

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 CANCEEN) 	
<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>

<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</p>	<p>Points négatifs : - Difficulté à trouver une place de parking et manque signalétique.</p> <p>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.</p>	<p>Durée et Conditions d'hospitalisation, Lieu</p>
<p>Pneumologie 2, bâtiment B1A de l'hôpital Bretonneau à Tours (Mars 2009, 3 jours) Motif: Infection pulmonaire Et thérapie</p>	<p>Points négatifs : - Chambre étroite.</p> <p>Points positifs : - Chambre à un lit avec cabinet de toilette et douche. - Calme. - Accès facilité aux services à la personne (relais H).</p>	<p>Lieu et Pathologie</p>

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 oncologie » 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.

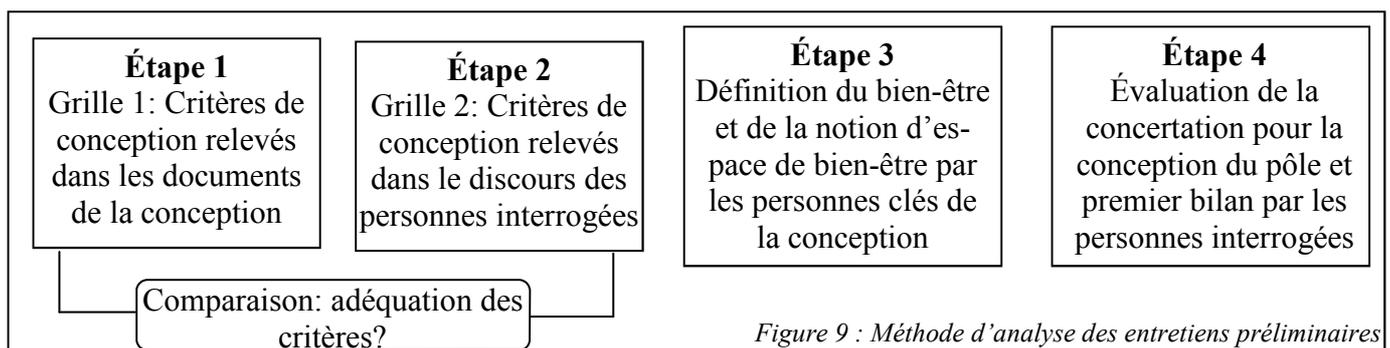


Figure 9 : Méthode d'analyse des entretiens préliminaires

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
<p>ACCUEIL DU PATIENT ET DE LA FAMILLE:</p> <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>
<p>RESPECT DES CONDITIONS DE TRAVAIL:</p> <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>
<p>ORGANISATION MÉDICALE, FONCTIONNALITÉ</p>	<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>
<p>LUMINOSITÉ</p>	<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, - Discretion 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 à 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 choisit. 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 :

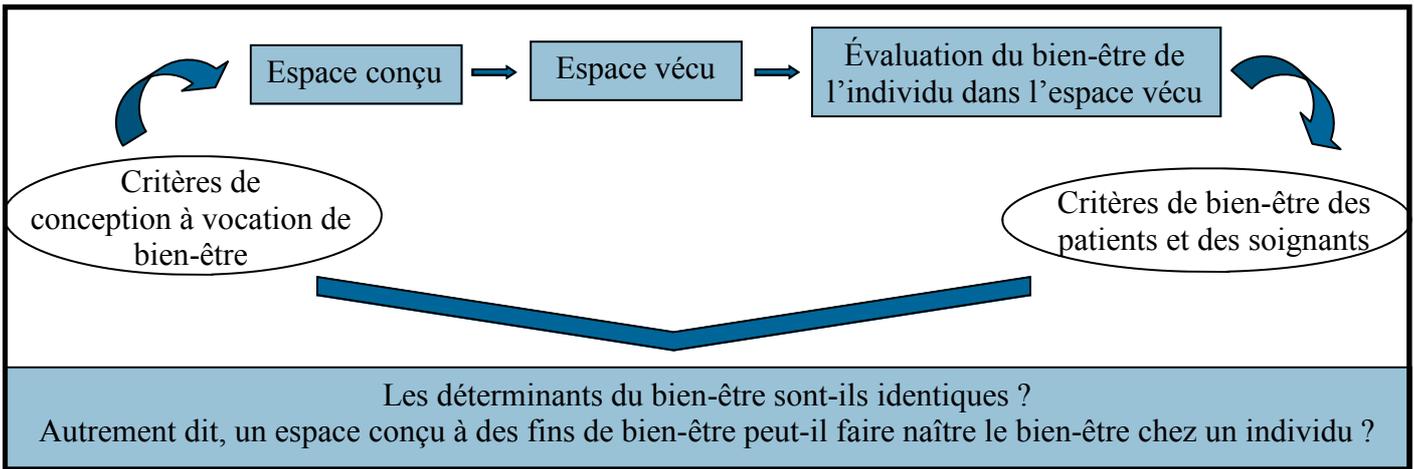


Figure 10 : Schématisation de la problématique.

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 :

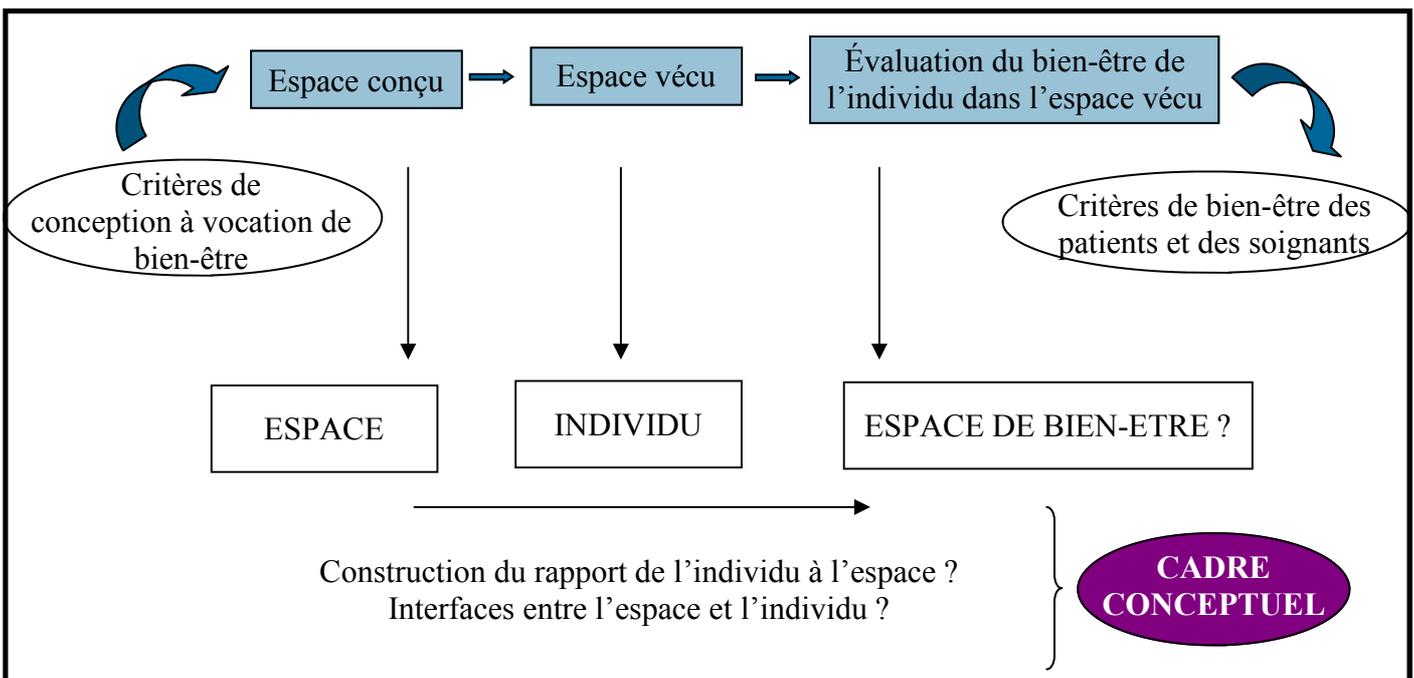


Figure 11 : Schématisation de la problématique et cadre conceptuel

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.

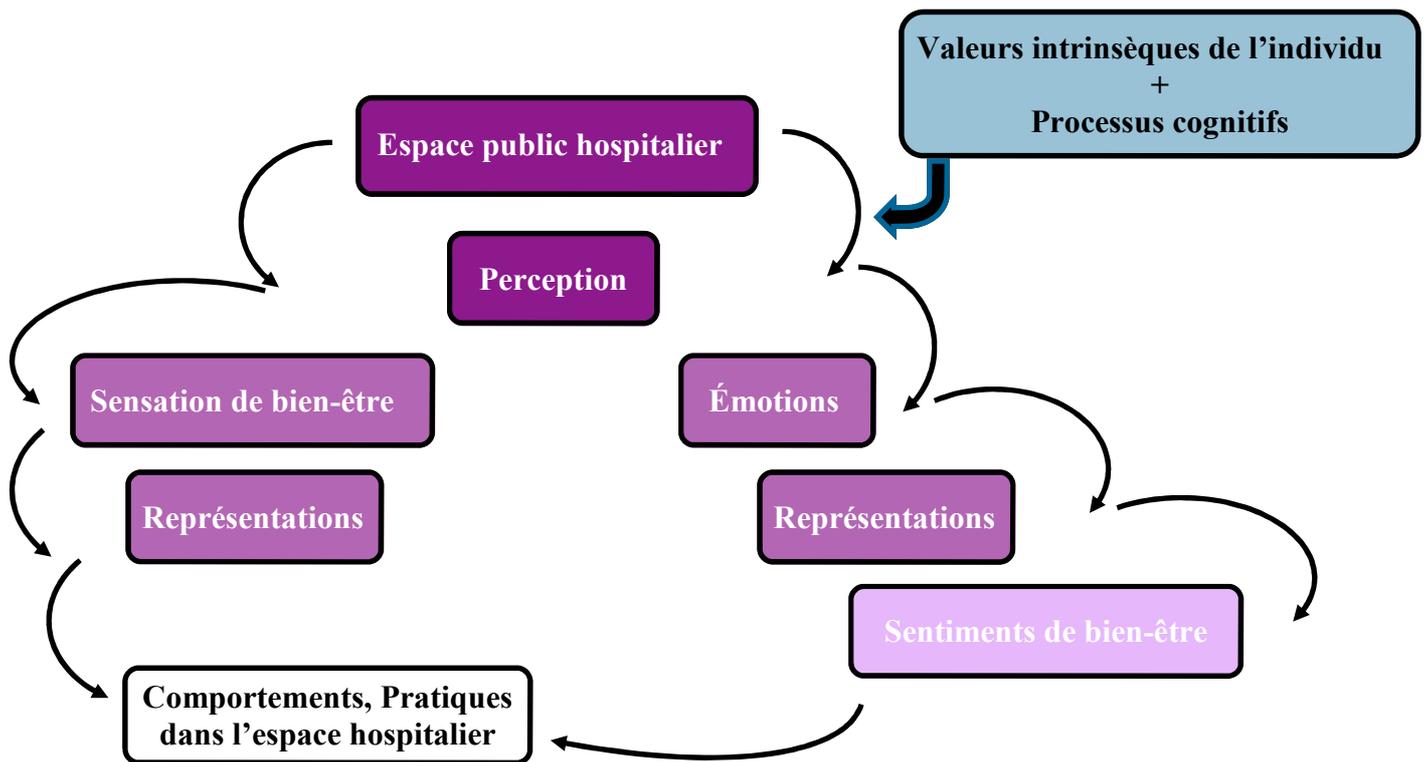


Figure 12 : Construction de la sensation de bien-être et du sentiment de bien-être.

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**

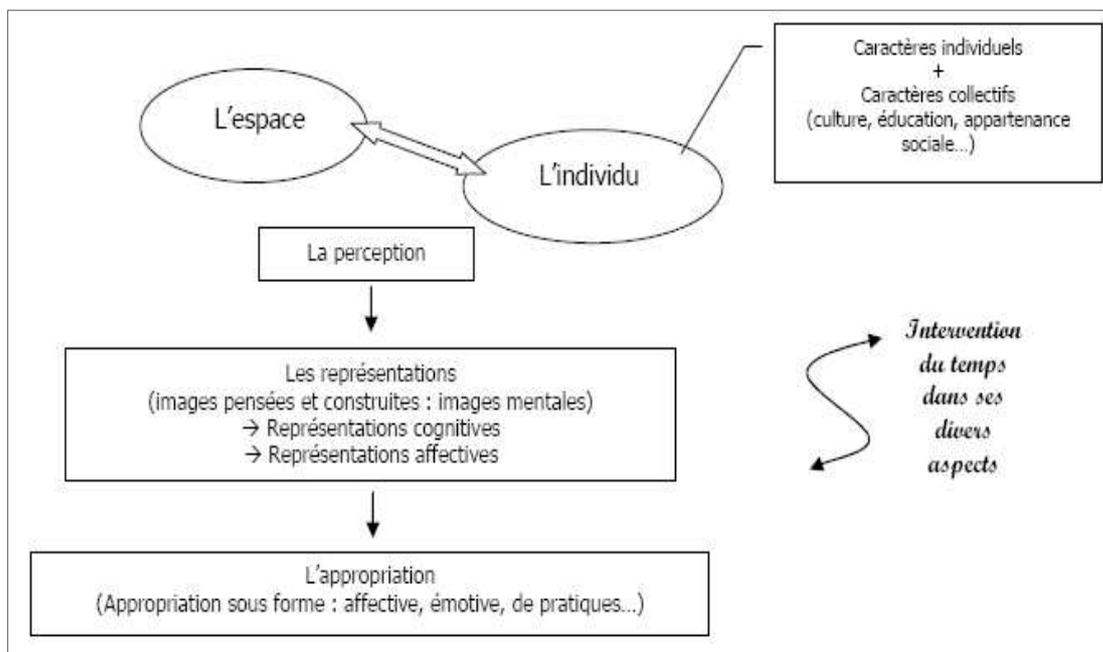


Figure 13 : Processus simplifié d'appropriation de l'espace. Costes, 2008

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.

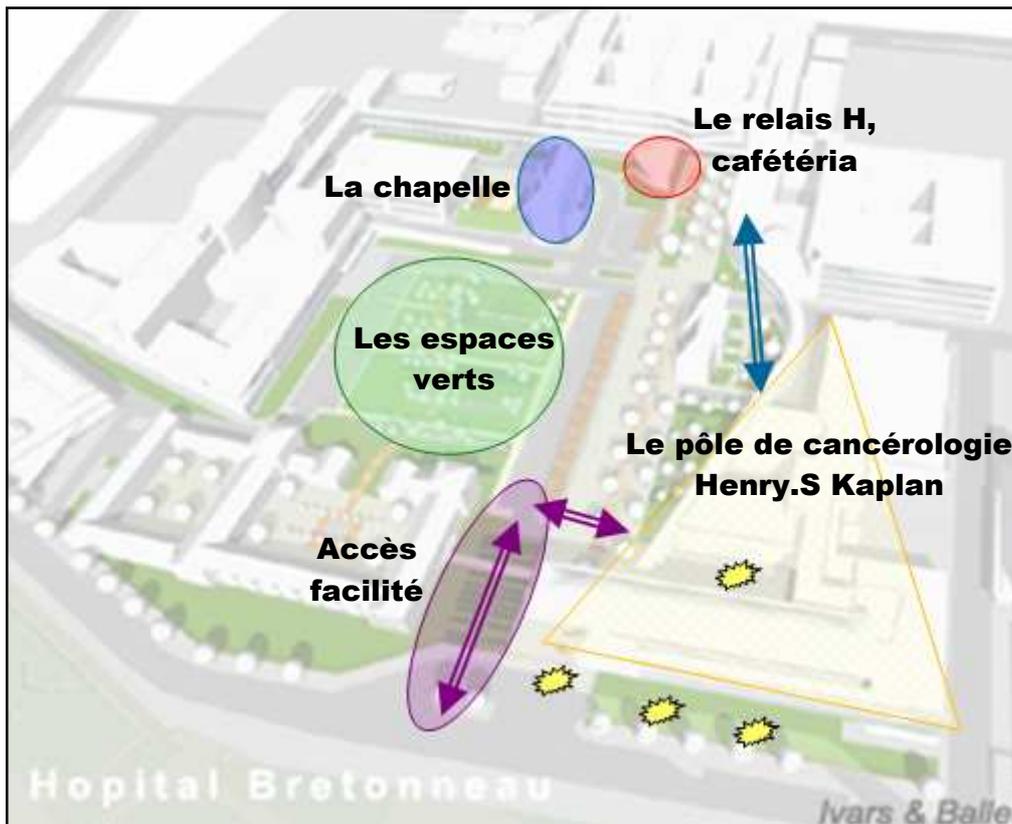
- Deuxièmement, on peut supposer que le **bien-être ne peut que difficilement être spatialisé** ou alors par le biais des usagers eux-mêmes (appropriation et personnalisation de l'espace). Dans ce dernier cas seulement, on pourrait alors parler d'espaces de bien-être.

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.

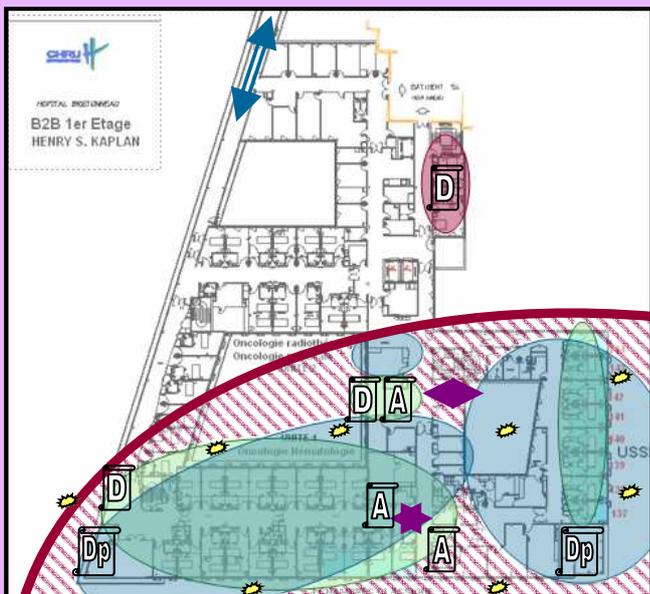
SYNTHÈSE DE LA PARTIE 2 :

• 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 ?

