 ans ne s'est pas sentie capable de les représenter. Elle a expliqué qu'elle trouvait le hall accueillant et bien décoré. La fonction accueil du bâtiment est ici soulignée et apparaît être satisfaisante.



Femme de 66 ans

Ce qui ressort de ces images symboliques en référence à l'hôpital, c'est tout d'abord l'importance des espaces verts, l'importance du lien patient/soignant mais c'est aussi **une image de l'espace hospitalier plutôt négative** synonyme de souffrance, de peur, de survie. Ici, les ressentis envers l'espace hospitalier sont négatifs du fait de la position de l'utilisateur dans sa maladie.

La relation du patient à l'espace passe donc en second plan. Il a besoin d'être rassuré. Le **bien-être est peu perceptible au travers de cet exercice (et encore moins le bien-être issu de l'espace)**. On peut avancer que la présence de **couleurs** pourrait améliorer le vécu des lieux. Par ailleurs, la femme qui a représenté la seule carte mentale l'a bien fait remarquer : la présence de tableaux colorés est un point positif dans le hall d'entrée. Ici, on touche au **côté sensible** de l'espace. Le manque de couleur influence la représentation de l'hôpital.

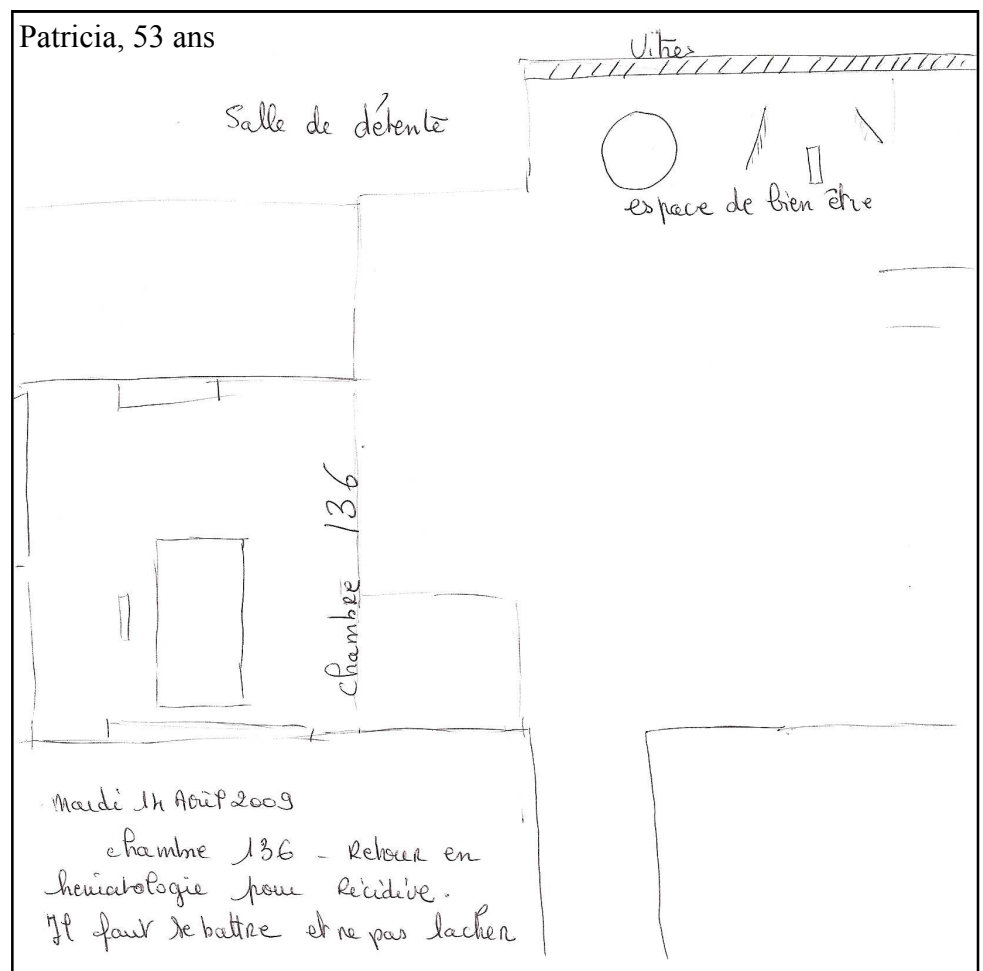
En ce qui concerne **la famille**, l'exercice de la carte mentale a aussi été en partie dévié. Seulement deux espaces de l'espace hospitalier ont été réalisés. Les cinq autres dessins font référence à une image symbolique de l'hôpital.

Les images symboliques font référence en premier lieu à des aspects matériels de l'espace hospitalier : « le H », « les grandes entrées », « un chariot », « le lit d'hôpital ». Ici on est moins dans le ressenti et un peu plus dans la représentation. En second lieu, les ressentis sont plus présents tant de façon négative que de façon positive : « la piqûre », « la liberté », « hôpital = silence », « avoir des soins », « la croix rouge ». Par rapport aux images symboliques répertoriées chez les patients, les ressentis négatifs personnels sont moins présents en général. On note une référence au sensoriel : « hôpital = silence ».

Le rapport à l'espace hospitalier est effectué par un recours aux **aspects matériels** notamment par le mobilier. Cependant, aucune indication n'est donnée sur le bien-être que pourrait procurer cet espace. Seule la référence au terme « liberté » pourrait laisser penser à une envie de liberté. Autrement dit, il pourrait s'agir, si l'on pense par la négative qu'entre les murs de l'hôpital, il n'y a pas de liberté possible. La réflexion inverse serait étonnante. Cela reste une supposition.

Les deux cartes mentales réalisées représentent un lieu à l'intérieur du service d'hématologie et un lieu extérieur (la chapelle).

Le lieu représenté à l'intérieur du service d'hématologie regroupe plusieurs espaces : il s'agit de l'espace du service qui se trouve à l'extrémité nord. On peut donc y retrouver la salle de détente des soignants, la salle de détente pour les patients et leurs familles, une chambre et les couloirs. La salle de détente destinée aux patients et à leurs familles est indiquée comme étant un espace de bien-être. La salle de détente des soignants est juste annotée sans détails particulier (méconnaissance des lieux). La chambre a un numéro. Le lit, l'adaptable, la table y sont représentés. Ce n'est pas le cas pour le cabinet de douche qui est totalement absent. On peut supposer que le dessinateur n'y prête pas forcément attention ou alors ne le pratique pas.



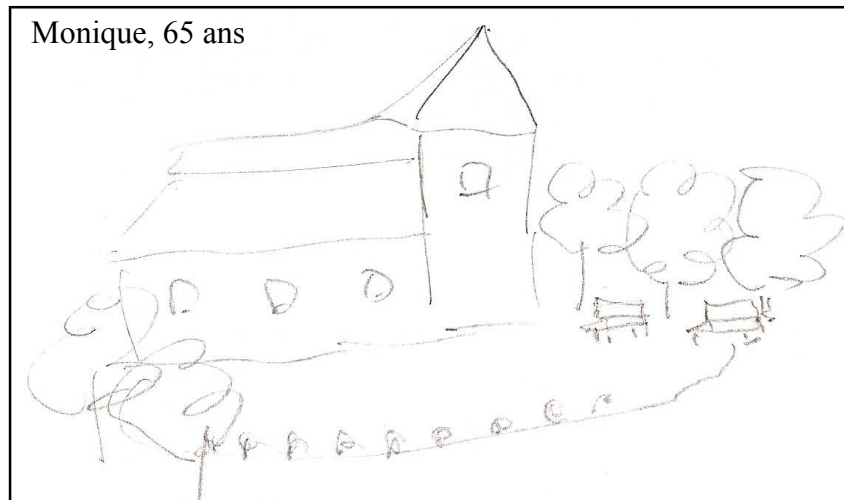
Le dessin est daté. L'indication du numéro de chambre n'est pas anodine. Cette chambre représente la récurrence de la maladie. Une annotation en témoigne. De plus, la notion de bataille et de lutte contre la maladie est écrite. Ici, la chambre 136 représente un espace de combat contre la maladie pour l'auteur du dessin. **L'espace hospitalier est ressenti comme espace de bataille.**

On remarque que le mobilier de l'espace détente est représenté. Les détails apportés sur cet espace indiquent que les lieux sont fréquentés et pratiqués.

Cette carte mentale est très parlante. Elle démontre bien le combat d'une famille au travers de la représenta-

tion d'une chambre et des espaces de bien-être y sont précisés.

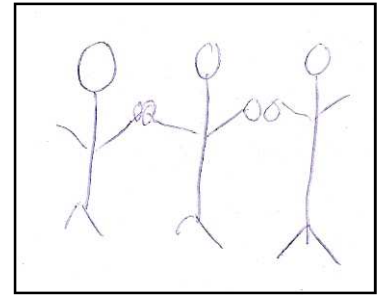
La seconde carte mentale représente la chapelle de l'hôpital. Cet espace est un espace de bien-être spirituel pour l'auteur.



L'exercice des cartes mentales pour la famille révèle une attention plus particulière aux **aspects matériels de l'espace hospitalier** aux travers des images symboliques citées. Les ressentis sont moins négatifs que chez les patients. Des espaces qui procurent du bien-être apparaissent. C'est le cas de l'espace **détente pour les patients et les familles et de la chapelle**. La notion de combat, de bataille est aussi associée au lieu.

Dans l'ensemble, **les soignants** ont bien compris l'exercice de la carte mentale. Sur l'ensemble des onze cartes mentales, dix représentent un lieu de l'espace hospitalier.

La onzième a été réalisée par une aide-soignante de 45 ans, qui travaille dans le service depuis quatre ans. Cette femme a réalisé ce que pour elle représentait l'hôpital. Elle n'a donc pas réalisé un lieu de l'espace hospitalier mais plutôt une image symbolique représentant l'hôpital : trois bonhommes se tenant la main. Quand on lui a demandé ce que cela signifiait, cette femme a répondu que l'hôpital pouvait être représenté par des personnes (notamment des patients et des soignants) se donnant la main et faisant une ronde. Selon elle, cela symbolise **le côté humain** de l'hôpital qu'il faut pérenniser. Elle a indiqué que trop de protocoles et de normes se développaient entachant ce côté humain.

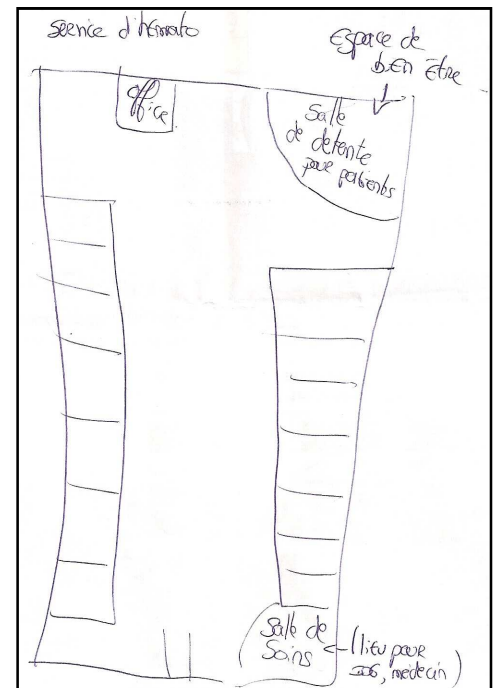


Aide soignante, 45 ans

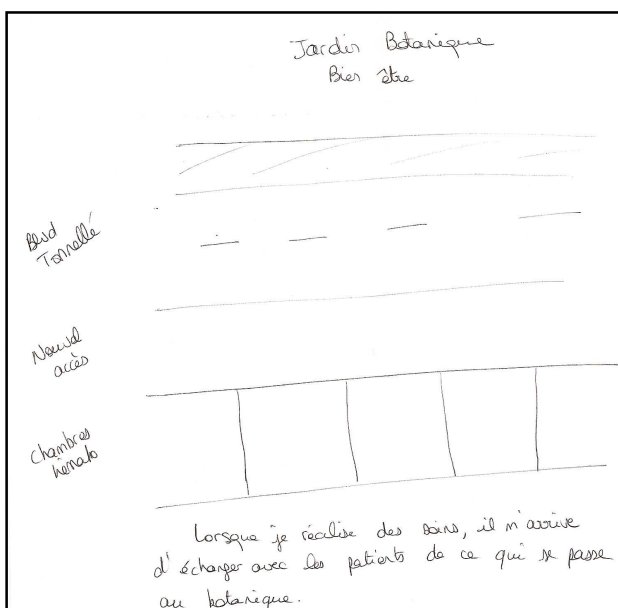
Ce dessin ne répond pas réellement à l'exercice en tant que tel mais révèle tout de même des informations importantes : le développement de normes, de protocoles entachent les **liens entre les soignants et les patients**. On peut se demander si ce lien patient/soignant a une incidence sur leur bien-être respectif.

Sur les dix cartes restantes, sept représentent une salle du service d'hématologie, deux représentent un lien entre le pôle de cancérologie et l'extérieur et une représente l'ensemble du service d'hématologie.

La carte qui représente l'ensemble du service d'hématologie fait référence à un seul espace de bien-être : l'espace détente pour les patients et leurs familles au fond du couloir. L'infirmière de 27 ans qui a réalisé cette carte n'a donc pas représenté un espace de bien-être pour elle mais ce qu'elle suppose être un espace de bien-être pour les autres usagers. Les chambres sont matérialisées par de simples cubes sans aucun autre détail ni annotation comme si elles avaient finalement peu d'importance par rapport aux autres lieux annotés. La salle de soins est représentée et semble faire écho à la salle de détente pour les patients. La salle de détente normalement destinée aux soignants est représentée et annotée par le mot « office » mais aucune référence n'est faite quant à un espace de bien-être potentiel pour les soignants.



Infirmière,
27 ans

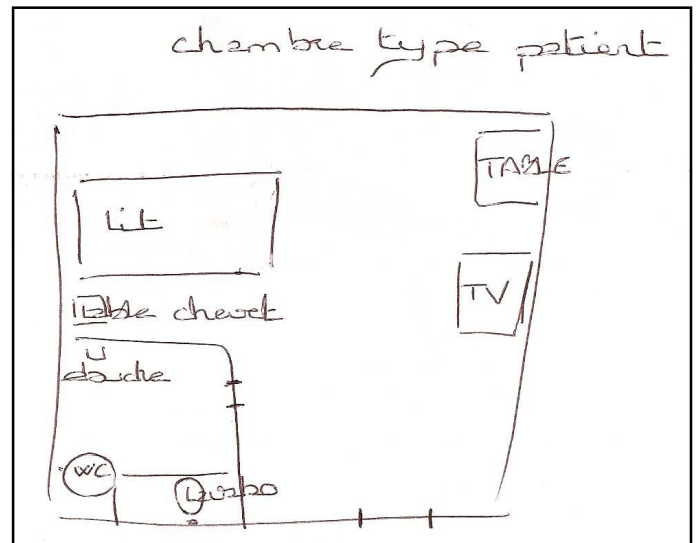


Infirmière,
24 ans

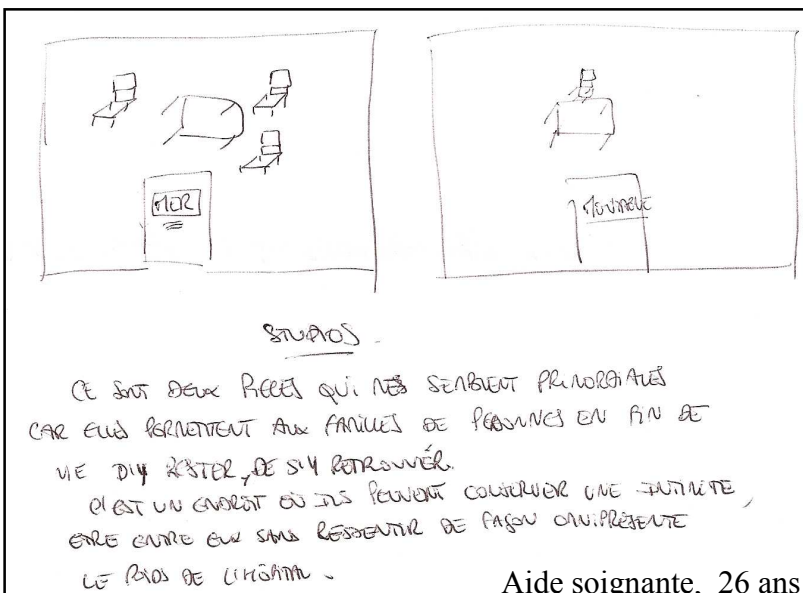
Une infirmière de 24 ans a fait un lien entre l'espace du pôle hospitalier de cancérologie et l'espace extérieur. Sa carte mentale est composée de voies : le boulevard Tonnellé, et le nouvel accès pour les piétons. Le lien avec l'extérieur est expliqué par l'annotation : « *Lorsque je réalise des soins, il arrive d'échanger avec les patients de ce qui se passe au botanique* ». La représentation du jardin botanique est faite par une annotation complétée par le mot « bien-être ». Autrement dit, cette infirmière qui échange avec les patients qu'elle soigne, indique que **le jardin botanique** semble procurer du bien-être pour les patients.

Les sept cartes mentales restantes représentent une salle du service d'hématologie. Une carte fait référence à la chambre d'un patient, une autre décrit les deux studios mis à disposition des familles et les cinq autres représentent une salle en relation avec la pratique professionnelle des soignants (salle de soins, salle de détente, poste infirmier, salle des hottes en unité stérile).

La représentation de la chambre est conforme à la réalité. Cela peut s'expliquer par le fait que l'auteur de cette carte soit une aide soignante de 30 ans travaillant dans le service depuis 7 ans. L'espace de la chambre est connu sur le bout des doigts. Les meubles y sont tous représentés. Seul le cabinet de douche est plus grand dans la réalité que ce qui a été dessiné. En effet, si l'on respecte les proportions, le patient allongé dans son lit n'est pas visible de la porte de la chambre. De plus, la représentation de la chambre ne fait aucune référence à un patient ou à une personnalisation de la chambre par le patient. La chambre ainsi représentée ne paraît pas vivante mais est selon l'aide soignante un espace de bien-être. Il n'y a pas d'indication pour quel usager cette chambre est un espace de bien-être.



Aide soignante, 30 ans

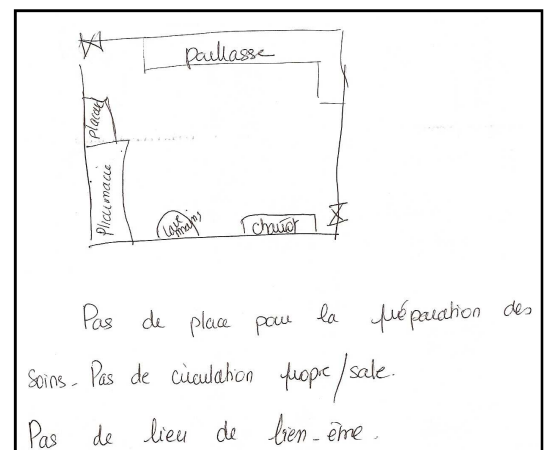


La description des deux studios « Mer » et « Montagne » a été réalisée par une aide soignante de 26 ans. Cette dernière précise que ce sont deux pièces qui lui semblent prioritaires « car elles permettent aux familles de personnes en fin de vie d'y rester, de s'y reposer. C'est un endroit où ils peuvent conserver une intimité, être entre eux sans ressentir de façon omniprésente le poids de l'hôpital ». C'est donc a priori un espace de bien-être pour les familles. Ici le lieu de bien-être est **un lieu à part**, qui permet de s'éloigner des problèmes quotidiens tout en leur étant proche.

Parmi les cinq cartes mentales faisant référence à la pratique professionnelle des soignants trois ont été sélectionnées.

La première représente la salle de soins et a été réalisée par une infirmière de 35 ans. Un lien entre la préparation des soins et l'espace est fait : « pas de place pour la préparation des soins, pas de circulation propre/sale ». Par rapport à cette remarque, la salle de soin n'est pas un lieu de bien-être. Ici l'espace hospitalier qui est un espace de travail n'engendre pas un bien-être du fait du **manque de place**.

Infirmière, 35 ans



Les deux dernières cartes sont intéressantes puisque l'on peut les comparer. Le poste infirmier représenté est à la fois un espace de bien-être pour une personne, une aide soignante, (« *j'aime cette salle car beaucoup de lumière, chaude, très fréquentée, beaucoup d'échanges, de communications* ») mais ne l'ai pas pour l'autre, un infirmier (« *toujours trop de monde, trop de bruit, source de stress* »). Ainsi, on remarque que la **luminosité, le fait que la pièce soit « chaude** » permet de faire naître un bien-être. Cependant, on note que les deux personnes n'apprécient pas **les échanges humains** de la même façon ce qui interfère aussi sur le bien-être. L'aide soignante qui se sent bien dans cet espace, s'y sent bien parce qu'il est très fréquenté et qu'il peut y avoir des échanges verbaux. L'infirmier est au contraire gêné par le bruit de ces échanges. Cet espace est pour lui source de stress et donc de mal être. On note très bien le désintérêt de cet endroit pour cette personne qui n'a pas détaillé son dessin comparé à celui de l'aide soignante.

L'aide soignante a aussi dessiné la salle de détente destinée aux soignants : « *Je n'aime pas cette salle car très chaude l'été et très froide l'hiver, éloignée au bout du couloir. Dans un sens c'est bien mais quand nous sommes demandés : beaucoup de déplacements, perte de temps et nous ne prenons pas le temps de se poser tranquillement* ». Ici le mal-être est expliqué par **les problèmes thermiques, la situation de la salle** (au bout du couloir). Les déplacements et la perte de temps engendrés par la configuration de cette salle dans l'espace est source de mal être. La salle de détente n'apparaît ne pas en être une réellement puisque par rapport aux obligations professionnelles du soignant, sa fonction est entachée.

Ici les annotations des cartes nous apportent beaucoup plus que le dessin en lui-même (qui est très proche de la réalité).

salle de soins.

fenêtre
étagères
ordi tél.
fauteuil
porte

j'aime cette salle car beaucoup de lumière, chaude, très fréquentée, beaucoup d'échanges de communications (toutes confondues).

Poste Infirmier

Toujours trop de monde, trop de bruits, source de stress...

Infirmier, 30 ans

salle de détente

baies vitrées
baies vitrées
couches
poubelle
porte

je n'aime pas cette salle car très chaude l'été et très froide l'hiver. Eloignée au bout du couloir, dans un sens c'est bien mais quand nous sommes demandés : beaucoup de déplacements, perte de temps et nous ne prenons pas le temps de se poser tranquillement.

Aide soignante, 33 ans

Pour les soignants, les cartes mentales révèlent (surtout grâce aux annotations) que **l'espace est source de bien-être lorsqu'il permet l'exercice de l'activité professionnel** dans de bonnes conditions. Ainsi, le manque de place, les problèmes thermiques, la localisation de la salle de détente, les déplacements sont des freins à l'exercice professionnel et donc des freins pour un bien-être dans le travail. Dans ce cas l'espace de travail n'est pas un espace de bien-être.

En plus des conditions qui permettent l'exercice de l'activité professionnel correctement, l'espace est source de bien-être quand ce dernier est **lumineux, chaleureux**. On fait ici référence au sens. Cependant, les différences intrinsèques des individus montre qu'un espace chaleureux pour une personne ne l'est pas forcément pour une autre (exemple de l'infirmier et de l'aide soignante). Il en est de même pour les **rapports humains** qui influencent aussi, dans un espace donné, le bien-être (rapport entre soignants, rapport soignant/patient).

Mais si l'on se cantonne à l'espace, il est source de bien-être pour le soignant quand il est pratique pour l'exercice de son travail et quand il fait naître certains sens (c'est le cas pour la luminosité de lieux).

SYNTHÈSE : L' EXERCICE DE LA CARTE MENTALE

- **Pour les patients** : exercice dévié : représentation d'images symbolisant l'hôpital. Le bien-être est peu perceptible ici, donc les espaces de bien-être encore moins. La relation du patient à l'espace passe en second plan : l'état de la maladie prend le dessus. Mais le ressenti par rapport à l'espace hospitalier est plutôt négatif . Le côté sensible de l'espace hospitalier est fort (un manque de couleurs peut symboliser l'hôpital)
- **Pour la famille** : exercice en partie dévié: représentation d'images symbolisant l'hôpital. Des espaces de bien-être apparaissent tout de même, plus de référence aux aspects matériels de l'espace hospitalier. Notion de combat contre la maladie associé au lieu.
- **Pour les soignants** : l'espace est source de bien-être quand il est pratique pour l'exercice de son travail et quand il fait naître certains sens.

⇒ **Importance du sensible de tout ordre pour le patient**

⇒ **La pratique de l'espace influence le bien-être.** C'est le cas pour les soignants. Si les lieux ne sont pas adaptés à l'exercice professionnel, l'espace de travail est vécu comme un espace de mal-être.

⇒ **Importance de l'espace pour un bien-être semble augmenter de façon graduelle du patient au soignant en passant par la famille.**

- **L'exercice de la localisation d'espaces de bien-être sur fonds cartographiques : une comparaison avec la cartographie de référence d'espaces de bien-être conçus, des espaces de bien-être vécus différents pour les soignants**

Cet exercice, pourtant fondamental pour cette étude comparative s'est avéré être un échec auprès de deux catégories d'utilisateurs : les patients et leurs familles. Malgré une phase test qui avait été concluante les personnes interrogées par la suite étaient totalement perdues face à la difficulté des cartes proposées. La consigne était d'entourer les espaces de bien-être extérieur et intérieur pour ces utilisateurs. Des espaces de bien-être vécus seraient donc apparus et auraient été confrontés aux deux cartographies des espaces de bien-être conçus (réalisées en fin de partie 2).

L'exercice s'est cependant avéré positif en ce qui concerne les soignants. Les espaces extérieurs ont été les plus souvent cités. Il s'agit, par ordre d'importance, des espaces verts, du relais H (cafétéria), des espaces verts à l'entrée du bâtiment de cancérologie Henry.S Kaplan et enfin la maternité. Les espaces intérieurs au pôle de cancérologie ont été peu cités (toujours par ordre d'importance) : la salle de détente du service d'hématologie, la salle de détente d'USSSI (chambres stériles) et la salle de détente présente au rez-de-chaussée. Les espaces intérieurs ont été cités six fois dans la totalité alors que les espaces extérieurs ont été cités une vingtaine de fois.

On peut alors établir une comparaison cartographique à partir de ces éléments et avec la cartographie des espaces de bien-être conçus :

Si l'on fait une comparaison au niveau des espaces extérieurs, on observe quelques différences. La chapelle n'apparaît pas comme un espace de bien-être vécu alors que la maternité en est un. En ce qui concerne les espaces verts, ils prennent une grande importance pour les soignants. Non seulement les espaces verts centraux sont cités mais aussi l'espace vert présent à l'entrée du bâtiment Kaplan.

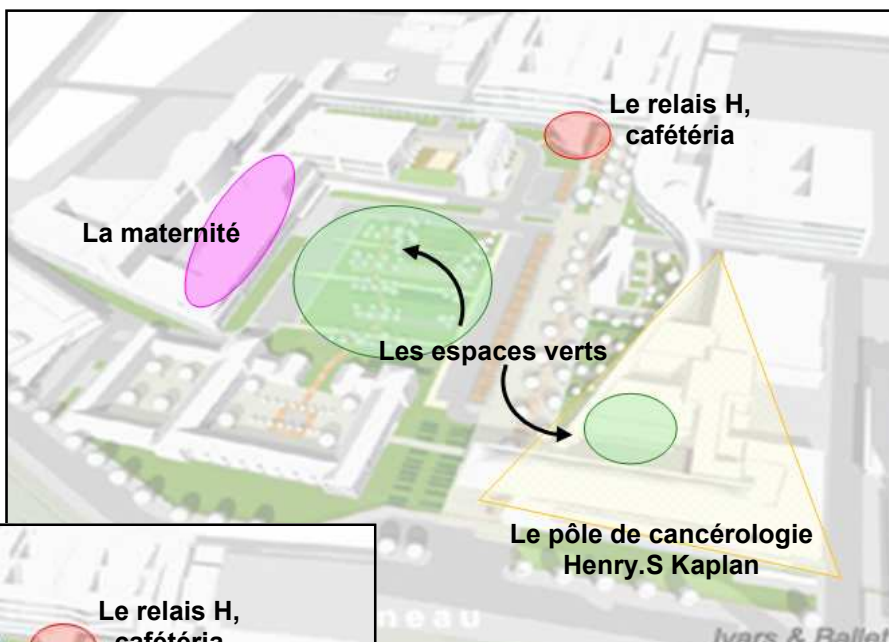


Figure 17 : Les espaces de bien-être extérieurs vécus des soignants



La notion d'accès facilité ne semble pas avoir été prise en compte dans les déterminants d'un espace de bien-être.

Figure 14 : Cartographie des espaces de bien-être conçus aux approches du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour l'ensemble des utilisateurs : point de référence pour la vérification empirique

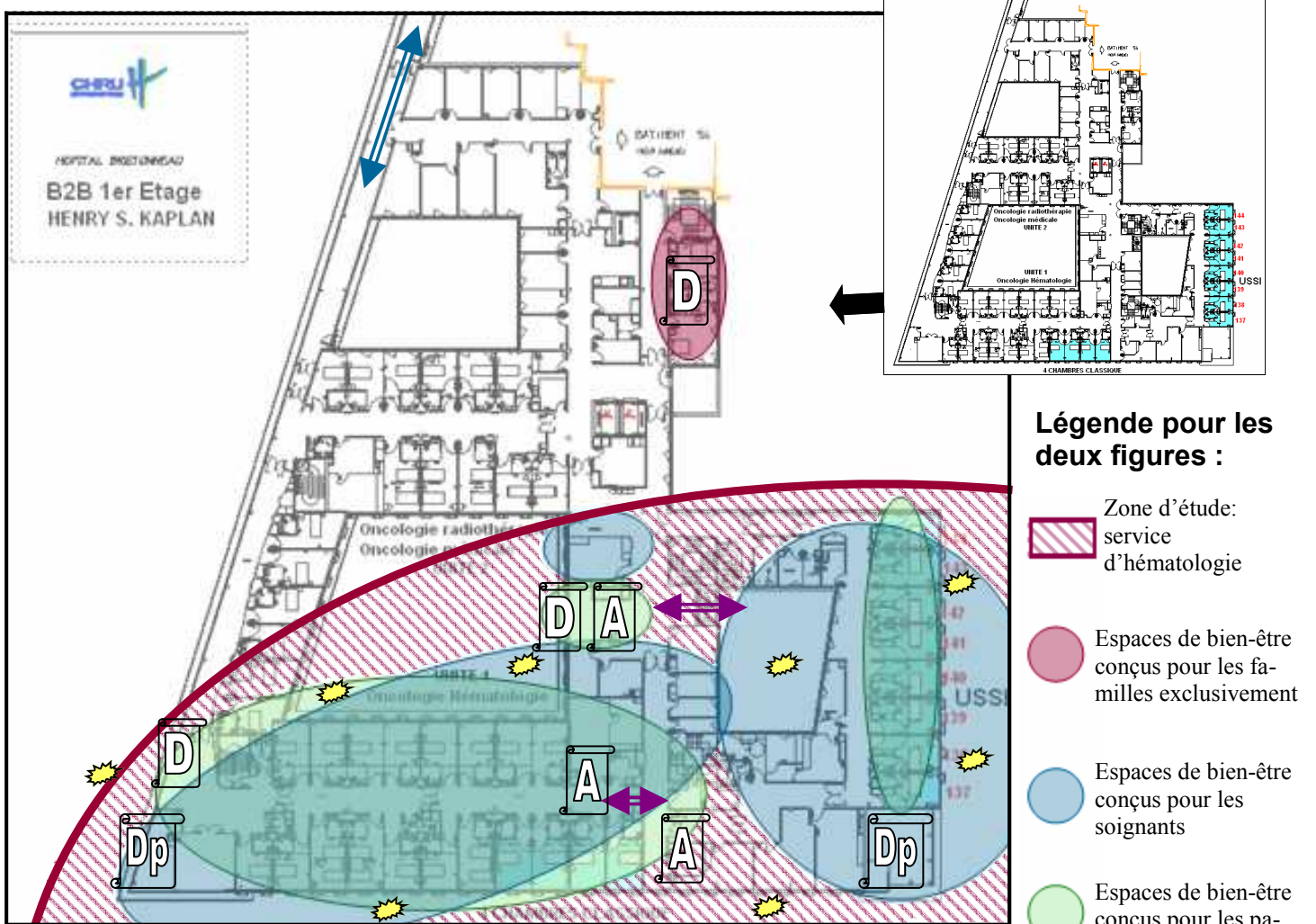


Figure 15 : Cartographie des espaces de bien être conçus dans le service d'hématologie du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour l'ensemble des usagers : point de référence pour la vérification empirique.

Légende pour les deux figures :





-  Zone d'étude: service d'hématologie
-  Espaces de bien-être conçus pour les familles exclusivement
-  Espaces de bien-être conçus pour les soignants
-  Espaces de bien-être conçus pour les patients et leurs proches



Figure 18 : Les espaces de bien-être intérieurs vécus des soignants

En ce qui concerne les espaces intérieurs (service d'hématologie du pôle de cancérologie), les différences sont surprenantes. Bien sur ici on s'intéresse seulement aux soignants. On constate que les espaces de bien-être vécus sont minimes par rapport aux espaces de bien-être conçus en faveur des soignants. Seuls les espaces de détente du service sont considérés comme des espaces de bien-être. L'espace de travail (salle de transmissions, office, couloirs, chambre des patients, ...) en lui-même n'est pas considéré comme un espace de bien-être

Cette constatation ne peut pas être expliquée uniquement avec la base cartographique mais peut l'être en croisant toutes les données récoltées au ni-

veau de l'analyse finale. (notamment grâce aux données issues de l'exercice de la carte mentale).

SYNTHÈSE : L' EXERCICE DE LA LOCALISATION D'ESPACES DE BIEN-ÊTRE SUR FONDS CARTOGRAPHIQUES

- Exercice qui a échoué pour les patients et les familles.
- Comparaison possible entre la cartographie de référence d'espaces de bien-être conçus et la localisation d'espaces de bien-être vécus par les soignants.

→ **Les espaces de bien-être vécus par les soignants sont différents des espaces de bien-être conçus**
Des similitudes s'observent au niveau des espaces extérieurs mais les espaces intérieurs comportent très peu d'espaces de bien-être selon les soignants. Dans un certain sens, on observe un « rétrécissement » des espaces de bien-être de la conception à l'utilisation de l'espace hospitalier.

- **La planche photographique : révélatrice d'espaces qui suscitent de bien-être par les sens**

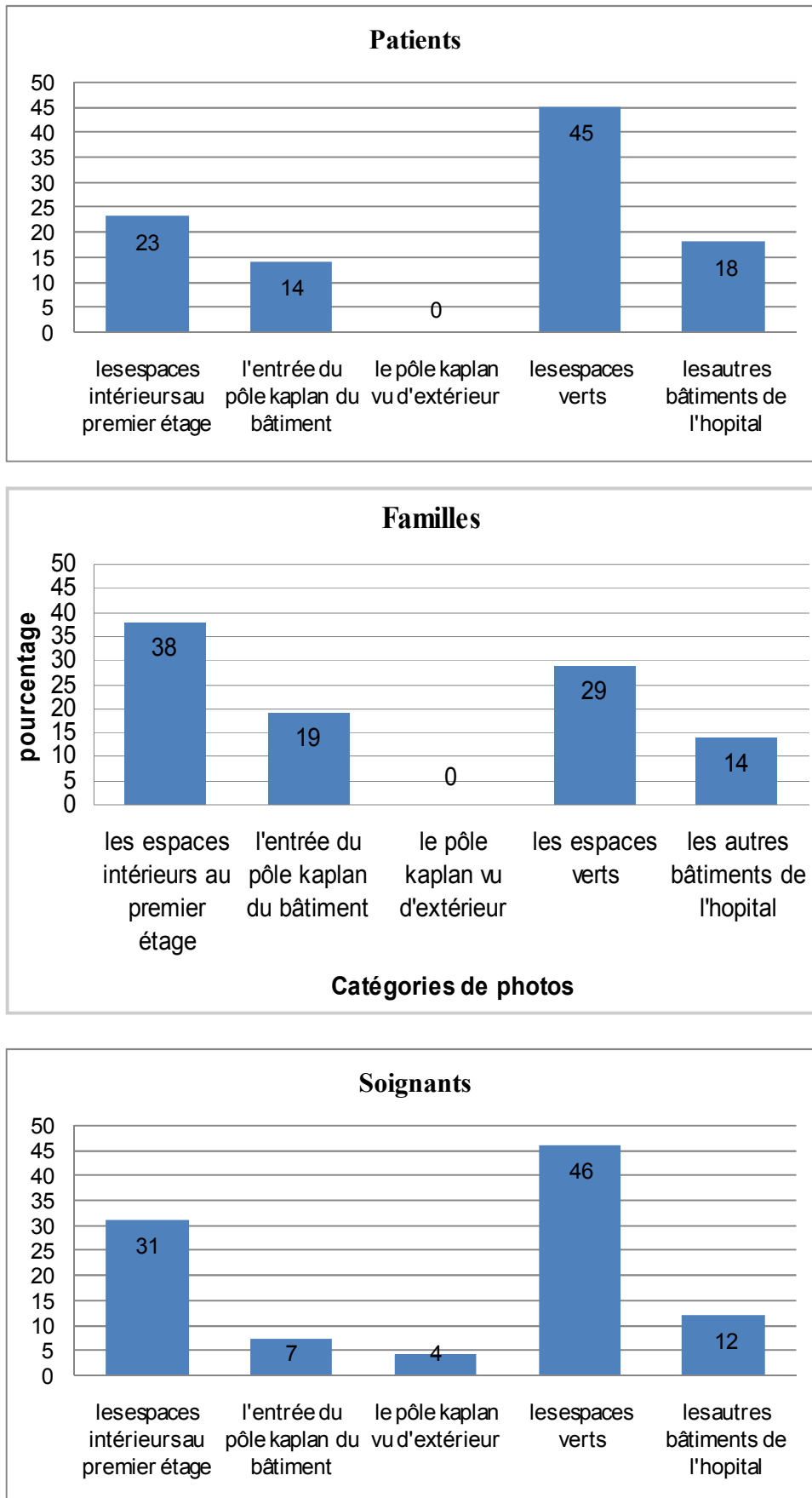


Figure 19 : Pourcentage de choix des photos classées par thèmes (en abscisse) par les trois catégories d'utilisateurs

Le dernier exercice des questionnaires proposait de choisir trois photos suscitant le bien-être chez l'utilisateur, parmi les 12 proposées. Ces photos ont été regroupées en cinq thèmes : les espaces intérieurs au premier étage ; l'entrée du pôle Kaplan, du bâtiment ; le pôle Kaplan vu d'extérieur ; les espaces verts ; les autres bâtiments de l'hôpital. Cet exercice a stimulé l'ensemble des personnes interrogées par l'effet visuel produit.

Trois graphiques ont été réalisés en fonction des trois types d'utilisateurs interrogés. En abscisse, les cinq thèmes proposés ont été représentés. L'axe des ordonnées fait référence au pourcentage de photos choisies à l'intérieur de ces thèmes pour l'ensemble de l'échantillon des différents types d'utilisateurs. On remarque que ces trois graphiques ont une allure similaire. De façon globale, les photos suscitant le bien-être sont celles qui correspondent aux espaces verts majoritairement mais aussi dans une moindre mesure celles faisant référence aux espaces intérieurs du premier étage. Le choix de ces photos par les utilisateurs s'explique en fait par ce qu'elles représentent. Les espaces pris en photo concernant les espaces intérieurs sont des espaces de détente (représentés par deux photos) et une photo de la chambre du patient. On comprend alors mieux pourquoi cette catégorie est plus élevée pour les représentants de la famille (38% de photos choisies contre 23% pour les patients et 31% chez les soignants). Par ailleurs, on s'étonne que ce thème (les espaces intérieurs au premier étage) ne récolte pas plus de suffrage pour les patients. En effet, **les espaces intérieurs sont les plus pratiqués** par ce type d'utilisateurs et en particulier la chambre qui est un nouvel espace de vie quotidien. **Pour les patients, les espaces verts sont donc le plus important de même que pour les soignants** (45% des photos choisies contre 29% pour leurs familles et 46% pour les soignants). Ces indications peuvent être synonymes d'une attirance vers les espaces extérieurs pour le patient. La même chose pourrait être dite pour les soignants. Dans ce cas on peut se poser des questions quant à l'espace de travail en lui-même : il provoquerait alors moins de bien-être? Pour le patient, le fait que les photos suscitant le bien-être fassent référence aux espaces verts peut aussi être expliqué par **l'éveil des sens de façon agréable à la vue de ces espaces de verdure.**

Si l'on regarde d'un peu plus près les commentaires adossés aux photos choisies par les patients, on remarque que tous les attributs qui éveillent les sens d'une façon positive sont soulignés : « *Belle vue extérieure* », « *Bel espace* » en parlant des espaces verts (femme de 56 ans), « *la nature* » en parlant des espaces verts (femme de 55 ans), « *art avec explication* » en parlant des tableaux présents dans le hall du bâtiment (femme de 55 ans), « *confort intérieur d'une salle de bain* » en parlant de sa chambre (femme de 56 ans). Cette observation montre que **le bien-être est suscité ici au travers du plaisir des sens** (vue principalement).

Pour l'un des patients, l'inscription du mot « *Sortie* » pour désigner la porte d'entrée du bâtiment (homme de 55ans) est révélateur : il sera bien quand il aura quitté l'espace hospitalier.

En ce qui concerne les familles, les annotations près des photos sont plus rares mais l'une est révélatrice des observations faites ultérieurement : « *quand on a quelqu'un qui est malade on ne fait pas très attention aux extérieurs* » (femme de 63 ans). La famille des patients est donc plus tournée vers l'intérieur des bâtiments, vers les « *endroits de détente* » (homme de 58 ans) qui leur permettent de se ressourcer quand ils viennent voir un proche. Ces espaces apparaissent essentiels pour eux et participent à leur bien-être. On note que la chapelle peut aussi avoir un rôle dans le bien-être . Elle est synonyme de « *réconfort spirituel* » (femme de 53 ans). Dans le cas des familles, les espaces suscitant le bien-être sont **des espaces intérieurs de détente, à proximité de la personne malade** qu'ils viennent voir.

Les soignants sont un peu plus expressifs et n'hésitent pas à affirmer que les photos présentées ne suscitent pas leur bien-être : « *Je fréquente très peu ces endroits représentés par les photos. Le lieu de bien-être pour moi, se situe derrière le bâtiment Kaplan, l'endroit par lequel tout le monde passe pour embaucher* » (infirmier de 24 ans) ou « *aucune autre photo me suscite de l'intérêt* » (infirmière de 30 ans). On peut alors penser que les photographies proposées n'étaient pas forcément bien adaptées à ce type d'utilisateurs. Cependant, les espaces verts présentés sont synonymes de bien-être en général : « *espaces verts bien entretenus calmes, et accueillants* » (femme de 24 ans), « *c'est important d'avoir un espace vert pour un hôpital* » (aide soignante de 27 ans).

La chambre du patient est ensuite désignée parce qu'elle est « *spacieuse, c'est un plus pour le bien-être du patient, tout est à disposition* » (infirmière de 33 ans). Le professionnalisme transparait dans le choix de la photo représentant la chambre du patient. Dans la plupart des cas la consigne est détournée, la chambre n'est pas en soi un espace qui suscite du bien-être pour le soignant mais qui doit le faire pour le patient. On observe un glissement : le soignant se préoccupe de ses patients.

Une seule annotation a fait référence à **l'espace de travail comme étant un espace de bien-être** : « *car cette chambre représente l'endroit où j'exerce mon métier que j'adore donc cela me procure du bien-être* » (aide soignante de 27 ans).

Les autres photos désignées font aussi appel au **plaisir des sens pour un bien-être** : « *vue agréable reposante* » en parlant d'un espace détente, « *paysage reposant* » en parlant des espaces verts (femme de 22 ans), « *le hall est accueillant, il y a des couleurs, des panneaux expliquant les actions de cancer, ce qui donnent un plus au pôle, bâtiment neuf, propre* » et « *car grand tableau (peinture) qui remplit le mur dès que l'on rentre dans le bâtiment nous tournons le regard dans cette direction* » en parlant du hall d'entrée (aide soignante de 33 ans).

Les limites de cet exercice repose sur le choix des photos de la planche photographique. Différents lieux ont été choisis mais n'ont pas balayés l'étendue de toutes les zones qui pouvaient suscitées du bien-être en particulier pour les soignants.

SYNTHÈSE : LA PLANCHE PHOTOGRAPHIQUE

- **Photos suscitant le bien-être pour les patients** : les espaces verts
- **Photos suscitant le bien-être pour les familles** : les espaces de détente intérieurs
- **Photos suscitant le bien-être pour les soignants** : les espaces verts

→ Les espaces suscitant du bien-être le font par l'intermédiaire de la stimulation positive des sens en particulier pour les patients et les soignants.

→ La chambre comme nouvel espace de vie au quotidien pour le patient n'a pas réellement fait l'objet de remarques particulières des patients. Les soignants en ont plus parlé : la chambre doit être un espace de bien-être pour les patients. Ici le lien entre la notion de pratique d'un lieu (la chambre) et un bien-être ressenti ne peut être démontré (trop peu de données).

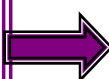
→ L'espace de travail comme espace de bien-être ne peut pas être démontré ici (lien entre la notion de pratiques et de bien-être). Les attributs de l'espace hospitalier pour être un espace de bien-être dans l'exercice de sa profession n'ont pas été détaillés par le biais de cet exercice. Un seul soignant adhère à cette position en prenant comme argument l'amour du métier et que par conséquent elle aime l'espace dans lequel elle l'exerce. (On précise cependant que l'exercice précédent a permis d'établir un lien entre pratiques de l'espace et bien-être mais ce lien n'est pas vérifiable ici).

→ **La planche photographique a permis de révéler que les espaces qui suscitent un bien-être sont des espaces qui stimulent les sens de façon positive.**

SYNTHÈSE DE L'ETAPE 1 DE L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES :

- **Importance du sensible de tout ordre pour le patient**
- **La pratique de l'espace influence le bien-être des soignants.** Si les lieux ne sont pas adaptés à l'exercice professionnel, l'espace de travail est vécu comme un espace de mal-être.

 **L'importance de l'espace pour un bien-être semble augmenter de façon graduelle du patient au soignant en passant par la famille.**

 **Les espaces de bien-être vécus par les soignants sont différents des espaces de bien-être conçus.** Des similitudes s'observent au niveau des espaces extérieurs mais les espaces intérieurs comportent très peu d'espaces de bien-être selon les soignants. Dans un certain sens, on observe un « rétrécissement » des espaces de bien-être de la conception à l'utilisation de l'espace hospitalier.

- **Photos suscitant le bien-être pour les patients :** les espaces verts
- **Photos suscitant le bien-être pour les familles :** les espaces de détente intérieurs
- **Photos suscitant le bien-être pour les soignants :** les espaces verts

 **La planche photographique a permis de révéler que les espaces qui suscitent un bien-être sont des espaces qui stimulent les sens de façon positive.**

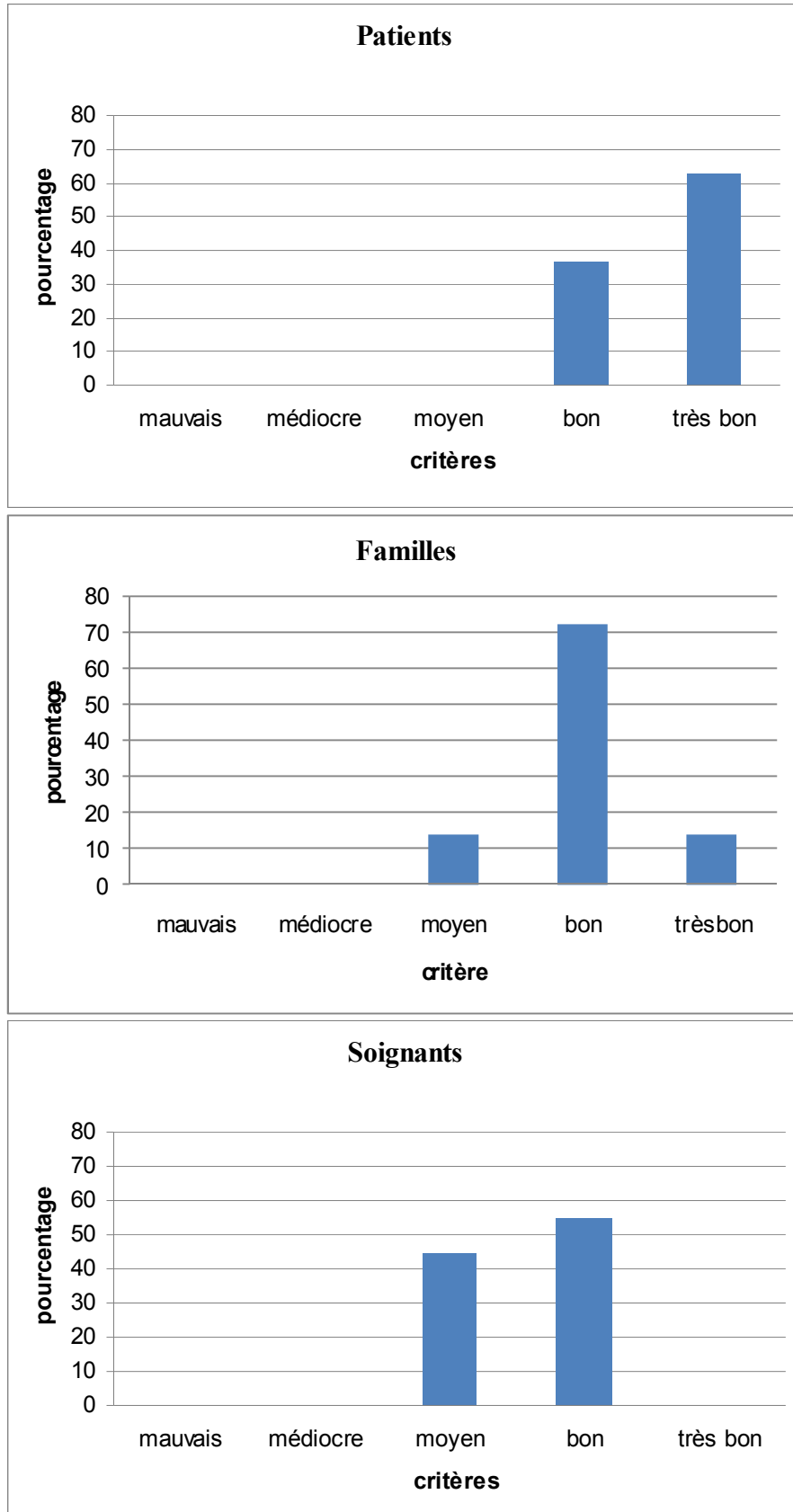
ÉTAPE 2 DE L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

- **L'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier par les usagers : Le bien-être des patients est plus élevé que celui des soignants dans l'espace hospitalier**

L'évaluation du bien-être par les usagers est une étape forcée dans cette étude. Comme nous l'avons décrite auparavant, deux méthodes ont été employées : la première est la méthode sémantique et la seconde, la méthode numérique.

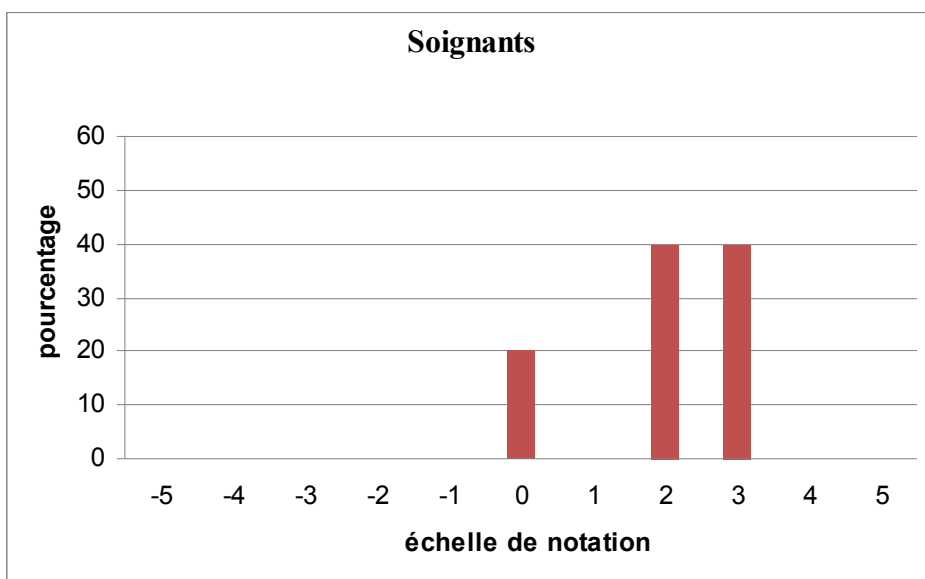
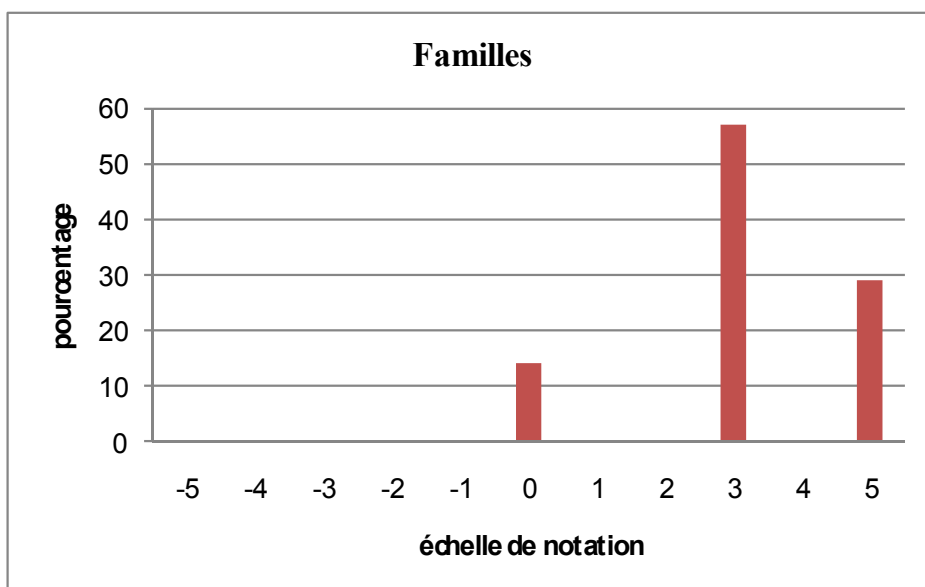
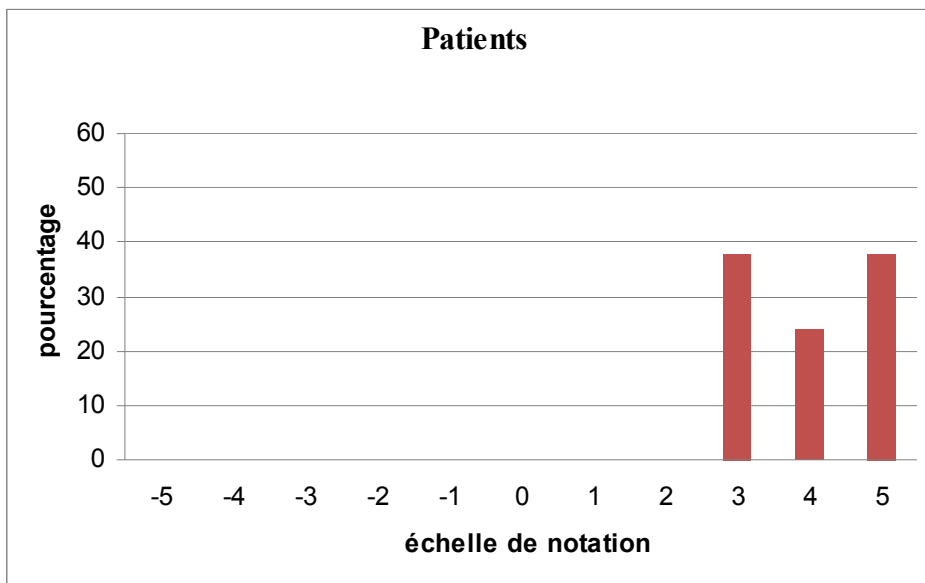
Évaluation du bien-être par méthode sémantique par les trois catégories d'usagers

Figure 20 :
Évaluation du bien-être par méthode sémantique par les trois catégories d'usagers



Évaluation du bien-être par méthode numérique par les trois catégories d'usagers

Figure 21 :
Évaluation du bien-être par méthode numérique par les trois catégories d'usagers



Il s'agissait dans cette partie du questionnaire de poser une unique question à la personne interrogée et de lui demander d'y répondre de deux façon différentes : soit par le choix d'un critère (mauvais, médiocre, moyen, bon, très bon), soit par un système de notation allant de -5 (correspondant au mal-être)) 5 (correspondant au bien-être).

Concernant les patients, les critères choisis sont soit « bon » ou « très bon », avec pour plus de 60% le critère « bon » et pour le système de notation les notes choisies sont soit 3, 4 ou 5, les notes 3 et 5 étant majoritaire à environ 35%. D'une façon générale, l'opinion des patients sur leur bien-être au sein de l'hôpital est donc plutôt positive que ce soit avec un jugement via les critères sémantiques ou la notation.

Concernant la famille, les critères choisis sont soit « moyen », « bon » ou « très bon » avec en grande majorité le critère « bon » (plus de 70%). Pour le système de notation c'est la note 3 qui a été choisie en majorité à plus de 50%, puis la note 5 à environ 30% et la note 0 à 15%. Encore une fois on remarque que l'allure des graphiques, que ce soit via le choix d'un critère sémantique ou par la notation, est proche. L'opinion de la famille concernant leur bien-être à l'hôpital est également positive mais dans une moindre mesure que pour les patients.

Finalement concernant les soignants, les critères sélectionnés sont soit « moyen » soit « bon » à quasi égalité et les notes choisies sont 2 et 3 à 40% et 0 à 20%. Encore une fois l'allure de graphiques est similaire selon les deux types de réponse. L'opinion des soignants est plutôt positive également mais encore dans une moindre mesure par rapport à la famille et encore davantage par rapport aux patients.

L'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier permet d'observer un glissement du patient au soignant en passant par la famille : le bien-être est plus élevé chez les patients que chez les soignants de façon général. Cette observation paraît étonnante. Malgré leur état de maladie les patients se sentent bien. L'analyse des critères de bien-être va maintenant être réalisée afin de comprendre ces résultats puis de pouvoir faire une analyse comparative avec la première grille de critères de conception à vocation de bien-être.

- **Comparaison entre les critères de bien-être des usagers et les critères de conception à vocation de bien-être : des critères de conception qui coïncident en partie à certains critères de bien-être des usagers**

Maintenant que l'évaluation du bien-être a été effectuée, il s'agit de savoir quels critères sont nécessaires pour le bien-être des trois catégories d'usagers. Les réponses aux questionnaires ont toutes été répertoriées. Une comparaison va être effectuée avec le tableau de critères de conception à vocation de bien-être présent ci-dessous:

CRITÈRES GÉNÉRAUX	CRITÈRES EN FAVEUR DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES	CRITÈRES EN FAVEUR DES SOIGNANTS
Fonctionnalité	Accueil des patients et des familles	Optimisation de l'activité médicale
Luminosité	Amélioration des conditions de prise en charge des patients	Amélioration des conditions de travail des personnels
Liaisons directes et aisées entre les bâtiments	Facilité d'accès pour les patients et leurs proches	Limitation des déplacements
Solidité des matériaux		Facilité technique d'entretien et de maintenance
Séparation des flux		
Évolutivité des espaces		
Entretien des matériaux		

Avec l'analyse des critères de bien-être présentée dans les pages suivantes, on s'aperçoit que les critères de conception à vocation de bien-être n'ont pas été mal choisis puisque certains sont repris par les usagers eux-mêmes.

Ce qui n'est pas pris en compte dans les critères de conception à vocation de bien-être ce sont les aspects de bien-être dans la vie quotidienne des usagers (information, soins,...) ou les aspects de rapports humains (rapport entre soignants, rapport soignants/patients, rapport familles/soignants,...) et d'état psychologique personnel. Mais il est difficile de prendre en compte ces critères.

Par contre l'observation qui peut être faite, c'est que la grande majorité des critères de conception à vocation de bien-être n'a pas été reprise par les usagers. Ce sont des critères trop techniques. En majorité ce sont les critères de conception compris dans la colonne critères généraux.

PATIENTS	
Critères principaux de bien-être	Réponses données lors des questionnaires
Relation patients/soignants	la gentillesse des soignants et des médecins
	la disponibilité du personnel
	l'entourage des soignants
	la qualité du personnel
	l'accueil chaleureux du personnel
	la proximité du personnel
L'information	les explications sur les traitements / maladie
Les soins	la ponctualité des soins
	la qualité des soins
	la rapidité du traitement pour sortir au plus vite
La prise en charge	la bonne prise en charge
	le fait de se faire servir
	de ne pas avoir les soucis du quotidien (vaisselle, cuisine)
	la nourriture convenable
Possibilité d'accueillir la famille	la présence de l'entourage pour faire passer le temps
	la présence de l'entourage (amis)
Environnement sain	la propreté de la chambre
Possibilité d'être autonome	les sorties hors de la chambre, la promenade à la cafeteria et dans les espaces verts
Possibilité d'avoir une activité au sein de l'hôpital	l'ordinateur
	la venue de la socio esthéticienne (ça permet de sortir de la maladie)
	la visite de l'art thérapeute

CRITÈRES DE CONCEPTION À VOCATION DE BIEN-ÊTRE EN FAVEUR DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES
Accueil des patients et des familles
Amélioration des conditions de prise en charge des patients
Facilité d'accès pour les patients et leurs proches
Fonctionnalité
Luminosité
Liaisons directes et aisées entre les bâtiments
Solidité des matériaux
Séparation des flux
Évolutivité des espaces
Entretien des matériaux

Tableau 13 : critères de bien-être pour les patients de l'espace hospitalier

De façon générale, les critères de bien-être des patients pour leur bien-être sont beaucoup plus importants que les critères de conception à vocation de bien-être. Les critères de couleur rouge sont les critères qui coïncident avec les critères de conception. On note bien que sur la quantité, ils sont minoritaires.

Ce qui explique ce décalage, c'est l'importance des critères subjectifs (relation patients/soignants) ou des critères dépendant de l'individu (possibilité d'être autonome). Cependant, l'information, les soins, la possibilité d'avoir une activité à l'hôpital dépendent totalement du quotidien de l'espace hospitalier. Avec du recul, les critères avancés par les patients restent proches des critères de conception (prise en charge, accueil des familles, environnement sain).

FAMILLES	
Critères principaux de bien-être	Réponses données lors des questionnaires
Relation familles/soignants	le personnel qui est à l'écoute
	les demandes formulées par les patients satisfaites rapidement
	la gentillesse du personnel
	le compétence du personnel
	l'encadrement de la part du personnel (personnes aimables)
	le langage clair des médecins
Relation patients/soignants	reconnaissance dans la psychologie du patient
Possibilité d'accueil de la famille sur place	le fait de pouvoir dormir à la maison des parents
	la possibilité d'être auprès du patient
	l'accueil
État psychologique du patient	le fait de voir le patient détendu, qui rigole
L'information	l'information
	l'information concernant les soins
La prise en charge des patients	le suivi de la maladie
Les soins	les soins adaptés
Environnement sain	la propreté
	le calme
	un lieu de vie propre, confortable, pratique et aéré
	le calme, la sérénité, le respect,

CRITÈRES DE CONCEPTION À VOCATION DE BIEN-ÊTRE EN FAVEUR DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES
Accueil des patients et des familles
Amélioration des conditions de prise en charge des patients
Facilité d'accès pour les patients et leurs proches
Fonctionnalité
Luminosité
Liaisons directes et aisées entre les bâtiments
Solidité des matériaux
Séparation des flux
Évolutivité des espaces
Entretien des matériaux

Tableau 14 : critères de bien-être pour les familles de l'espace hospitalier

De façon générale, les critères de bien-être des familles sont aussi plus importants que les critères de conception à vocation de bien-être. Les critères de couleur rouge sont les critères qui coïncident avec les critères de conception.

Les critères subjectifs (relation familles/soignants, relation patients/soignants) ou des critères dépendant de l'individu (état psychologique du patient) sont ici importants et sont tournés vers l'individu malade. C'est comme si la famille se sentait bien quand le patient est bien.

Les critères de conception à vocation de bien-être sont les mêmes que les patients a avoir été repris (prise en charge, accueil des familles, environnement sain). Cette observation renforce l'importance de ces critères et souligne le bon choix des critères lors de la phase de la conception du pôle hospitalier. Cependant, de nombreux critères entre les patients et la famille sont identiques.

SOIGNANTS	
Critères principaux de bien-être	Réponses données lors des questionnaires
Relation patients/soignants	la disposition des médecins et des équipes pour répondre aux besoins des patients
	la relation avec les patients, l'écoute relationnelle avec le patient
	avoir le temps de s'occuper des patients de façon favorable
	le confort du patient, la satisfaction du soigné
	la disponibilité
Conditions de travail	moyens matériels à disposition : laboratoire, radiologie, etc
	un matériel adapté
Relation entre soignants	la relation avec les personnes (familles, collègues)
	la bonne ambiance, une ambiance paisible
	la reconnaissance
	la communication
	la bonne relation avec l'équipe
	l'entente avec ses collègues
	le dialogue et l'écoute
Optimisation de l'activité médicale	la bonne organisation du service
Accueil des patients et des familles	l'accueil et savoir-être
Environnement sain	la sécurité
	la propreté
État psychologique personnel	l'aisance
	faire ce que l'on aime c'est-à-dire s'occuper des gens
	le sourire
	savoir que le travail est bien fait
	être détendu

CRITÈRES DE CONCEPTION À VOCATION DE BIEN-ÊTRE EN FAVEUR DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES
Optimisation de l'activité médicale
Amélioration des conditions de travail des personnels
Limitation des déplacements
Facilité technique d'entretien et de maintenance
Fonctionnalité
Luminosité
Liaisons directes et aisées entre les bâtiments
Solidité des matériaux
Séparation des flux
Évolutivité des espaces
Entretien des matériaux

Tableau 15 : critères de bien-être pour les soignants de l'espace hospitalier

De façon générale, les critères de bien-être des soignants sont aussi plus importants que les critères de conception à vocation de bien-être. Les critères de couleur rouge sont les critères qui coïncident avec les critères de conception.

Les critères subjectifs (relation entre soignants, relation patients/soignants) ou des critères dépendant de l'individu (état psychologique personnel) sont aussi importants que pour les autres catégories d'usagers.

Deux critères de conception à vocation de bien-être ont été repris par les patients et l'ensemble de autres usagers (accueil des familles, environnement sain). Par ailleurs, il faut signaler que le critère « accueil des patients et des familles » ne fait normalement pas partie des critères à vocation de bien-être des soignants. La validité de ces critères auprès de tous les usagers confondus peut être affirmée. On remarque que les critères en commun sont plus nombreux chez les soignants. On peut émettre que cette observation est en particulier due à la concertation qui a été effectuée auprès des soignants lors de la conception du projet. En effet, les autres critères sont relatifs aux individus et à leurs relations entre eux.

SYNTHÈSE : EVALUATION DU BIEN-ÊTRE DES USAGERS ET COMPARAISON DES CRITÈRES DE BIEN-ÊTRE DES USAGERS AUX CRITÈRES DE CONCEPTION À VOCATION DE BIEN-ÊTRE

- **Évaluation du bien-être des usagers de l'espace hospitalier** : le patient a un bien-être plus élevé que sa famille et encore plus que le soignant au sein du pôle hospitalier Henry.S Kaplan. Mais dans l'ensemble les usagers évaluent leur bien-être à l'hôpital de façon positive.
- **Comparaison des grilles de critères** : Les critères de bien-être des usagers reprennent systématiquement deux ou trois critères de la grille de critères de conception à vocation de bien-être. Les critères de bien-être des soignants reprennent plus de critères de conception en générale. On peut supposer que cela est dû à la concertation dont ils ont fait l'objet lors de la conception. Les critères de bien-être issus du rapport entre les individus et de l'état psychologique de l'utilisateur prennent une grande part pour le bien-être de ces derniers. De nombreux critères de conception à vocation de bien-être ne sont pas repris par les usagers.

→ **Même si on observe une adéquation partielle des critères de bien-être des usagers avec les critères de conception, peut-on dire qu'il y a adéquation entre espace de bien-être conçus et espace de bien-être vécus?**

- **Le pôle de cancérologie Henry.S Kaplan est-il un espace de bien-être vécu par les usagers?**

Cette partie de l'analyse fait référence en grande partie à la rubrique 4 des questionnaires. L'objectif est de savoir si l'espace hospitalier du cas d'étude est un espace de bien-être pour les usagers. Une étude graphique va être réalisée afin de visualiser le rapport à l'espace hospitalier concerné. Cette étude graphique se divise en six parties dont les titres sont les suivants:

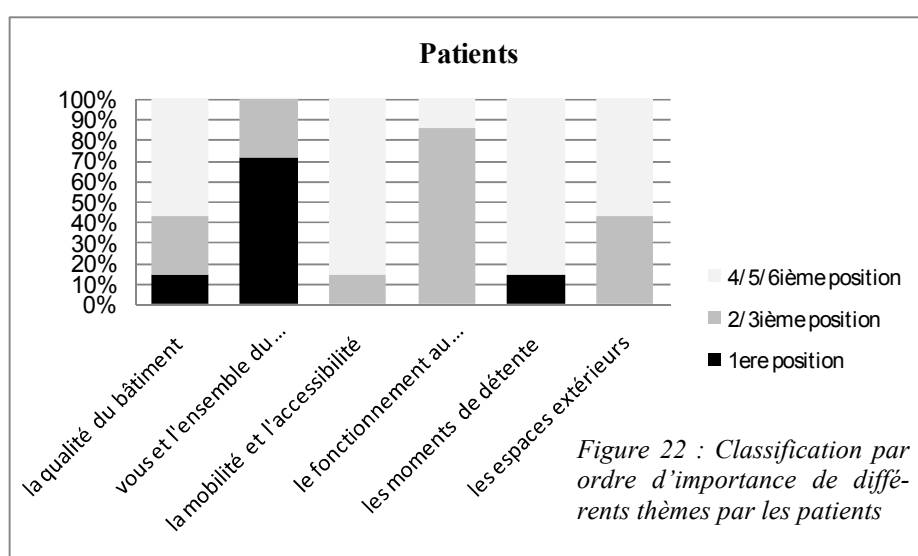
- Classification par ordre d'importance de différents thèmes
- Opinion des patients et des familles sur la chambre et des soignants sur leur lieu de travail
- Opinion des personnes interrogées concernant le bâtiment du pôle Kaplan
- Les espaces mis à disposition participent-ils au bien-être des patients ?
- L'espace hospitalier peut-il être un espace de bien-être ?
- Pour vous qu'est-ce qu'un espace de bien-être?

Ces six parties permettent à la fois de pouvoir faire une comparaison avec les critères de bien-être émis précédemment. Elles ont ensuite pour objectif d'étudier le rapport à l'espace hospitalier des trois catégories d'utilisateurs. Et elles s'intéressent ensuite à la définition du terme « espace de bien-être » afin de savoir si le bien-être peut être réellement spatialisé en fonction de chaque catégorie d'utilisateurs.

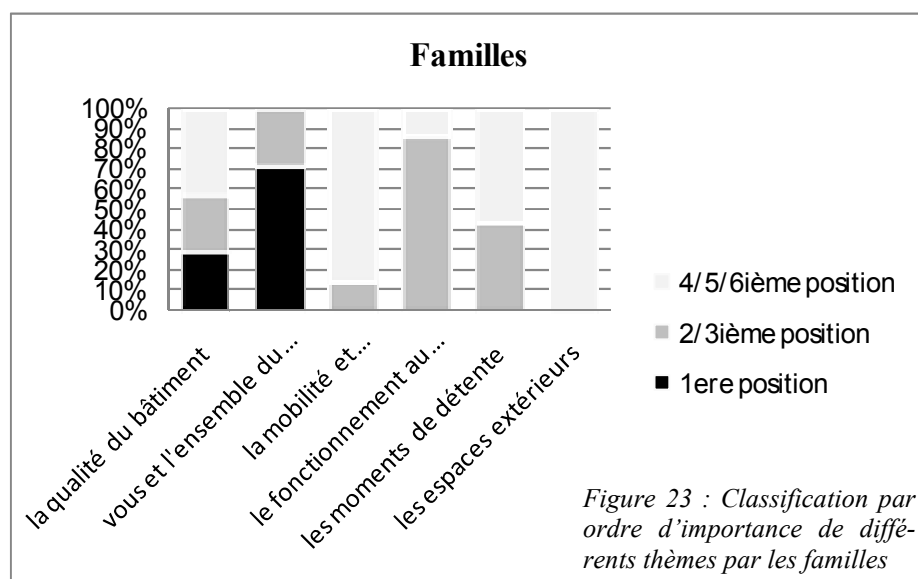
Classification par ordre d'importance de différents thèmes

Dans cette partie du questionnaire six thèmes étaient proposés aux personnes interrogées. Il leur fallait les classer par ordre d'importance pour leur bien-être, c'est-à-dire positionner en premier les thèmes qui ont le plus d'importance pour eux pour assurer leur bien-être au sein de l'hôpital. Pour les patients et la famille les six thèmes suivants étaient proposés : « la qualité du bâtiment », « vous et l'ensemble du personnel », « la mobilité et l'accessibilité », « le fonctionnement au quotidien », « les moments de détente et les espaces extérieurs ». Pour les soignants ces thèmes ont été légèrement adaptés à savoir : « la qualité du bâtiment », « vous et l'ensemble des patients », « la mobilité et l'accessibilité », « le fonctionnement au quotidien », « vous et l'équipe médicale et les espaces extérieurs ».

Les graphiques ainsi réalisés représentent pour chaque thème la position à laquelle il a été cité. La première position étant représentée en noir, la deuxième et la troisième position en gris et la quatrième, cinquième et sixième position en gris plus clair. Donc plus un thème a de couleurs foncées plus il va être important, selon la personne interrogée, pour son bien-être.



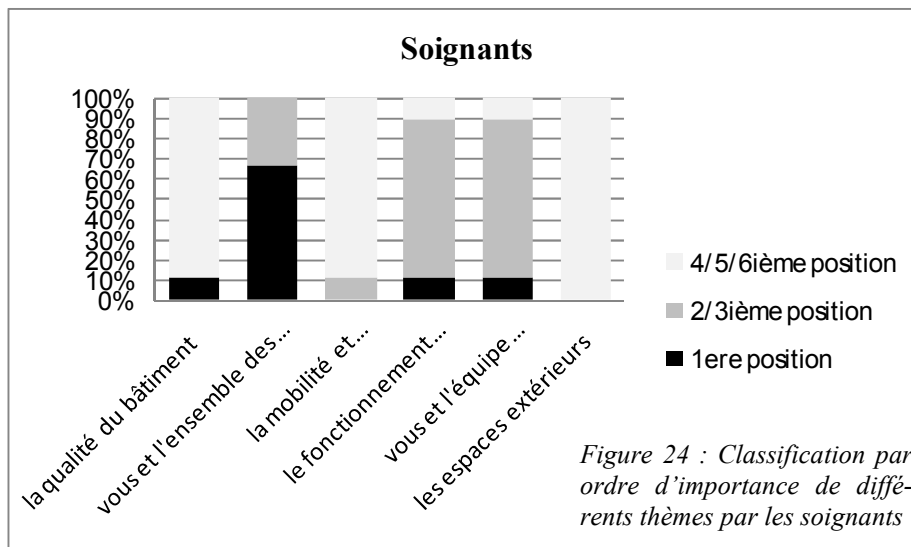
Concernant les patients, le thème qui est en majorité classé dans les premiers est « vous et l'ensemble du personnel » pour 70% des personnes. De plus lors des entretiens, c'est celui qui paraissait le plus évident à citer pour les patients. Vient ensuite « le fonctionnement au quotidien » et « la qualité du bâtiment ». Les trois thèmes cités la plupart du temps dans les trois dernières positions sont : « la mobilité et l'accessibilité », « les moments de détente » et « les espaces extérieurs ».



Concernant la famille, on retrouve les mêmes tendances que pour les patients, à savoir que le thème qui arrive en première position est « vous et l'ensemble du personnel » à 70% et ceux arrivant ensuite sont « la qualité du bâtiment » et « le fonctionnement au quotidien ». Viennent ensuite, tout comme pour les patients « la mobilité et l'accessibilité », « les moments de détente » et « les espaces extérieurs ».

Les deux graphiques sont d'apparence similaire. Le plus important pour ces deux types d'utilisateurs sont leurs relations avec le personnel. La qualité du bâtiment ne vient qu'en second plan. On observe un recouplement par rapport aux critères de bien-être énoncés précédemment. Il est vrai que dans ces critères

beaucoup relevaient de la relation patient/soignant ou famille/soignant.



On ne retrouve pas tout à fait les tendances observées précédemment chez les patients et leurs familles. Le thème qui arrive en premier est « vous et l'ensemble des patients » pour 65% des personnes et il arrive ensuite soit en deuxième, soit en troisième position pour le reste des cas. Pour les soignants, les thèmes qui arrivent ensuite sont « le fonctionnement au quotidien » et « vous et l'équipe médicale » à environ 80%. Enfin « la qualité du bâtiment », « la mobilité et l'accessibilité » et « les espaces extérieurs » arrivent en quatrième, cinquième et sixième positions.

La relation aux patients est importante. On retrouve aussi ici un recouplement avec les critères de bien-être énoncés. Les relations avec l'équipe médicale sont aussi très importantes étant donné que ce sont des relations de travail. On remarque que la qualité du bâtiment est secondaire.

SYNTHÈSE : Le classement par ordre d'importance de différents termes faisant à la fois référence aux conditions matérielles mais aussi aux relations entre les individus au sein du système hospitalier permet de pouvoir hiérarchiser ce qui est le plus important pour le bien-être : l'espace ou le relationnel.

Dans le cas des patients et de leurs familles les relations avec les soignants sont les plus importantes mais les conditions matérielles arrivent directement derrière (qualité du bâtiment).

En ce qui concerne les soignants, le relationnel est le plus important à tout point de vue : relation avec le patient en tête, relation entre soignant. La qualité du bâtiment et les espaces verts arrivent en dernière position.

(On voit ici la limite de l'exercice de la planche photographique où les espaces verts sont pourtant très appréciés...)

Opinion des patients et des familles sur la chambre et des soignants sur leur lieu de travail

Pour cette question il s'agissait pour les personnes interrogées de caractériser leur opinion sur la chambre pour les patients et la famille et sur leur lieu de travail pour les soignants. Il leur fallait choisir parmi 5 critères : très satisfait, plutôt satisfait, moyennement satisfait, plutôt insatisfait, insatisfait.

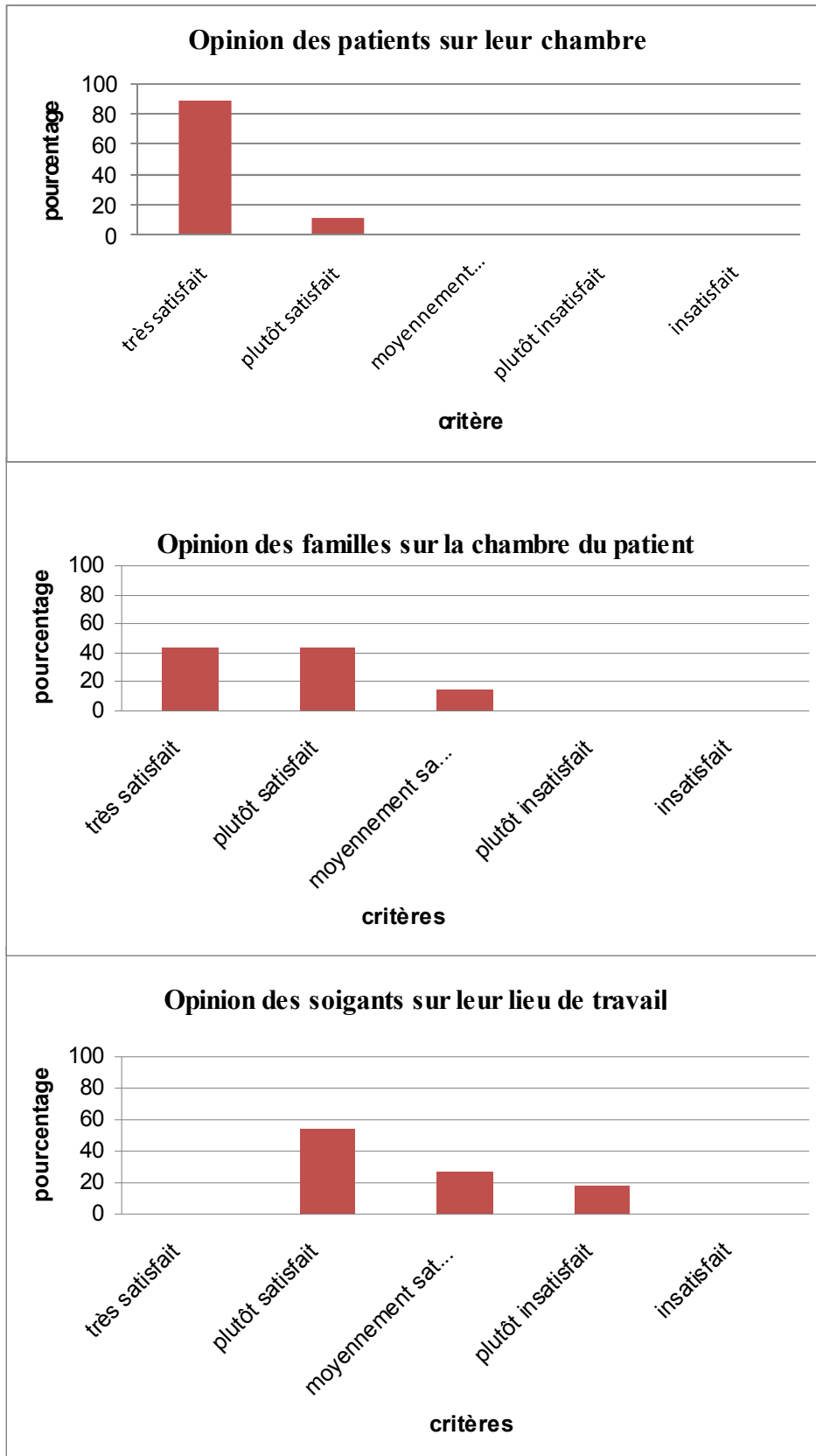


Figure 25 : Opinion des patients et des familles sur la chambre et des soignants sur leur lieu de travail

Quasiment 90% des patients sont « très satisfait » de leur chambre. Donc d'une façon générale on peut dire que les patients ont une très bonne opinion de leur chambre.

Pour les familles, plus de 40% sont « très satisfait » et plus de 40% également sont « plutôt satisfait ». Même si la satisfaction est moins importante que pour les patients, la famille possède une bonne opinion de la chambre.

Enfin pour les soignants, plus de 50% sont « plutôt satisfait », 30% sont « moyennement satisfait » et 20% « plutôt insatisfait ». Dans le cas des soignants, l'opinion est moins positive concernant leurs conditions de travail, ils sont d'une façon générale moyennement satisfaits.

SYNTHÈSE : Satisfaction des patients (et de leurs proches) quant à leur principal lieu de vie, satisfaction mitigée pour les soignants quant à leur lieu de travail.

Opinion des usagers concernant le bâtiment du pôle Kaplan : profil d'image du bâtiment

Cette question avait pour but de connaître l'opinion des personnes interrogées sur le bâtiment de cancérologie. Pour chaque critère proposé ils devaient choisir entre deux possibilités : bâtiment accueillant / non accueillant, bâtiment apaisant / non apaisant, bâtiment lumineux / non lumineux, bâtiment accessible / non accessible, bâtiment confortable / non confortable, bâtiment calme / bruyant, bâtiment fonctionnel / non fonctionnel. Le bleu correspond à des critères positifs et le rouge aux critères négatifs. Le fait de mettre l'ensemble des propositions côte à côte permet d'avoir une vue d'ensemble de l'opinion des personnes interrogées sur le bâtiment

Concernant les patients, on observe que le bleu domine, c'est donc que l'opinion des patients est très positive. On peut noter que pour deux des sept critères cette opinion est moins marquée : le bâtiment n'est pas apaisant pour 30% des patients et 50% pensent que le bâtiment est bruyant.

L'analyse que l'on peut faire pour la famille est quasiment la même que pour les patients c'est à dire que dans l'ensemble leur opinion sur le bâtiment est bonne. Les mêmes nuances sont à effectuer sur les critères « bâtiment apaisant » et « bâtiment calme » mais dans une moindre mesure puisque seuls 30% trouvent le bâtiment n'est pas apaisant et 30% trouvent le bâtiment n'est pas calme.

Enfin, concernant les soignants l'analyse qui peut être faite est beaucoup plus contrastée c'est-à-dire que le rouge et le bleu sont à peu près équivalents sur le graphique ce qui signifie que l'opinion n'est ni bonne ni mauvaise mais entre les deux. Les deux critères qui sont les plus critiqués sont les suivants : un « service non pratique » pour 65% de personnes interrogées et un « bâtiment non organisé » pour 75%.

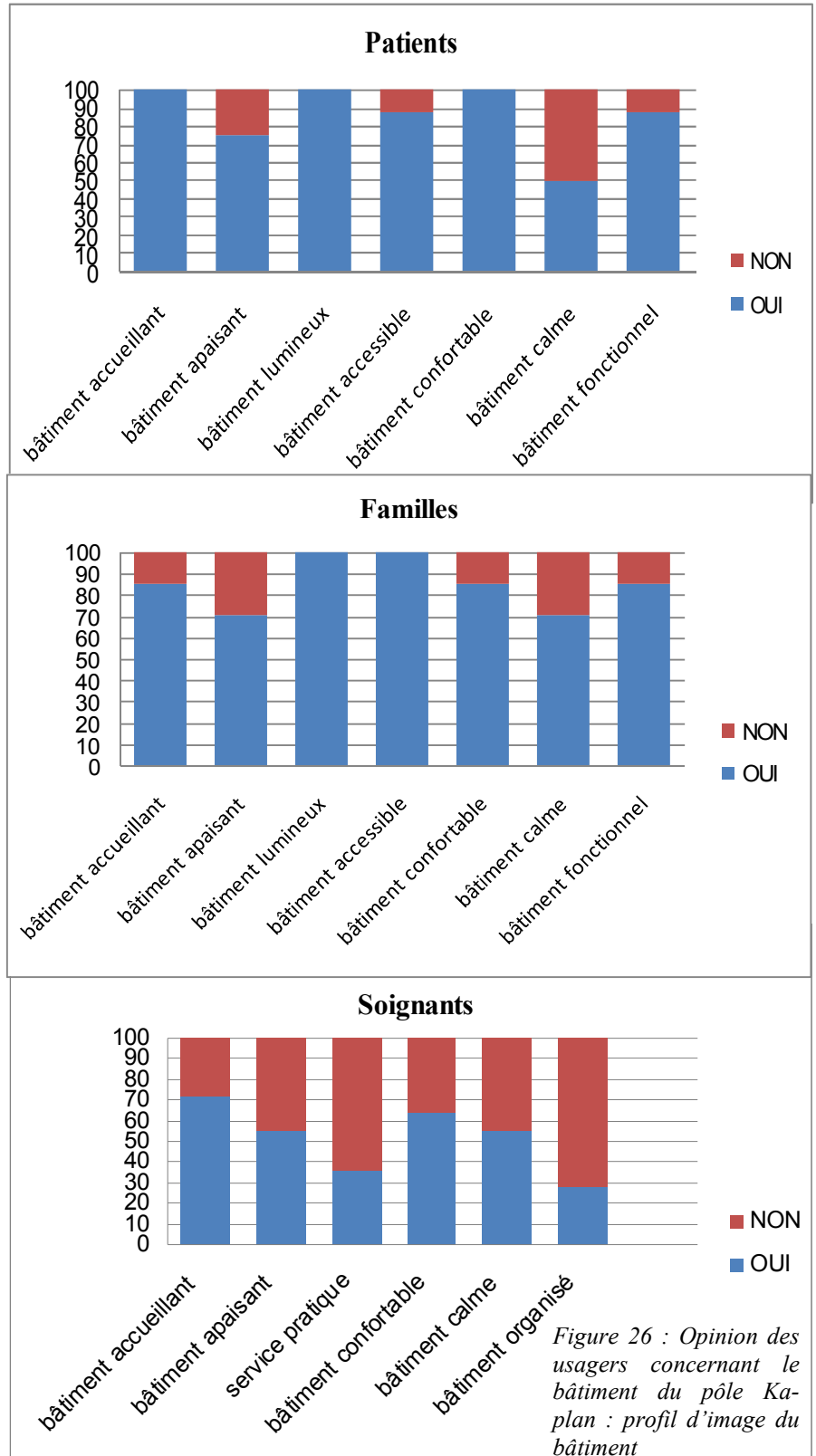


Figure 26 : Opinion des usagers concernant le bâtiment du pôle Kaplan : profil d'image du bâtiment

SYNTHÈSE : Le profil d'image du bâtiment Kaplan est positif pour les patients et les familles mais l'est beaucoup moins pour les soignants : le lieu de travail n'est pas encore assez pratique, ni organisé.

Les espaces mis à disposition participent-ils au bien-être des usagers?

Patients

	POURCENTAGE	NOMBRE
oui	88	7
peut être	12	1
non	0	0

Familles

	POURCENTAGE	NOMBRE
oui	57	4
peut être	29	2
non	14	1

Soignants

	POURCENTAGE	NOMBRE
oui	18	2
peut être	36	4
non	46	5

Figure 27 : Les espaces mis à disposition participent-ils au bien-être des usagers?

La question qui était posée était la suivante : Les espaces mis à votre disposition participent-ils à votre bien-être ? Les personnes interrogées devaient répondre par oui, peut-être ou non.

Pour les patients la réponse est en grande majorité positive, puisque c'est « oui » pour 88% et il est à noter qu'aucune personne n'a répondu « non ».

Pour la famille, il y a une majorité de 57% pour laquelle la réponse est « oui ». Néanmoins 29% répondent « peut-être » et 14% « non ». L'opinion est donc en majorité positive mais moins marquée que pour les patients.

Concernant les soignants 46% répondent « non », 36% « peut-être » et 18% « oui ». Dans ce cas il n'y a pas de majorité néanmoins l'opinion générale tend plutôt vers une opinion négative quant au bien-être provoqué par les espaces mis à disposition des soignants.

SYNTHÈSE : L'opinion sur l'espace hospitalier mis à disposition des usagers pour leur bien-être est contrasté. L'espace hospitalier participe au bien-être du patient et dans une moindre mesure au bien-être de la famille. Par contre, l'espace hospitalier ne participe pas au bien-être des soignants. On observe le même schéma que pour la question précédente. Les locaux mis à disposition pour un espace de travail ne sont pas adaptés l'exercice professionnel des soignants (non pratique, non organisé et par conséquent un mal-être en découle).

L'espace hospitalier peut-il être un espace de bien être ?

Patients

	POURCENTAGE	NOMBRE
oui	75	6
peut être	0	0
non	25	2

Familles

	POURCENTAGE	NOMBRE
oui	29	2
peut être	14	1
non	57	4

Soignants

	POURCENTAGE	NOMBRE
oui	0	0
peut être	37	3
non	63	5

Figure 28 : L'espace hospitalier peut-il être un espace de bien être ?

La question qui était posée était la suivante : L'espace hospitalier peut-il être un espace de bien-être ? Les personnes interrogées devaient répondre par oui, peut-être ou non.

75% des patients considèrent que l'espace hospitalier peut être un espace de bien-être, contre 25% qui pensent que non. Ainsi, une majorité estime que l'hôpital peut être un espace de bien-être.

Au contraire pour la famille, 57% estiment que l'espace hospitalier ne peut pas être un espace de bien-être, 29% pensent qu'il peut être espace de bien-être et 29% répondent « peut-être ». La majorité ne considère donc pas l'hôpital comme pouvant être un espace de bien-être.

Enfin pour les soignants, 63% pensent que l'hôpital et donc leur lieu de travail ne peut pas être un espace de bien-être et 37% répondent peut-être. L'opinion est très négative.

SYNTHÈSE : L'espace hospitalier peut être un espace de bien-être pour les patients. Ce n'est pas le cas pour leurs familles et encore moins pour les soignants qui répondent de façon unanime que l'espace hospitalier ne peut être un espace de bien-être. Les conclusions faites auparavant se vérifient là aussi.

Pour vous, qu'est-ce qu'un espace de bien-être?

Afin de comprendre les composantes d'un espace de bien-être, la question : « qu'est-ce que pour vous un espace de bien-être? » a été posée aux usagers. De façon directe, l'usager a répondu en direction de l'espace hospitalier dans la majorité des cas. C'est un peu comme si l'on leur avait posé la question : « qu'est-ce qu'un espace de bien-être dans l'espace hospitalier? » Les réponses sont intéressantes. Une liste des réponses a été effectuée pour chaque catégorie d'usagers.

ESPACE DE BIEN-ÊTRE POUR LES PATIENTS

Des fauteuils pour les patients, endroit où on pourrait recevoir les enfants, on pourrait écouter de la musique, faire de la relaxation, se détendre.

Petit coin avec un vélo ou un tapis de marche afin de faire un petit peu de sport.

Pas de réponse.

Milieu aquatique (type thalasso), on pourrait y faire du fitness (genre vélo d'appartement).

Salle de cinéma.

Pas de réponse.

Petit salon où on pourrait jouer aux cartes, discuter.

En ce qui concerne les patients l'espace de bien-être est un espace où l'on fait place aux loisirs (cinéma), aux jeux (jeux de cartes), aux sports (vélo, fitness), à la détente (relaxation, thalasso). C'est aussi un lieu où l'on peut recevoir ses proches et échanger.

L'ensemble des actions que le patient aimerait pouvoir exercer est symbolisé par un endroit, une pièce ou du mobilier : fauteuils, endroit, petit coin, salle de cinéma, petit salon. Ainsi, l'espace de bien-être en milieu hospitalier est un espace dédié aux patients et ses proches loin de la chambre d'hôpital et dédié aux plaisirs du corps et des sens. L'aspect matériel reste très présent. Par conséquent ici le bien-être semble pouvoir être spatialisé.

En ce qui concerne les familles, l'importance des liens familiaux est en grande partie à la base de la définition de l'espace de bien-être. Les espaces de bien-être sont des espaces où l'on se retrouve en famille mais aussi où l'on peut rencontrer d'autres familles et échanger. Avoir une chambre, un lieu dans l'hôpital pour rester proche de la personne malade est répété par trois fois. On se demande si les personnes interviewées connaissent l'existence des deux studios présents dans le service normalement à leur disposition. On fait aussi référence à une pièce avec télévision et boissons. L'espace apparaît être une façon de pérenniser le soutien et le lien affectif avec la personne malade. Des références à des lieux de bonheur, des lieux où l'on se sent bien et la santé sont émis. Ici l'espace de bien-être est composé d'aspects matériels mais aussi immatériels ou plus subjectifs (ressenti, bonheur,...).

L'espace de bien-être peut être spatialisé ici par la présence d'une pièce pour les familles et favorisant les rencontres, l'échange. Cependant pour ce qui est du bonheur, de la bonne santé et représentant un bien-être pour les familles, on ne peut a priori pas le spatialiser.

ESPACE DE BIEN-ÊTRE POUR LES FAMILLES

Un endroit pour se réunir avec les amis, la famille, où il y règne le bonheur et la bonne santé.

Un endroit où l'on se sent bien.

Un studio pour la famille, une chambre pour quelques jours.

Des chambres à louer pour la famille.

Un salon avec un distributeur de boisson, une télévision, avec des chaises plus confortables qu'il n'y a actuellement dans les petits salons.

Créer un lieu pour dormir.

Un lieu pour se rencontrer avec les autres familles, où l'on peut se détendre, avec une cafetière afin de se sentir plus à l'aise.

ESPACE DE BIEN-ÊTRE POUR LES SOIGNANTS

Un espace spacieux, calme, bien ordonné.

Un espace avec distributeur de boissons, salon privé avec des sièges confortables.

Un lieu accueillant et chaleureux, avec un personnel qualifié et accueillant.

Un espace clair, aéré, fleuri, décoré et accueillant.

Un lieu de repos, calme et non stressant.

Un espace de détente, de repas, accueillant et calme

Un endroit ou un local quel que soit le temps que l'on reste, est calme pour être apaisé, pour se ressourcer sans être dérangé directement.

Un endroit où l'on se sent bien, où l'on peut échanger.

Figure 29 : Définition d'un espace de bien-être par les usagers de l'espace hospitalier

En ce qui concerne les soignants, la référence au calme est la plus importante pour caractériser un espace de bien-être. Le calme, le lieu chaleureux, accueillant, le lieu de repos non stressant, de détente, d'apaisement, un endroit coupé du monde où l'on n'est pas dérangé fait terriblement penser à un espace de détente. Si l'on se remet dans le contexte, les soignants interrogés sont sur leurs lieux de travail. On ressent bien les références au lieu de travail : « personnel qualifié et accueillant ». Dans cette optique, les soignants peignent un espace de bien-être dans leur espace de travail. Or un espace détente pour le personnel est pourtant disponible mais d'après les propositions émises, on doute fort que cet espace à leur disposition leur conviennent et surtout du point de vue de leur bien-être personnel.

On peut donc en conclure que l'espace détente disponible dans le service d'hématologie est tout sauf calme et reposant pour les soignants. Mais que manque-t-il alors à cet espace détente?

On remarque que le terme accueillant est répété ainsi que les termes : « espace clair, aéré, fleuri, décoré », « bien ordonné ». Ces termes font référence aux sens, à un espace qui éveille les sens puisque ce dernier doit être fleuri, décoré. Il doit être plaisant pour la vue mais aussi apaisant pour l'esprit.

Ces remarques montrent que le bien-être peut être spatialisé pour les soignants. D'une part, l'ajout d'un distributeur de boissons, de sièges confortables, mais aussi un embellissement (couleur, chaleur) de la salle de détente actuelle pourraient faire un bien-être chez les soignants au sein même de leur espace de travail. Un espace peut être calme s'il retrouve sa fonction première, cela peut dépendre aussi de l'organisation en générale et du fonctionnement de l'équipe médicale. Un temps de pose doit être un temps accordé et organisé pour le patient de telle façon qu'il ne soit pas dérangé une fois qu'il rentre dans l'espace destiné à cet effet.

SYNTHÈSE : Le bien-être pour les usagers de l'espace hospitalier peut être spatialisé à plus ou moins grande échelle.

Chez les patients, un espace dédié au plaisir des sens et du corps est l'espace de bien-être idéal.

Chez la famille, l'espace de bien-être est une pièce permettant de regrouper les siens et de se retrouver. Le bien-être ne réside pas seulement à cela pour la famille : bonheur et santé sont aussi indispensables pour un espace de bien-être. Ce sont des notions qui ne sont pas spatialisables.

Chez les soignants, l'espace de bien-être est en réalité un espace accueillant où l'on trouve le repos, la tranquillité. L'espace devient alors un espace de bien-être s'il fait naître cet apaisement par les sens (vue) et s'il est consacré à cette fonction dans l'organisation quotidienne et le fonctionnement de l'équipe médicale (respect du temps de pose).

- **Évaluation du bien-être des usagers de l'espace hospitalier** : l'ensemble des usagers évalue leur bien-être à l'hôpital de façon positive. Le bien-être du patient est le plus élevé de toutes les catégories d'utilisateur.
- **Comparaison de la grille de critères de conception à vocation de bien-être et des grilles de critères de bien-être des usagers** : Les critères de bien-être des usagers reprennent systématiquement deux ou trois critères de la grille de critères de conception à vocation de bien-être. Les critères de bien-être issus du rapport entre les individus et de l'état psychologique de l'utilisateur prennent une grande part pour le bien-être de ces derniers. **L'espace peut-il réellement apporter un bien-être psychologique?**

➔ **Même si on observe une adéquation partielle des critères de bien-être des usagers avec les critères de conception, peut-on dire qu'il y a adéquation entre espace de bien-être conçus et espace de bien-être vécus?**

- **Hiérarchisation des paramètres les plus importants pour le bien-être : l'espace ou le relationnel?** Dans le cas des patients et de leurs familles les relations avec les soignants sont les plus importantes mais les conditions matérielles arrivent directement derrière (qualité du bâtiment). En ce qui concerne les soignants, le relationnel est le plus important à tout point de vue : relation avec le patient en tête, relation entre soignants. La qualité du bâtiment et les espaces verts arrivent en dernière position **De même, l'espace peut-il réellement apporter un bien-être psychologique?**

- **Satisfaction des patients et de leurs proches quant à leur principal lieu de vie à l'hôpital, satisfaction mitigée pour les soignants quant à leur lieu de travail.**
- **Le profil d'image du bâtiment Kaplan est positif pour les patients et les familles mais l'est beaucoup moins pour les soignants : le lieu de travail n'est pas encore assez pratique, ni organisé.**
- **L'opinion sur l'espace hospitalier mis à disposition des usagers pour leur bien-être est contrastée. L'espace hospitalier participe au bien-être du patient et dans une moindre mesure au bien-être de la famille. Par contre, l'espace hospitalier ne participe pas au bien-être des soignants.**

➔ **L'espace hospitalier n'est pas source de bien-être pour le soignant. Ce n'est pas un espace de bien-être vécu.**

- **L'espace hospitalier peut être un espace de bien-être pour les patients. Ce n'est pas le cas pour leurs familles et encore moins pour les soignants qui répondent de façon unanime que l'espace hospitalier ne peut être un espace de bien-être.**
- **Le bien-être pour les usagers de l'espace hospitalier peut être spatialisé à plus ou moins grande échelle.** Chez les patients, un espace dédié au plaisir des sens et du corps est l'espace de bien-être idéal. Chez la famille, l'espace de bien-être est une pièce permettant de regrouper les siens et de se retrouver. Le bien-être ne réside pas seulement à cela pour la famille : bonheur et santé sont aussi indispensables pour un espace de bien-être. Ce sont des notions qui ne sont pas spatialisables. Chez les soignants, l'espace devient un espace de bien-être s'il fait naître un apaisement par les sens (vue) et s'il est consacré à cette fonction dans l'organisation quotidienne et le fonctionnement de l'équipe médicale (respect du temps de pose).

➔ **Le bien-être peut être spatialisé par l'éveil des sens et la mise à disposition d'un matériel adéquat. Les états individuels (comme la santé) participant au bien-être ne peuvent être spatialisés.**

III. Conclusion de la phase d'analyse

La conclusion générale de l'analyse doit permettre de réfuter ou d'approuver les hypothèses émises en réponse de la problématique : « **Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ? Peut-on parler d'espaces de bien-être ? Peut-on réellement spatialiser le bien-être?** » et qui sont les suivantes :

- **1 - Les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.**
- **2 - Le bien-être ne peut que difficilement être spatialisé ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.**

En premier lieu, l'analyse s'est orientée vers les dernières rubriques des questionnaires, c'est-à-dire sur l'analyse des exercices les plus visuels qui permettaient d'établir un rapport direct avec l'espace hospitalier. Les conclusions qui ressortent de l'analyse de ces exercices permettent de souligner trois points :

- L'importance de l'espace pour un bien-être semble augmenter de façon graduelle du patient au soignant en passant par la famille.
- Les espaces de bien-être vécus par les soignants sont différents des espaces de bien-être conçus.
- La planche photographique a permis de révéler que les espaces qui suscitent un bien-être sont des espaces qui stimulent les sens de façon positive (espaces verts et espaces de détente intérieurs).

Le premier point permet d'avoir une orientation quant à l'hypothèse 2. L'espace influence le bien-être des soignants. Si les lieux ne sont pas adaptés à l'exercice professionnel, l'espace de travail est vécu comme un espace de mal-être. Ainsi les pratiques dans un espace donné influence le bien-être.

Le second point alimente l'hypothèse 1 : les espaces de bien-être vécus par les soignants coïncident de façon minime aux espaces de bien-être conçus. Seuls quelques espaces sont considérés comme étant des espaces de bien-être (salles de détente).

Le troisième point donne des pistes quant à la capacité des espaces à faire naître un bien-être : les espaces de bien-être sont des espaces qui stimulent les sens. Dans ce cas le bien-être est spatialisé. **L'hypothèse 2 n'est pas validée par cette observation.**

Ces trois points ont besoin d'être complétés par l'analyse des questions ouvertes et fermées du reste des questionnaires. On pourra alors observer si les conclusions se rejoignent.

La méthode de vérification empirique a permis d'évaluer le bien-être de trois types d'usagers : les soignants, leurs familles et les soignants par rapport à l'espace hospitalier. Cette évaluation s'est poursuivie par un relevé de critères de bien-être pour chaque catégorie. De façon générale, l'évaluation du bien-être au sein de cet espace est positive. Cependant, des différences sont perceptibles suivant les catégories. Les patients représentent la catégorie dont le bien-être semble le plus élevé dans l'espace hospitalier alors que les soignants évaluent leur bien-être à un degré moindre.

Cette observation est un premier point important. L'espace hospitalier pour les patients est un espace de travail. On peut émettre que c'est la raison pour laquelle le bien-être est moins important (travail stressant et beaucoup de responsabilité).

Cette évaluation du bien-être, qui est tout de même positive, a été suivie par la comparaison entre la grille de critères de conception à vocation de bien-être et les grilles de critères de bien-être établies avec l'aide des usagers. Ce point est à la base de cette recherche. La comparaison révèle une adéquation partielle des critères. Les critères de prise en charge, d'accueil, d'amélioration de conditions de travail sont les critè-

res qui ont été repris de façon globale. Par contre, on remarque que beaucoup de critères de conception à vocation de bien-être n'ont pas été repris, notamment au niveau des critères généraux techniques (Fonctionnalité, luminosité, liaisons directes et aisées entre les bâtiments, solidité des matériaux, séparation des flux, évolutivité des espaces, entretien des matériaux). Les critères de mobilité et d'accès n'ont pas non plus été cités par les usagers. On suppose que ces derniers critères sont importants pour la conception du bâtiment en lui-même afin de créer un espace de vie et de travail agréable et pratique. Cependant ces critères ne prédominent pas dans les esprits des usagers.

En effet de leurs côtés les usagers accordent une grande importance aux critères de bien-être subjectifs comme les relations patients/soignants ou les relations entre soignants. Ces critères de bien-être ne rentrent pas dans les critères de conception. Ainsi la grande différence entre les critères de conception à vocation de bien-être et les critères de bien-être des usagers est cette **lacune de critères subjectifs que la conception ne peut apporter s'agissant de relations entre individus dans l'espace hospitalier**. De leur côté, les critères de conception sont aussi composés d'éléments techniques qui ne sont pas nécessairement à la portée des individus.

Les critères de bien-être des usagers de l'espace hospitalier sont donc composés de critères de qualité (prise en charge, accueil,..) et de critères subjectifs. L'importance de ces critères subjectifs sont en effet bien visibles lorsque l'on demande aux usagers de hiérarchiser les paramètres qui sont les plus importants pour leur bien-être. Les critères relationnels arrivent en tête pour tous les usagers. Les critères matériels sont tout même importants pour les patients et les familles puisqu'ils arrivent en deuxième position. Cette importance des critères relationnels pour un bien-être peut être rapporté à l'espace : **l'espace peut-il apporter un bien-être psychologique que l'on peut retrouver dans un bien-être relationnel?**

A ce stade de l'analyse, la comparaison entre les critères de conception à vocation de bien-être et les critères de bien-être des usagers ne semble pas si négative même si des critères sont manquants (critères issus du subjectif). Il s'agit alors maintenant de savoir si la matérialisation de ces critères au travers de l'espace hospitalier (en espace de bien-être conçus) correspond à des espaces de bien-être vécus. Pour se faire, l'opinion des usagers sur l'espace hospitalier a été demandée.

De façon globale, l'espace hospitalier est vécu comme un espace de bien-être pour les patients. Pour les soignants ce n'est pas le cas. Cela confirme les observations précédentes. Les familles font l'entre deux. On observe vraiment une gradation dans les opinions : les patients ont plutôt des opinions positives sur l'espace hospitalier (ils se satisfont de tous les critères matériels) alors que les soignants ne le considèrent pas comme un espace de bien-être vécu et les familles ont une opinion mitigée. C'est une catégorie qui se préoccupe plus de l'état de la personne malade.

L'analyse nous a démontré que le bien-être pouvait en partie être spatialisé. **L'hypothèse 2 est ici rejetée**. L'espace peut apporter du bien-être psychologique par l'éveil des sens (couleurs, chaleur,...) et bien sûr, il peut aussi apporter un bien-être physique. L'espace peut faire naître une émotion qui peut alors faire naître un bien-être. Cependant, il ne peut pas faire rendre la santé à quelqu'un. Les bienfaits de l'espace ont leurs limites. Le bien-être physique (dans le sens de la santé) ne peut pas être insufflé par l'espace. On peut tout de même parler d'espaces de bien-être si l'on se donne les moyens de rendre l'espace accueillant et vivant. Il n'a par contre pas été vérifiée la possibilité qu'un espace de bien-être naisse de l'appropriation ou la personnalisation des lieux par les usagers. On sait juste que pour les soignants l'espace est important pour le bien-être dans la pratique de l'exercice professionnel.

L'hypothèse 1 peut être en partie confirmée. L'analyse a démontré que les espaces de bien-être vécus par les soignants ne correspondent pas aux espaces de bien-être conçus. Par contre, en ce qui concerne **les patients et leurs familles l'hypothèse 1 peut être considérée comme rejetée**. Les opinions positives de ces derniers envers l'espace hospitalier démontre que les espaces conçus peuvent coïncider avec les espace vécus.

CONCLUSION

Cette recherche a tenté de répondre aux questions suivantes : **Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ? Peut-on parler d'espaces de bien-être ? Peut-on réellement spatialiser le bien-être grâce aux critères à vocation de bien-être émis lors de la conception ?** Afin d'y répondre une étude comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers (patients, familles, soignants) a été menée. Le passage par l'étude comparative se trouvait être ici essentiel afin de mettre à l'épreuve les critères de conception de l'espace hospitalier. Cela nous a permis aussi d'apprécier le décalage entre concepteurs et utilisateurs d'un espace public atypique : l'hôpital.

La comparaison de critères de conception avec des critères indispensables pour les usagers une fois réalisée, une étude comparative plus poussée a été effectuée : la comparaison entre espaces de bien-être conçus et espaces de bien-être vécus. Respectivement ces espaces sont le produit matérialisé des critères de conception émis en amont et le produit d'un vécu de l'espace hospitalier : espaces de bien-être conçus et espaces de bien-être vécus. On a donc interrogé les usagers afin de savoir si ces espaces de bien-être pouvaient coïncider.

Par rapport à l'étude du cadre conceptuel, deux hypothèses ont été émises :

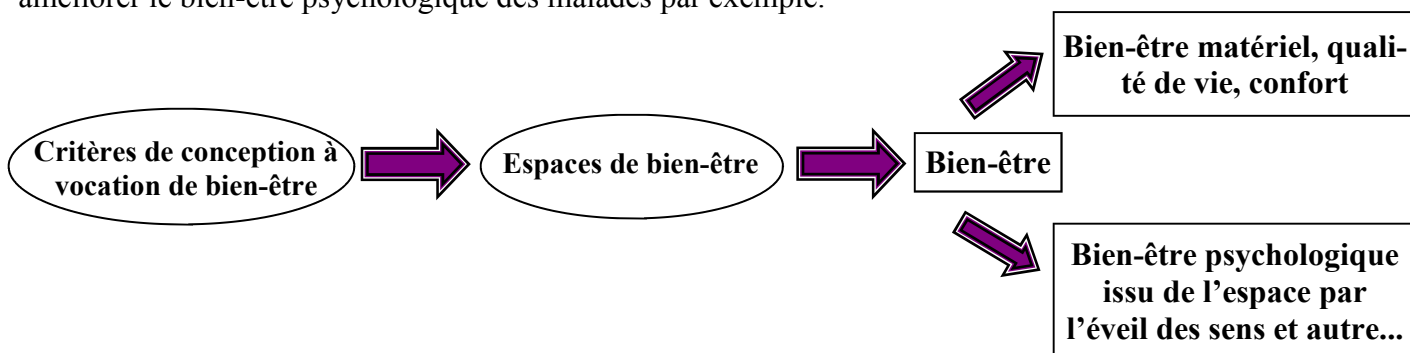
- **Les espaces de bien-être conçus par le biais de critères de conception à vocation de bien-être ne correspondent pas ou peu aux espaces réels de bien-être vécus par les usagers qu'ils soient soignants, patients ou leurs proches.**

- **Le bien-être ne peut que difficilement être spatialisé ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.**

La vérification empirique par le biais de questionnaires a permis de rejeter la première hypothèse en ce qui concerne deux catégories d'usagers : les patients et leurs familles. De façon générale, les espaces de bien-être conçus mis à leurs dispositions sont des espaces de bien-être vécus. Par contre, en ce qui concerne les soignants cette première hypothèse a été confirmée. Les espaces de bien-être conçus qui correspondent aussi à des espaces de travail ne sont pas des espaces de bien-être vécus (manque de place pour les soins, salle de détente non adaptée). Il faut souligner que ce résultat est étonnant étant donné que les soignants sont des usagers consultés lors de la conception d'un bâtiment hospitalier.

La seconde hypothèse a été rejetée. Le bien-être peut être spatialisé. En d'autres termes, l'espace hospitalier peut faire naître du bien-être. Tout d'abord, le côté matériel de l'espace peut contribuer à un bien-être, cela fait référence à un espace de qualité, de confort. Mais aussi, l'espace peut faire naître un bien-être psychologique par l'éveil des sens entre autre. On pourrait ainsi réfléchir sur les conditions nécessaires pour que le bien-être soit spatialisé. L'espace serait ainsi utilisé pour apaiser par exemple. La lumière, les couleurs ont déjà été utilisées dans ce sens. Dans le cas de l'exercice professionnel pour les soignants et de la maladie pour les patients, cet aspect pourrait être approfondi pour l'espace hospitalier.

Cela a bien sûr ses limites car l'espace ne peut pas non plus guérir mais peut contribuer tout simplement à améliorer le bien-être psychologique des malades par exemple.



Ainsi, en réponse à la problématique : **Les espaces de bien-être conçus sont-ils réellement des espaces de bien-être vécus ? Peut-on parler d'espaces de bien-être ? Peut-on réellement spatialiser le bien-être grâce aux critères à vocation de bien-être émis lors de la conception ?** ; on peut répondre que par rapport au cas d'étude, l'espace hospitalier, les espaces de bien-être conçus sont des espaces de bien-être vécus pour les patients et leurs familles mais pas pour les soignants, contrairement à ce que l'on aurait pu penser.

On peut aussi parler d'espaces de bien-être puisque l'espace peut faire naître un bien-être.

Cette recherche s'est inscrite dans la lignée des travaux de BAILLY et de GRESILLON : « *Que manque-t-il aux espaces de qualité pour devenir des espaces de bien-être?* ». On observe que cette étude a en effet justifié le fait que l'on peut parler d'espaces de bien-être et que la dimension sensible de l'espace pouvait impacter sur le bien-être des usagers de l'espace hospitalier. L'étude n'a pas été plus loin. D'une part, l'outil méthodologique de la recherche, le questionnaire, aurait pu être complété par un deuxième outil plus révélateur du subjectif comme l'entretien. D'autre part, un seul terrain d'étude a été choisi. Une multiplicité de cas aurait pu être apportée des résultats différents quant au rapport des usagers à l'espace hospitalier de façon générale.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

- BAILLY, Antoine S. *La géographie du bien-être*. Paris : Presses universitaires de France, 1981. 239 p.
- BERNARD, Honoré, *La santé en projet*, InterEditions, 1996. 221p
- BINET, Jacques-Louis. *Les architectes de la médecine*. Les éditions de l'imprimeur, 173 p.
- CABIN, Philippe, CHOC Bruno. *Les organisations*. Édition sciences humaines, 2005.
- DERENNE, Odille. *L'utilisateur et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre*. Rennes : Edition de l'école nationale de la santé publique DL, 2002.
- FENNETEAU, Hervé. *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod, Paris, 2ème édition, 2007. 128p.
- FISHER, Gustave-Nicolas. *Le travail et son espace : de l'appropriation à l'aménagement*. Paris : Dunod : Bordas, 1983. 95p.
- GHIGLION, Rodolphe et MATALON, Benjamin. *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*. ARMAND COLIN Éditeur, Paris, 1991. 301p.
- GONNET Françoise. *L'hôpital en question(s)*. Éditions Lamarre, 1992. 359p.
- GOUJON Daniel , POISAT Jacques . *L'hôpital comme espace public*. HERMES 36, 2003.
- KARSENTY, FERRY-PIERRET Serge. *Système de représentations du malade et relations avec son environnement hospitalier*. Paris: Centre de recherche sur le bien-être, 1974. 57 p.
- LEPLEGE, Alain. *Les Mesures de la qualité de vie*. Paris : Presses universitaires de France, 1999. 127 p.
- MOLES, Abraham André, ROHMER MOLES, Elisabeth. *Psychosociologie de l'espace*. Paris : l'Harmattan, 1998. 158 p
- MERLEAU-PONTY Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard, 1976. 537p
- RAMADIER Thierry. *Les représentations cognitives de l'espace : modèles, méthodes et utilité*. In G. Mosser & K. Weiss (eds.), *Espaces de vie : aspects de la relation homme-environnement*, Paris : A. Colin, collection « Regard psychosociaux », 2003. p177 à 200.

MÉMOIRES ET THÈSES

- AUDAS Nathalie. *Le rapport affectif au lieu, analyse comparée de méthode de recueil d'informations sur la dimension affective des représentations*, 2007. Mémoire de recherche Master 2.
- BARON, Dominique. *Le réseau, une approche plus globale: nouvelles compétences pour le cadre?* Travail de recherche, 2003. Institut de formation de Cadres de Santé, CHU Poitiers. 109p.
- BENOIT Audrey. *Les acteurs et les critères de la qualité architecturale et urbaine à Montréal*. Projet de Fin d'Étude, EPU Tours département aménagement, 2008. 91p

COTES Laetitia. *L'appropriation des espaces publics par les usagers. Appropriable/approprié: quelles relations pour un espace public urbain. Projet de Fin d'Étude, EPU Tours département aménagement, 2008. 85p*

DALOMBA, Aude. *Élaboration d'un questionnaire évaluant le niveau de confort de vie [Texte imprimé] : application dans le cadre d'une étude clinique portant sur un produit cosmétique, utilisé chez la femme dans le traitement de l'alopecie androgénétique Thèse d'exercice : Pharmacie : Tours : Université François Rabelais 1999. 232 p.*

POLLEAU Solène. *Rapport affectif aux lieux et complexité des lieux: quelle corrélation? Projet de Fin d'Étude, EPU Tours département aménagement, 2008. 141p*

GRANIER Pierre. *Les espaces de l'hôpital : analyse multi scalaire d'une organisation hospitalière : le CHRU de Tours. 2002. 347p.*

SYLVAND Benjamin. *Concept et changement de concept. Concept, contenu et inférence. Bases pour une approche dynamique du concept. Thèse de philosophie, Université Paris IV, Sorbone. Ecole doctorale V « Concepts et langages ». 2005.*

DICTIONNAIRES

CHOAY F., MERLIN P. *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement, troisième éditions. Paris:éd. PUF, 2000. 928p.*

BRUNET Roger, FERRAS Robert, THERY Hervé. *Les mots de la géographie. Reclus, la Documentation Française, 1993. 608p.*

LEVY Jacques, LUSSAULT Michel. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés. Belin, 2005.1008p.*

ARTICLES

GRESILLON Lucile. *De l'espace de qualité à celui du bien-être: une question d'appropriation sensorielle? LADYSS/Paris 1, Espaces et Sociétés-UMR 6590. 2008.*

ACTES DE COLLOQUES ET FORMATIONS

BERTRAND M.J, FREMONT A, GALLAIS J, METTON A. *L'espace vécu. Colloque tenu à Rouen les 13 et 14 octobre 1976. CNRS.*

FERMAND Catherine. *Numéro hors série des Cahiers Millénaire3 consacré aux actes du Colloque 3 avril 2002 "Hôpital, urbanisme et architecture" qui s'est tenu à l'Hôtel de la Communauté urbaine de Lyon dans le cadre du Bicentenaire des Hospices Civils de Lyon. Pour une histoire urbaine et architecturale de l'hôpital par p10. Cahier Millénaire3, 2002.*

SITES INTERNET DES INSTANCES CITÉES

http://www.ligue-cancer.net/thematique/vos-droits/369_droit-des-patients-definition-d-usager

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital_20120/dossier_de_presse.pdf

<http://www.courrierdesmairies.fr/dossier-guides/essentiel-sur-hopital-les-enjeux-de-la-reforme-26.html>

<http://www.diact.gouv.fr/f>

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT	P.4
FORMATION PAR LA RECHERCHE ET PROJET D'ÉTUDE	P.5
REMERCIEMENTS.....	P.6
SOMMAIRE	P.7
INTRODUCTION	P.9

PARTIE I : PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE ET ELEMENTS DE DÉFINITION P.11

I. L'aménagement de l'espace public hospitalier	p.12
I.1. Un sujet d'actualité : la planification sanitaire et l'aménagement des hôpitaux.....	p.12
I.2. Le terrain d'étude : l'hôpital public.....	p.14
• De l'hébergement des indigents à la naissance de l'hôpital moderne : l'adaptation de l'espace à ses fonctions.....	p.14
• L'hôpital public: un équipement collectif public.....	p.14
• L'espace public hospitalier : des murs d'enceinte à la chambre d'hospitalisation.....	p.15
II. Les usagers dans l'espace public hospitalier.....	p.17
II.1. Les usagers: définition	p.17
II.2. Relations entre les usagers : analyse de l'organisation hospitalière	p.17
III. Le bien-être : une notion subjective	p.19
III.1. Essai de définition du bien-être	p.19
III.2. Le bien-être : la relation de l'homme à l'espace et vocabulaire.....	p.22
III.3. Des critères de conception à vocation de bien-être pour l'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier	p.22
IV. Sujet définitif de la recherche : Analyse comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers d'un pôle public hospitalier en cancérologie .	p.24
IV.1. Questionnements	p.24
IV.2. Formulation du sujet définitif de la recherche	p.24
IV.3. Connaissances visées et objectifs de la recherche	p.25
• Une étude du subjectif : des connaissances à apporter sur le bien-être	p.25
• Objectifs de la recherche.....	p.26
IV.4. Cadre d'analyse et variables : le pôle de cancérologie Kaplan à l'hôpital Bretonneau de Tours.....	p.28
• La variable temps.....	p.28
• Le terrain d'étude.....	p.28

PARTIE 2 : DÉMARCHE DE LA RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL P.31

I. Observation participante et Entretiens exploratoires.....	p.32
II.1. L'observation participante	p.32
II.2. Les entretiens exploratoires.....	p.35
• L'échantillon	p.36
• La méthode d'entretien	p.37
• L'analyse des entretiens	p.38
Étape 1 : une grille de critères à partir des documents clés de la conception du bâtiment.....	p.39
Étape 2 : Analyse des critères de conception apparus lors des entretiens	p.44
Étape 3 : Définition de la notion de bien-être et de la notion d'espace de bien-être lors des entretiens	p.47
Étape 4 : la question de la concertation des usagers pour la conception, des retombées déjà négatives des critères de conception à vocation de bien-être?	p.52
II. Problématique	p.57
III. Cadre conceptuel	p.58
IV.1. Les concepts issus de la notion d'espace hospitalier vécu : la construction de la sensation et du sentiment de bien-être	p.59
• Le concept de sensation de bien-être et de sentiment de bien-être	p.59
• Le concept de perception	p.60
• Le concept de représentation	p.60
IV.2. Les concepts issus des pratiques des patients dans l'espace hospitalier.....	p. 61
• Système de représentations du malade et relations avec son environnement hospitalier : pratiques et comportements.....	p.61
• Le concept d'appropriation de l'espace par le patient	p.62
IV.3. Les concepts issus de la notion d'espace vécu au travail : les pratiques de l'espace de travail.....	p.63
• Système de représentations du soignant dans l'espace de travail : organisation du système hospitalier, pratiques sociales et comportements.....	p.63
• Concept d'appropriation de l'espace par le soignant	p.64
IV. Hypothèses.....	p.65

PARTIE 3 : VERIFICATION EMPIRIQUE :CHOIX MÉTHODOLOGIQUES ET ANALYSE DES MATÉRIAUX DE RECHERCHE P.70

I. Méthode d'analyse : des questionnaires.....	p.71
I.1. Le choix de la méthode	p.71
• Ce que l'on cherche à savoir	p.71
• Les contraintes	p.72
• Le choix de l'outil	p.72
I.2. Élaboration des questionnaires.....	p.73
• La première version des questionnaires	p.73
• Le tests des questionnaires	p.74
• La version définitive des questionnaires	p.75

II. Analyse questionnaire.....	p.81
II.1. Présentation de l'Échantillon	p.81
II.2. Méthode de récolte des données	p.81
II.3. Analyse des données récoltées	p.81
ÉTAPE 1 DE L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES.....	p.83
• Les cartes mentales : représentations cognitives et images symboliques, l'importance de l'espace pour un bien-être augmente graduellement du patient au soignant	p.83
• L'exercice de la localisation d'espaces de bien-être sur fonds cartographiques : une comparaison avec la cartographie de référence d'espaces de bien-être conçus, des espaces de bien-être vécus différents pour les soignants	p.91
• La planche photographique : révélatrice d'espaces qui suscitent de bien-être par les sens	p.94
ÉTAPE 2 DE L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES.....	p.98
• L'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier par les usagers : Le bien-être des patients est plus élevé que celui des soignants dans l'espace hospitalier	p.98
• Comparaison entre les critères de bien-être des usagers et les critères de conception à vocation de bien-être : des critères de conception qui coïncident en partie à certains critères de bien-être des usagers.....	p.101
• Le pôle de cancérologie Henry.S Kaplan est-il un espace de bien-être vécu par les usagers ?	p.105
III. Conclusion de la phase d'analyse.....	p.115
CONCLUSION	p.117
BIBLIOGRAPHIE.....	p.119
TABLE DES MATIÈRES.....	p.121
TABLE DES ILLUSTRATIONS	p.124

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : L'emboîtement multiscalair des différentes composantes de l'espace public hospitalier	p.16
Figure 2 : Le système hospitalier: un système de relations entre les patients, leurs familles et les soignants	p.18
Figure 3 : Espace hospitalier et système hospitalier.....	p.18
Figure 4 : Détermination du bien-être individuel en fonction du temps et de l'échelle	p.21
Figure 5 : Synthèse des composantes du bien-être	p.21
Figure 6 : Les critères de conception à vocation de bien-être pour l'évaluation du bien-être dans l'espace hospitalier	p.23
Figure 7 : Élaboration du thème définitif de recherche: étude comparative entre des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être des usagers	p.25
Figure 8 : Variables et localisations des critères de conception à vocation de bien-être et des critères de bien-être dans le temps	p.28
Figure 9 : Méthode d'analyse des entretiens préliminaires	p.38
Figure 10 : Schématisation de la problématique	p.58
Figure 11 : Schématisation de la problématique et cadre conceptuel.....	p.58
Figure 12 : Construction de la sensation de bien-être et du sentiment de bien-être	p.61
Figure 13 : Processus simplifié d'appropriation de l'espace.....	p.62
Figure 14 : Cartographie des espaces de bien être conçus aux approches du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour l'ensemble des usagers : point de référence pour la vérification empirique.....	p.66
Figure 15 : Cartographie des espaces de bien être conçus dans le service d'hématologie du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan pour l'ensemble des usagers : point de référence pour la vérification empirique.....	p.67
Figure 16 : Méthode d'analyse des questionnaires.....	p.82
Figure 17 : Les espaces de bien-être extérieurs vécus des soignants	p.91
Figure 18 : Les espaces de bien-être intérieurs vécus des soignants	p.92
Figure 19 : Pourcentage de choix des photos classées par thèmes (en abscisse) par les trois catégories d'usagers	p.94
Figure 20 : Évaluation du bien-être par méthode sémantique par les trois catégories d'usagers.....	p.98
Figure 21 : Évaluation du bien-être par méthode numérique par les trois catégories d'usagers.....	p.99
Figure 22 : Classification par ordre d'importance de différents thèmes par les patients	p.106
Figure 23 : Classification par ordre d'importance de différents thèmes par les familles.....	p.106
Figure 24 : Classification par ordre d'importance de différents thèmes par les soignants.....	p.107
Figure 25 : Opinion des patients et des familles sur la chambre et des soignants sur leur lieu de travail.....	p.108
Figure 26 : Opinion des usagers concernant le bâtiment du pôle Kaplan : profil d'image du bâtiment	p.109
Figure 27 : Les espaces mis à disposition participent-ils au bien-être des usagers ?	p.110
Figure 28 : L'espace hospitalier peut-il être un espace de bien être ?	p.111
Figure 29 : Définition d'un espace de bien-être par les usagers de l'espace hospitalier.....	p.113

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Questionnements	p.24
Tableau 2 : Les variables influençant le bien-être de la personne hospitalisée.....	p.34
Tableau 3 : Personnes interrogées lors des entretiens exploratoires	p.36
Tableau 4 : Critères de conception à partir des documents clés de la conception.....	p.40
Tableau 5 : Grille de critères de conception à vocation de bien-être	p.41

Tableau 6 : Grille de critères de conception à vocation de bien-être issue du discours des acteurs clés interrogés.....	p.45
Tableau 7 : Termes employés pour définir la notion de bien-être lors des entretiens préliminaires	p.48
Tableau 8 : Termes employés pour définir la notion d'espace de bien-être lors des entretiens préliminaires	p.50
Tableau 9 : Discours des acteurs clés interrogés faisant référence à la concertation auprès des usagers durant les entretiens préliminaires	p.53
Tableau 10 : Premier bilan de la conception par les acteurs clés interrogés durant les entretiens préliminaires.....	p.55
Tableau 11 : Indicateurs utilisés pour formuler les questions des trois questionnaires définitifs.....	p.79
Tableau 12 : Synthèse pour l'élaboration de l'outil de vérification empirique (les questionnaires)	p.80
Tableau 13 : critères de bien-être pour les patients de l'espace hospitalier	p.102
Tableau 14 : critères de bien-être pour les familles de l'espace hospitalier	p.103
Tableau 15 : critères de bien-être pour les soignants de l'espace hospitalier	p.104

TABLE DES CARTES

Carte 1 : Plan de l'hôpital Bretonneau	p.29
Carte 2 : Cas d'étude, le service d'hématologie du pôle de cancérologie Henry.S Kaplan.....	p.29
Carte 3 : Plan du rez-de-chaussée du pôle Henry.S Kaplan de cancérologie	p.30

TABLE DES PHOTOS

Photo 1 : Le pôle Henry.S Kaplan de cancérologie face Nord	p.29
Photo 2 : Le parvis devant le pôle Henry.S Kaplan de cancérologie.....	p.29
Photo 3 : Entrée du pôle Henry.S Kaplan de cancérologie.....	p.30
Photo 4 : Pancarte d'entrée du pôle Henry.S Kaplan de cancérologie	p.30