A l'écoute de l'hôpital

Martine Leroux, Jean-Luc Bardyn

▶ **To cite this version:**

Martine Leroux, Jean-Luc Bardyn. A l'écoute de l'hôpital. [Rapport de recherche] 59, CRESSON. 2003, pp.188. hal-01363909

HAL Id: hal-01363909
https://hal.science/hal-01363909

Submitted on 13 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« À L'ÉCOUTE DE L'HÔPITAL »

Enquête sociologique

Martine Leroux

avec Jean-Luc Bardyn

Août 2003

Centre de Recherche sur l'Espace Sonore et l'Environnement Urbain – CRESSON
UMR 1563 CNRS/Ministère de la Culture
Ecoles d'Architecture de Grenoble et de Nantes
Ecole d'Architecture, 60 avenue de Constantine F-38036 Grenoble cedex 2

Contrat Assistance Publique / Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

CONTEXTE

L'équipe composée de :

- Assistance publique / Hôpitaux de Paris, maître d'ouvrage,
- BCDE architecture,
- l'atelier de scénographie Ivanov,
- Capri Acoustiques,
- et Lafarge Plâtres,

a répondu à l'appel d'offres lancé par le PUCA « Construire avec les sons ».

Le projet intitulé « À l'écoute de l'Hôpital » s'interroge sur la qualité sonore des espaces hospitaliers trop souvent fondée sur le seul principe d'isolation acoustique et, dans le cadre d'une expérimentation, cherche à mettre en œuvre une diversification des ambiances sonores. En prenant en compte un facteur sensible de l'environnement délaissé, voire ignoré, il s'agit « d'optimiser la qualité de vie et les conditions d'hébergement des patients, de façon à favoriser le meilleur déroulement de leur thérapie et de leur soin ».

En amont de l'expérimentation, notre étude menée dans différents services de gériatrie est destinée :

- d'une part, à qualifier les ambiances sonores en tenant compte aussi bien des pratiques des différents acteurs que de la configuration spatiale concernée ;
- d'autre part, à dégager des enseignements susceptibles de guider la conception des ambiance sonores.

POSITIONNEMENT

La perception du quotidien sonore en milieu hospitalier, dans les services des personnes âgées, telle est la thématique première de ce travail. Dans son contexte à la fois spatio-temporel et social, la perception s'élabore à partir des données sensibles de

l'environnement et des représentations collectives, associées au lieu notamment. Elle configure la matière sonore et lui donne sens. C'est le rapport à « cet environnement-là » qu'entretiennent les différents acteurs des espaces hospitaliers qui nous intéresse ici ; ce qui nous conduit à privilégier une approche *in situ* de la perception sonore. En outre, il apparaît impossible de la séparer de l'action poursuivie ; les différents acteurs (ici, patient, personnel ou visiteur) qui fréquentent les espaces considérés peuvent se rencontrer, être isolés, travailler ou se reposer… Notre approche adopte par conséquent une perspective pragmatique : c'est dans le cadre de l'action que nous envisageons le rapport à l'environnement.

Par ailleurs, comment traduire et mettre en valeur les résultats d'enquête, sans pour autant les réduire, en vue de la programmation ? La finalité opérationnelle du travail pose la question du passage de l'expression des ambiances à leur conception et confère à la notion d'ambiance[1] sonore une valeur heuristique ; à la fois objective et subjective, celle-ci met en jeu les formes construite, perçue et représentée.

OBJECTIFS

Les observations et enquêtes effectuées visent :

- à connaître la perception de l'environnement sonore par les soignants, les personnes âgées, et les visiteurs ;

- à définir le rapport qu'entretiennent les acteurs avec cet environnement tel qu'il s'élabore et se manifeste dans les principales situations sonores (terme qui prend en compte les actions en cours et les interactions sociales dans un cadre donné) ;

- à saisir l'incidence de la composante sonore sur les conduites spatiales et sociales des différents acteurs : organisation des éléments contextuels, « offrandes »[2] sonores et interactions qu'elles suscitent ou non…

- enfin, à formuler des recommandations pour l'expérimentation prévue ; les débats avec l'équipe au cours de l'étude contribuent à une formalisation utile à la conception des espaces sonores.

Notons que les résultats de ce travail concernent les interactions d'une part entre l'environnement et les acteurs et d'autre part entre les acteurs eux-mêmes. Les

[1] Voir Augoyard Jean-François, 1995, « L'environnement sensible et les ambiances architecturales », *L'espace géographique,* n° 4, pp. 302-318.

[2] « Une prise ou *affordance* est une disponibilité pratique dans un contexte et pour une activité donnée ». Joseph Isaac, 1977, « Prises, réserves, épreuves », *Communications*, n° 65, EHESS, Centres d'études transdisciplinaires, Seuil, p. 133. Il reprend ici une des notions de l'écologie de la perception de Gibson.

recommandations s'appliquent d'abord à la conception mais supposent également une remise en question des usages.

MÉTHODOLOGIE ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

D'un point de vue méthodologique, nous savions, pour avoir enquêté à l'occasion d'autres travaux auprès des personnes âgées en long séjour[3], qu'il est difficile de susciter leur parole. Certains handicaps – surdité, mobilité réduite, etc. – les placent dans une position de plus ou moins grande dépendance. Comment accéder à la perception et à l'appréciation sonores de ces personnes qui composent au sein d'un même service une population hétérogène ? Nous avons fait l'hypothèse que la parole de certaines d'entre elles était suffisamment représentative de l'ensemble, d'autant que cette parole pouvait être mise en perspective avec les observations des soignants. Les méthodes que nous avons adoptées, mises au point par le CRESSON et utilisées dans des études menées récemment en milieu hospitalier[4], se sont avérées pertinentes pour l'enquête auprès du personnel et des visiteurs, mais ont montré leurs limites en ce qui concerne les personnes âgées.

Terrains d'enquête

Trois terrains d'enquête ont été retenus et répondent à la demande de l'AP/HP soucieux de connaître les ambiances liées au bâti :

- Bretonneau, hôpital gériatrique, réhabilité et ouvert en juillet 2001, offre une structure horizontale (R+3),
- les unités de Soins de longue durée et de Soins de suite et de réadaptation de Bichat se trouvent dans des pavillons,
- l'unité de service de gériatrie aiguë de Bichat est situé au 14è étage de l'IGH (immeuble de grande hauteur).

Aucun des terrains n'est objet de l'expérimentation.

Précisons que nous recourrons aux acronymes SLD et SSR pour désigner respectivement les services de Soins de longue durée et de Soins de suite et de réadaptation.

---

[3] Leroux Martine, Odion Jean-Pierre *et al*., 1997, *Réduction des nuisances acoustiques en phase chantier – Hôpital local de Sainte-Maure-de-Touraine*, CRESSON, Grenoble, Commande du Ministère du Logement, Direction de l'Habitat et de la Construction.

[4] Leroux Martine avec Bardyn Jean-Luc et Thibaud Jean-Paul, 1999, *Les ambiances des espaces d'accueil du service de radiodiagnostic de l'Institut Gustave Roussy*, CRESSON, Grenoble.

Léothaud Isabelle sous la direction de Augoyard Jean-François et Hégron Gérard, 2001, *Ambiances architecturales et comportements psycho-moteurs. De l'observation à l'aide à la conception. Le cas d'une structure pédo psychiatrique,* Travail de DEA. CRESSON,.Grenoble.

Observations ethnographiques

Dans chacun des terrains, des responsables nous ont accueillis et présenté les lieux ainsi que l'organisation des services. Les observations – surtout au début mais également tout au long de l'enquête – visaient notamment à compenser le déficit de parole de la part des personnes âgées, et portaient sur plusieurs registres :

- le contexte physique : morphologie spatiale, acoustique (analyse en termes d'effets sonores[5]), analyse et repérage d'autres facteurs d'ambiance permettant notamment de distinguer les limites visuelles et sonores de l'espace ;
- le contexte social : nature et rythme des activités, sociabilité.

Enquête selon la méthode des parcours commentés

Nous avons réalisé une série d'entretiens selon la méthode dite des parcours commentés adaptée à l'approche de la perception *in situ* : « La méthode des parcours commentés a pour objectif d'obtenir des comptes rendus de perception en mouvement. Trois activités sont donc sollicitées simultanément : marcher, percevoir et décrire »[6]. Le parcours s'effectuait de l'extérieur de l'hôpital vers un service.

En vue de la seconde phase d'enquête, nous avons procédé à des enregistrements de séquences sonores désignées comme représentatives de la vie hospitalière par nos interlocuteurs lors de la première phase.

Entretiens sur écoute réactivée

L'entretien sur écoute réactivée est une technique d'enquête innovée et utilisée au CRESSON depuis 1981. « En bref, il s'agit de recueillir les réactions d'habitants ou d'usagers à qui l'on fait entendre les sons de leur propre environnement. L'idée est simple mais la mise en œuvre requiert un soin particulier. L'enregistrement devient ici le médium d'un dispositif paradoxal : d'une part, distancier la familiarité sonore, favoriser sa re-présentation grâce au détachement minimum inhérent à la prise de son et au montage qui ne prélèvent qu'une part de la réalité ; d'autre part, rapprocher du vécu, faire retrouver à l'habitant des attitudes auditives déjà expérimentées. »[7]

Ces entretiens, comme prévu, ont permis de valider les résultats de la première phase et ont contribué à la formulation de recommandations pour la conception.

---

[5] Notion élaborée au CRESSON. Ouvrage collectif sous la direction de Augoyard Jean-François, Torgue Henri, 1995, *À l'écoute de l'environnement. Répertoire des effets sonores*, Parenthèses, Marseille. Voir en annexe le lexique des effets.

[6] Thibaud Jean-Paul, 2001, « La méthode des parcours commenté », In Grosjean Michèle et Thibaud Jean-Paul, *L'espace urbain en méthodes,* Parenthèses, Marseille, 174 p., p. 81.

[7] Augoyard Jean-François, 2001, « L'entretien sur écoute réactivée », In *L'espace urbain en méthodes*. Op. cit. p. 130.

Réunions avec l'équipe – maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre

Au cours de l'étude, plusieurs réunions ont été organisées avec le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre afin de lancer la dynamique de réflexion sur la conception – jusqu'à ce jour, en l'absence de terrain d'expérimentation.

Périodes d'enquête

Première phase : entretiens selon la méthode des parcours commentés

- à Bretonneau au cours de la seconde quinzaine de juin 2002
- à Bichat au cours de la première quinzaine d'octobre 2002, après la période des vacances pendant laquelle les personnels étaient en nombre réduit

Des entretiens ont pu être menés ponctuellement en dehors de ces deux périodes, d'une part pour équilibrer l'échantillon en fonction des différentes catégories de personnes interviewées, d'autre part pour obtenir un complément d'informations susceptibles d'éclairer des résultats auprès de certains professionnels (psychologue, cadre infirmier…).

Le port d'un badge nous a permis de circuler dans les locaux et de faire les enregistrements sonores prévus. Quant aux observations, c'est toujours avec l'assentiment des soignants que nous nous installions le temps d'un repas dans la salle à manger ou au cours de l'après-midi dans les « salons de repos »...

Deuxième phase : entretiens sur écoute réactivée

- Bretonneau : du 9 au 13 décembre 2002
- Bichat : 2 jours par semaine du 9 au 24 janvier 2003

PREMIERE PARTIE

AMBIANCES SONORES

METHODOLOGIE

1. ENQUÊTE SELON LA MÉTHODE DES PARCOURS COMMENTÉS

1.1. Parcours commentés à l'hôpital

Perception *in situ* et mise à distance

Cette méthode donne accès à une parole située et privilégie l'expression de la perception dans l'analyse. Prévue pour l'espace public, nous l'avons adaptée à l'espace institutionnel hospitalier. Au passant se substituent ici les patients, les soignants, les visiteurs.

Les personnes interviewées dans le cadre hospitalier n'oublient pas tout à fait leur fonction au long d'un parcours commenté. La mise à distance requise pour ce type de démarche est sans doute plus difficile pour un soignant qui rencontre ses collègues et les patients, pour un cadre qui s'inquiète du silence momentané dans le service… Toutefois, la fonction de chacun, pour celui qui joue le jeu, apporte l'éclairage qu'on attend sur ces espaces dédiés.

De même, les espaces collectifs quasiment clos et fortement investis, comme la maisonnée à Bretonneau, les salles à manger ou les « salons » à Bichat, freinent le parcours et appellent un commentaire qui n'est pas seulement d'ordre perceptif. Ainsi, les personnels et les visiteurs envisagent la gestion des bruits lorsqu'ils arrivent dans les maisonnées : télé allumée, plaintes… Il est intéressant aussi de noter que dans chaque lieu, l'ambiance rencontrée appelle immédiatement l'évocation d'autres moments, d'autres situations. Nous apprenons ainsi quelle est la vie du lieu. On peut dire que ces entretiens réactivés par le *in situ* intègrent le mouvement et donnent la possibilité à la personne interviewée, d'une part de commenter sous différents angles l'espace, d'autre part de réactualiser des situations sonores.

Échantillon

Nous avons réalisé une série d'entretiens avec les personnels, les visiteurs et lorsque cela était possible avec des patients. La méthode fut plus difficile à mettre en œuvre avec les personnes âgées – mobilité réduite, surdité fréquente (2 patients en fauteuil ont accepté à Bretonneau). Nous avons eu recours à une forme classique d'entretien (position fixe, en général dans la chambre des patients). Les pathologies liées aux services de SLD en particulier expliquent le nombre peu élevé de patients dans notre échantillon.

Le nombre de personnes interviewées est supérieur à ce que nous avions prévu dans la proposition en méconnaissance des terrains d'enquête :

- Bretonneau : 27 personnes
- Bichat : transversal : 2 personnes
- Bichat : SLD et SSR : 23 personnes
- Bichat : service de gériatrie aiguë : 8 personnes

Passation des entretiens

Dans chaque hôpital, nous avons déterminé le chemin à parcourir : nous partions de l'extérieur (entrée rue Joseph de Maistre à Bretonneau, parvis de l'hôpital à Bichat) pour nous diriger vers le service où les soignants travaillaient et où les patients avaient leur chambre ; parvenus au terme du parcours, nous poursuivions l'entretien sous une forme classique semi-directive.

Connaissant les difficultés d'expression sur la perception, nous avons opté pour un schéma d'entretien focalisé sur les ambiances sonores. La consigne donnée à chacun au début du parcours commenté était ainsi formulée :

« Nous allons nous diriger vers votre service. Pouvez-vous au cours de ce cheminement décrire aussi précisément que possible les ambiances sonores que vous rencontrez ? ». Cette consigne comportait une variante lorsque le terme d'ambiance semblait mal reçu : « pouvez-vous décrire aussi précisément que possible ce que vous percevez du point de vue sonore ? »

Les personnes interviewées pouvaient bien sûr envisager tous les facteurs d'ambiance et s'arrêter momentanément lorsque l'environnement retenait leur attention – dans les espaces collectifs, en particulier les maisonnées ou les salles à manger ou espaces de repos. L'entretien se poursuivait par un récapitulatif du parcours effectué et par des relances sur des thèmes peu ou pas abordés précédemment : remarques sur les patients auprès des personnels, le sonore dans les chambres et entre les chambres, les autres facteurs d'ambiance, les distinctions d'ambiance entre les services…

Les personnels des deux hôpitaux et les patients, quels que soient les services, ont accueilli avec intérêt l'enquête et nous ont accordé un peu de leur temps pour se prêter

au jeu du parcours commenté. Les entretiens ont été enregistrés, chaque personne interviewée étant munie d'un micro-cravate.

Précisons que nous avons limité le nombre de maisonnées à Bretonneau et d'unités dans les services de SLD et SSR de Bichat pour éviter de multiplier les espaces d'observations et le référentiel (anecdotes, ambiances propres au service…) des personnes interviewées. Parallèlement aux entretiens, nous avons fait appel à « l'observation incidente »[8] ; comme le fait remarquer Jean Peneff, sociologue qui a étudié le milieu hospitalier, à tout moment l'enquêteur relève une multitude de détails qu'il s'agisse de pratiques spatiales, de conduites, de rapports de pouvoir entre les acteurs, etc. Ces détails deviennent des « indices fragmentaires » qui confortent l'analyse des discours.

1.2. Analyse du corpus d'entretiens

Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits en tenant compte des signaux sonores enregistrés le long du parcours – par exemple, dans les espaces extérieurs de Bichat, un bruit de voiture passant à proximité de nous – et qui ne sont pas nécessairement entendus et/ou commentés. Sont également signalés les saluts et les bribes de conversation qu'engageaient nos interlocuteurs avec un patient, un collègue…

Dépouillement thématique

Les entretiens, conformément à la consigne, décrivent d'abord des ambiances sonores. Ces descriptions sont entrecoupées de commentaires relatifs aux activités, à la gestion sonore dans le service… et, en ce qui concerne les soignants et les visiteurs, relatifs à la perception des personnes âgées. Nous avons donc effectué un dépouillement thématique dont la perception constitue le thème majeur.

Nous avons maintenu autant que possible la linéarité des descriptions des ambiances sonores du parcours : d'une part, nous avons retenu le discours de la perception sans préjuger de ce qui pouvait ou non prendre sens, qu'il s'agisse des ambiances rencontrées et exprimées instantanément ou de celles évoquées dans un contexte donné (par exemple lors d'un entretien effectué en début d'après-midi, le repas dans la salle à manger à Bichat, l'animation dans la maisonnée à Bretonneau, etc.), et d'autre part nous avons extrait de ce discours sur les ambiances – qui répondait à la consigne – les fragments qui relevaient de manière manifeste d'autres thématiques. Nous avons ainsi effectué un dépouillement à partir des catégories fréquemment développées lorsqu'il est question d'environnement sonore – outre la perception, la production sonore, les aspects sonores de la sociabilité – et à partir d'autres thèmes abordés par nos interlocuteurs relevés à la lecture des entretiens. Dans le contexte gériatrique, les soignants font

[8] Peneff Jean, 1992, *L'hôpital en urgence*, *étude par observation participante,* Ed Métaillé.

parfois allusion au regard qu'ils portent sur les personnes âgées, aux conditions de travail, à leur parcours professionnel… Par ailleurs, nous avons systématiquement relancé sur les autres facteurs d'ambiance lorsque nos interlocuteurs ne les envisageaient pas et avons demandé quelle était l'ambiance de l'hôpital. Quant aux personnes âgées, leur parole répondait brièvement à nos questions et évoquait toujours des aspects plus personnels comme les motifs de leur hospitalisation, leur famille…

Sélection de situations sonores

Il s'agissait de rendre compte des ambiances sonores, d'en dégager les conditions d'émergence tant physiques que sociales et de concevoir ce qui peut être modifié en vue d'améliorer les ambiances dans des situations analogues. Nous avons adopté une logique temporelle qui permettait de retenir les **situations sonores** évoquées de manière récurrente prenant sens dans le rythme des activités hospitalières. Elle inscrit d'emblée l'action dans l'ambiance sonore.

Le dépouillement des entretiens a donc permis de dégager des situations qui mettent en jeu aussi bien des configurations sonores (contextes temporel et spatial, production et diffusion sonores) que les activités et le sens attribué au son. Qu'est-ce qui fait situation dans les discours ? Parmi les situations ordinaires et exceptionnelles, nous avons privilégié les premières sans exclure les secondes qui marquent les mémoires. Voici celles qui font l'objet des développements ultérieurs :

- **parcours** : succession d'ambiances saisies dans le cheminement plus ou moins rapide selon les personnes interviewées – intérêt pour les transitions et les relations entre l'espace extérieur et l'hôpital ;
- **repas** : moment important de la journée qui mobilise tous les acteurs ;
- **après-midi** : terme qui ne désigne pas une activité particulière mais correspond au moment d'accalmie jusqu'au goûter et à certaines activités selon les services…
- **endormissement** : ambiances du début de nuit qui du point de vue spatial concernent tout le service – surveillance sonore des chambres.

Orientations interprétatives

Ce sont les modalités sonores des différentes situations qui nous intéressent. Comment lire et interpréter les discours pour les recueillir sans pour autant négliger ce qui peut les éclairer ? Nos interlocuteurs, plutôt au début du parcours dans les espaces extérieurs, évoquent leur position par rapport au bruit et se situent alors dans la perspective de la gêne. Cette information nous a permis de relativiser leur expression perceptive et leur appréciation des ambiances dans la mise en perspective des différents discours. De même, nous avons recherché les représentations sonores qui peuvent présider en filigrane à la perception et aux pratiques de production sonores (ainsi, le bruit c'est la vie).

Par ailleurs, nous avons évité une interprétation psychologique des discours tout en étant attentifs au profil de nos interlocuteurs – il est important de savoir que tel patient

par exemple est déprimé pour écouter et situer sa parole par rapport à celle des autres dans l'analyse. Quant aux soignants, ils ont accepté de participer à l'enquête parce qu'ils portent un intérêt aux relations qu'ils entretiennent avec leur environnement au sens large – aussi bien physique que social – dans la perspective de leur activité professionnelle. Sont-ils plutôt du côté de la plainte ou de la revendication ? Leurs propos et la tonalité de leur discours nous ont invité parfois à poser la question.

Nous avons porté une attention particulière aux interactions évoquées entre les acteurs – collègues, patients, familles – qui interviennent directement dans l'émergence des ambiances sonores. La lecture des travaux de Strauss[9] et de Goffman[10] nous a incité à rechercher les négociations à l'œuvre notamment dans la gestion sonore dans les services.

2. ORGANISATION DES RÉSULTATS

2.3. Monographies

Pour cette première phase d'enquête, nous avons adopté une présentation monographique des résultats. Elle respecte le contexte propre à chaque institution et n'empêche pas la lecture transversale de l'analyse des situations sonores. Chaque terrain fait l'objet :

- d'un rapide historique des bâtiments et des services concernés,
- d'une analyse des espaces parcourus en termes d'effets sonores,
- de l'analyse des 4 situations sonores : chacune d'entre elles est analysée selon 4 rubriques qui sont précisées ci-dessous ; une fiche récapitulative ressaisit l'analyse pour en tirer les enseignements destinés au projet.

Les citations effectuées au cours de l'analyse de la situation ont une valeur « illustrative » manifeste ; en effet, elles interviennent dans le prolongement de résultats élaborés selon un ordre démonstratif. Toutefois, l'importance accordée à l'expression elle-même leur confère une valeur « restitutive »[11] dont la portée dépasse la simple illustration : elles donnent accès à l'acteur même, et contribuent ainsi aux résultats en permettant de les nuancer.

---

[9] Strauss Anselm, 1992, « L'hôpital et son ordre négocié », In Strauss Anselm, textes réunis et présentés par Baszanger Isabelle, *La trame de la négociation,* L'Harmattan, article de 1963, pp. 87-113.

[10] Goffman Erving, 1968, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des maladies mentaux.* Ed. de minuit.

A propos de cet ouvrage : Amourous Charles, Blanc Alain (sous la direction de), 2001, *Erving Goffman et les institutions totales*. L'Harmattan.

[11] Nous reprenons ici les termes que citent Argoud Dominique, Puijalon Bernadette, 1999, *La parole des vieux,* Dunod. Ces termes correspondent à des postures d'utilisation des entretiens et sont proposés par Demazière Didier, Dubar Claude, 1997, *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Nathan, Paris.

2.4. Situations sonores

Ambiances - ambiance

Rubrique synthétique, elle ressaisit les qualificatifs employés pour exprimer les ambiances sonores et l'ambiance plus globale (incluant les autres facteurs d'ambiance ainsi que les expressions relatives à l'ambiance de l'institution considérée).

Perception - appréciation

La méthode des parcours commentés prévoit une analyse basée sur « des lectures répétées qui permettent de dégager progressivement les modes d'ancrages perceptifs des verbalisations. A cet égard l'analyse des commentaires consiste moins à classer les objets perçus (que perçoit-on ?) lors du parcours qu'à examiner les façons de dire ce que l'on perçoit (comment perçoit-on ?) »[12]. Nous avons maintenu cette perspective qui suppose une relation étroite entre le dire et le percevoir tout en élargissant notre investigation aux représentations. Comment les personnes interviewées parlent-elles des ambiances sonores ? Qu'est-ce qui suscite le commentaire du point de vue de la réception sonore – la réverbération du hall des pavillons par exemple à Bichat, une représentation idéalisée du piano désaccordé, etc. ? Nous avons dans cette rubrique analysé les processus perceptifs.

Nous avons recueilli les associations à d'autres lieux qui d'une certaine manière caricaturent le propos. Ce mode expressif déborde le registre sonore et permet de saisir d'autres aspects du lieu : ses dimensions, son activité, sa fréquentation, etc. – recours à l'image du hall de gare par exemple pour évoquer celui de la tour à Bichat, etc.

Production – gestion sonores

Cette rubrique vise à mettre en évidence les pratiques sonores plus ou moins volontaires de la part des acteurs concernés : adaptation à l'acoustique (exemple : effet de créneau ou régulation vocale dans un espace), utilisation de l'espace (installer les patients qui ne supportent pas le bruit dans un autre espace), ou encore communication avec les patients pour calmer les cris, etc. L'expression des soignants se fait plus discrète à propos de leur production vocale et de la gestion des objets sonifères (téléviseur, radio-cassette-CD).

Activités – sociabilité

Ces espaces se prêtent-ils à une vie sociale ? Quelles en sont les activités significatives ? Quelle communication y est développée en fonction des pathologies ? Tous ces aspects s'accompagnent d'un volet sonore – parfois d'enjeux sonores – exprimés ou non par les personnes interviewées.

[12] Thibaud Jean-Paul, *op. cit*. p. 85.

Fiche récapitulative et enjeux

Une fiche décline, à partir de la description succincte des ambiances, les caractéristiques de chacune des rubriques. Elle ajoute une catégorie : le rapport à l'environnement pour qualifier la position des acteurs dans la situation sonore considérée – degré d'activité ou de passivité, tendance à faire corps avec l'ambiance sonore ou au contraire distance... Il s'agit d'exprimer l'actualisation du rapport à l'environnement dans une situation.

Enfin, l'énonciation des enjeux est tournée vers le projet. Quels enseignements tirer de l'analyse des situations sonores dans cet espace-là ? Quels principes sont à mettre en œuvre ? Ils peuvent relever de la conception architecturale comme de la gestion des pratiques.

Voir à la fin de ce rapport :

- Annexe 1 : les plans des hôpitaux

- Annexe 2 : la liste des personnes interviewées ; leur numérotation permet de renvoyer les citations à leurs auteurs anonymes mais situés dans l'institution hospitalière (service dans lequel ils travaillent et fonction)

- Annexe 3 : lexique des effets sonores les plus courants

Les citations des personnes interviewées sont en italiques.

BRETONNEAU

1. PRÉSENTATION

1.1. Les missions du nouvel hôpital Bretonneau[13]

Le nouvel hôpital Bretonneau est ouvert depuis juillet 2001. « Bretonneau se présente comme une réalisation originale parce que fondée sur des concepts nouveaux dans la prise en charge des personnes âgées malades. L'hôpital est organisé en 14 maisonnées (unités d'hospitalisation) toutes différentes. Elles sont conçues autour d'un salon-salle à manger, d'une cuisine et d'un poste de soins : 15 ou 16 personnes partagent ce grand appartement »[14].

L'hôpital Bretonneau dispose de 235 lits et places d'hospitalisation :

- 30 lits de court séjour (médecine aiguë),
- 62 lits de soins de suite et de réadaptation,
- 105 lits de soins longue durée (dont une partie est destinée à la psycho-gériatrie)
- 8 lits de soins palliatifs,
- 2 hôpitaux de jour de 15 lits chacun.

En outre, l'hôpital Bretonneau a une mission de prévention et de maintien à domicile en s'inscrivant dans un réseau de proximité – médecins de famille, soignants libéraux et associations de soins à domicile.

La psycho-gériatrie accueille des personnes qui souffrent de troubles psychiques et de la maladie d'Alzheimer. Les Soins de longue durée sont plutôt destinés aux personnes qui ont des handicaps physiques lourds. Toutefois, la distinction entre les deux s'estompe

[13] Les informations de ce paragraphe sont issues de *Hôpital Bretonneau, Histoire des hôpitaux,* Assistance Publique / Hôpitaux de Paris.
[14] *Ibid*, p. 90.

parfois ; « *dans la réalité, les patients n'entrent pas dans des cases ; les personnes peuvent avoir des handicaps lourds mais également des troubles cognitifs* ».

Les maisonnées retenues pour l'enquête : SLD de psycho-gériatrie (Gauguin, Cézanne et Morizot au 1er étage), SSR (Valloton, Picasso et Degas au 2e étage) SLD (Corot et Sysley au 3e étage.

1.2. Environnement sonore

L'hôpital dans son environnement sonore

L'hôpital Bretonneau est implanté dans le 18e arrondissement de Paris. Il occupe aujourd'hui la plus grande partie d'un îlot triangulaire, dont le sud a été attribué à des bâtiments d'habitation de l'AP-HP. Au nord-est, face aux 2 nouveaux bâtiments parallèles (R+2 et +3), plusieurs pavillons de l'ancien hôpital ont été préservés et réservés à l'administration. L'hôpital est donc entouré :

- au nord, par la rue Carpeaux ; à l'intérieur de l'hôpital, une cour, un jardin et la terrasse de jeux des enfants de la crèche du personnel ;
- au nord-est, par le carrefour à l'entrée désaffectée de l'hôpital ; avec plusieurs arrêts de bus et de nombreux commerces ; seuls les pavillons administratifs sont exposés à la circulation de ce carrefour et de la rue Carpeaux, ils protègent dans une certaine mesure le bâtiment moderne ;
- à l'est, par la rue Joseph-de-Maistre, dont la circulation importante est à double sens, avec une ligne de bus ; les embouteillages s'y produisent régulièrement à l'entrée même de l'hôpital ; on y remarque un feu rouge, la présence d'un centre de formation de la Voirie de la Ville de Paris (manœuvres de bennes à ordures), la sortie du local poubelle de l'hôpital ;
- au sud, par les bâtiments d'habitation de l'AP/HP, qui exposent les grandes terrasses de plusieurs appartements en rez-de-chaussée, parfois investies par les enfants de leurs habitants ; l'hôpital en est séparé par les tranchées d'accès au parking du personnel et aux services techniques ;
- à l'ouest, par la rue de la Maison-blanche (anciennement rue Étex), pavée, qui donne sur le cimetière de Montmartre.

Peu d'avions de lignes, en altitude, sont audibles ; quelques rares passages assez proches d'hélicoptères (urgences pour Bichat, selon les renseignements pris).

Aucune vibration en provenance du tréfonds n'est perceptible.

L'avifaune est surtout localisée du côté du cimetière (grands arbres).

Descriptif d'un parcours de la rue Joseph-de-Maistre jusqu'à une chambre

Depuis l'extérieur, on passe par une succession d'**effets sonores**[15] en relation avec celle des espaces et des activités qui s'y déroulent. Le vocabulaire employé renvoie aux descriptions architecturale et sonore :

- exposition au **mur sonore** de la circulation ;
- **rétrécissement** sous la marquise ;
- **rétrécissement et coupure** dans le sas (dont les deux portes étaient constamment ouvertes pendant la période de chaleur de juin 2002, supprimant ainsi cet effet) ; l'effet de sas est majeur si la porte franchie s'est refermée avant que la suivante ne s'ouvre ;
- **expansion-dilatation** dans la Rue intérieure, dont le parquet est recouvert d'une moquette dans sa partie centrale (temps de réverbération bas) ;
- **émergences** vocales, signalétiques (téléphone, interphone, bips) et musicales (musique amplifiée à bas volume à l'accueil) ;
- **émergences** vocales et de pas au croisement du premier couloir transversal (hôpital de jour) à certaines heures ; passages de brancards par l'entrée Ambulances ;
- **émergences** sonores diverses en provenance du Petit Bretonneau (musique amplifiée à volume moyen, voix, percussion des pas sur le carrelage, sons de vaisselle, fontaine dans la cour quand les portes sont ouvertes) ; **métabole** au moment du déjeuner et lors des fêtes dans la Rue intérieure ;
- **émergences** devant la salle de spectacles, pôle d'activités surtout l'après-midi (les portes en sont quasiment toujours ouvertes) ; émergences vocales et/ou musicales, parfois amplifiées ;
- **réverbération-résonance** dans l'oratoire (carrelage et béton), de même que les toilettes publiques du rez-de-chaussée) ; la porte de l'oratoire est maintenue ouverte avec une chaise ; on y diffuse de la musique enregistrée le samedi après-midi ;
- **rétrécissement** dans le couloir ;
- **rétrécissement** et **coupure** dans l'ascenseur ; certaines cabines laissent parfois entendre des grincements inquiétants… ;
- **expansion** spatiale modérée, **attraction** sonore **bipolarisée** gauche-droite, **hyperlocalisation** des sons respectifs des maisonnées en sortant de l'ascenseur ;
- **compressions** et **expansions**, succession de pleins et de vides lors d'un parcours de maisonnée en maisonnée par les couloirs ; **focalisation, enveloppement, hyperlocalisation**, **mixage et métabole** dans chaque maisonnée ; les traversées sont donc parfois cacophoniques (sons amplifiés de radio, musique et télévision + voix des patients et des personnels + activités médicales et ménagères) ; émergence récurrente et intermittente des bips ;
- **compression et émergence** de sons techniques et/ou vocaux dans le poste de soin ; **expansion** modérée et **coupure** dans la chambre.

[15] Voir le lexique des effets sonores en annexe

Tous les sols sont recouverts de lino. Les salles de bain sont carrelées. La chapelle est en ciment poncé.

Les portes acoustiques et les doubles vitrages des fenêtres sont efficaces. Mais la plupart du temps les portes sont ouvertes même la nuit sur demande des patients.

Équipements techniques audibles

La ventilation est mécanique dans chaque maisonnée, les chambres et les salles de bain. Elle fonctionne à grande vitesse le jour et à basse vitesse la nuit. Elle est globalement peu audible. Les séances d'exercice d'alerte incendie ou ses déclenchements intempestifs sont mémorisés par tous (claquement brutal des portes pare-feu, violents souffles et aspirations pendant plusieurs dizaines de minutes…).

Tous les espaces de Bretonneau sont climatisés en air chaud. La production autonome d'eau glacée n'est pas encore assurée pour la période estivale. Pendant notre passage, des ventilateurs grand public sur pied permettaient de rafraîchir jour et nuit les endroits stratégiques.

Outre les filaires classiques dans les principaux postes de travail et les portables personnels, les cadres sont équipés de téléphones portables dédiés à l'usage dans l'hôpital (en général en position « vibreur »).

Les personnels soignants sont équipés de bips déclenchés par les appels des patients dans leur chambre. Le dispositif d'appel est hiérarchique et territorial : il dépend de la fonction et du rattachement des soignants à une maisonnée. Dans la période actuelle, notamment par manque de personnel, les sonneries fonctionnent parfois plusieurs minutes avant qu'on y réponde. Ce dispositif est installé depuis peu et est en période d'expérimentation.

Un réseau d'interphonie verrouillable relie les chambres au poste de soins dans lequel, en période calme, on entend le ventilateur de l'ordinateur.

Chaque maisonnée est équipée d'un téléviseur et d'un combiné radio-cassettes-CD, qui fonctionnent souvent en parallèle.

Dans les chambres, un téléviseur est souvent installé, plus rarement un poste de radio et/ou un lecteur de cassettes ou de disques apportés par les patients. Souvent le son fait concurrence avec celui de la maisonnée quand la porte de la chambre est ouverte. Quelques rares patients écoutent parfois le son avec un casque. Les sons du bullement de l'oxygénothérapie sont parfois audibles le soir et la nuit pour les patients, comme les alarmes de fin de perfusion, des pousse-seringue et des Infusomat. Les fenêtres sont bridées et les stores électriques.

2. PARCOURS DE LA RUE JUSQU'AUX MAISONNÉES

Parmi les soignants, un certain nombre n'emprunte pas l'entrée de la rue Joseph de Maistre ; ils arrivent par le parking et vont à l'Accueil pour prendre leurs clés et signer.

2.1. Calme paradoxal et animation

Nos interlocuteurs constatent le niveau sonore élevé de la rue avant de rentrer dans l'hôpital. *C'est bruyant*, disent-ils, et c'est souvent l'occasion pour eux de formuler leur position par rapport aux bruits de la ville – certains ne les supportent pas même si *c'est la vie normale*. Un visiteur qui vient tous les jours à l'hôpital juge le bruit de la circulation *épouvantable* et il poursuit :

Je ne vous parle pas de l'eau qui gicle à chaque fois sur le trottoir, mais ça c'est un détail, ce n'est rien du tout. Mais le bruit des voitures et des autobus qui passent, et le bruit-même des bennes à ordures qui viennent se déverser là parce qu'il y a un centre de déchets, ça fait des bruits épouvantables. (V2)

Attentifs, notamment aux heures « creuses », plusieurs personnes ne réduiront pas le bruit extérieur à celui des voitures qui ne circulent pas de manière continue mais laissent le temps d'entendre par exemple le balayeur le matin ou un chien au loin. Quelques-uns remarquent le passage du bus, le feu rouge et la pente de la rue pour rendre compte d'un bruit *désagréable* ; ceux-la [cadres, infirmiers et une patiente dont la chambre ouvre sur un espace intérieur] pensent alors aux chambres et aux bureaux qui donnent sur la rue :

Ça, c'est le côté désagréable qu'on entend, c'est vrai aussi pour les patients qui sont sur les bords de la rue. Parce que mine de rien, cette rue Joseph de Maistre est vraiment très passante, et notamment il y a le [bus] 95 qui passe là, avec un feu rouge, donc il s'arrête et il repart, donc démarrage et en côte pour le bus ! Les patients qui sont de ce côté-là ont, y compris de l'autre côté, la rue de la Barrière Blanche, ancienne rue Étex, où il y a aussi des gens qui roulent on va dire un peu vite. Et c'est vrai que la nuit on est beaucoup plus perceptif à ces bruits de la vie. (4)

Ici j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de camions qui passent. Est-ce que l'hôpital donne aussi de ce côté-ci ? [Oui] À côté de ma chambre, c'est beaucoup plus calme, ah oui ! (P1)

Le franchissement du sas, le plus souvent ouvert au moment de l'enquête, est rarement signalé. Mais, portes fermées ou ouvertes, de toute façon, **l'effet de coupure, le contraste** entre extérieur et intérieur sont exprimés ; après le sas, « c'est plus calme » marque la comparaison entre les deux et le passage dans une autre ambiance. Tous nos interlocuteurs recourent à ce terme dès qu'ils entrent ; s'ils rencontrent une animation exceptionnelle, ils se dépêchent de dire qu'*en général c'est calme* ; ils qualifient parfois avec plus de précision cette ambiance :

Pour moi, quand je rentre ici, si les portes sont fermées, on n'entend plus le bruit de la rue, donc on rentre vraiment, on sent que c'est beaucoup plus calme, c'est serein en plus. (12)

Par contre, dès que l'on arrive dans cet hôpital, on a une impression de calme, ce qui est très souvent réel. Et on a une impression de calme même moral, de calme physique. (V2)

Le calme, loin de signifier le silence, désigne un bruit de fond de l'activité dont les sources sonores se laissent entendre : émergences discrètes des voix, plus fortes des sonneries de téléphone de l'Accueil, parfois un fond musical, des conversations et au loin, la musique du Petit Bretonneau (café). L'Accueil diffuse une musique en sourdine pendant des moments très calmes de la journée ou du week-end.

On arrive ici, il y a une espèce de calme par rapport au bruit de la rue. Au niveau du standard, des fois il peut y avoir le téléphone. Il y a un petit fond musical quand on arrive, ce n'est pas constant ce petit bruit musical. (3)

Quatre personnes repèrent un **effet de réverbération** en entrant dans la Rue intérieure : *ça résonne, si quelqu'un parle un peu fort on l'entend bien (16)* ; *cette voix qui résonne un petit peu, fait un peu comme un hall (17)*. D'autres parlent de l'ambiance feutrée [dans les moments calmes et la nuit] et désignent la moquette [ces propos distinguent le **temps de réverbération** plus faible dans la Rue qu'au niveau de l'Accueil avec le petit salon vitré face au bureau]. Par contraste avec le silence des pas sur le tapis, les bruits sur le parquet sont entendus et mentionnés à plusieurs reprises, en particulier par une patiente qui remarque *les fauteuils et les déambulateurs qui résonnent sur le parquet ciré (P1)*. Cela peut conduire à s'interroger sur ses propres pas. L'alternance des deux matériaux est appréciée, d'autant que le parquet qui craque sous les pieds a un côté ancien (10).

Une fois annoncé le calme de la Rue intérieure, nos interlocuteurs, en avançant, évoquent tout ce qui l'anime. La plupart parlent du « café » ouvert sur la Rue et, au moment de l'enquête, sur la terrasse située dans le jardin fermé de l'hôpital. La musique dont le niveau peut être un peu fort le matin lorsqu'il y a peu de passage se mêle aux bruits de conversation et de vaisselle à l'heure du déjeuner. Un *brouhaha plutôt serein* crée une ambiance de *bar de quartier, de petit bistrot.* La présence des enfants de la crèche dans la Rue intérieure est une des animations souvent mentionnée, appréciée, et jugée implicitement exemplaire dans ce contexte qui n'y est généralement pas associé. La chorale, animation régulière le vendredi dans l'espace situé au bout de la Rue à la hauteur du Petit Bretonneau et de la salle de spectacles, est évoquée par ceux qui en font partie. Puis, les spectacles fréquents et les animations exceptionnelles sont rappelés par la plupart de nos interlocuteurs. Lors de l'enquête, un défilé de mode, *ambiance Luis Mariano,* commente une infirmière, et une fête antillaise étaient organisés. L'intensité

de la musique et les vibrations ne suscitent pas de remarques négatives mais un visiteur note qu'*heureusement, ça ne remonte pas dans les chambres (V2)*. La Rue intérieure se définit par sa vocation première comme un lieu de passage paradoxalement calme et par sa vocation novatrice d'animations dans un hôpital de gériatrie.

C'est un lieu de passage, où il y a les admissions, la caisse, les familles qui passent, etc., mais ça reste quand même un lieu relativement calme, sur le principe, sauf le midi quand il y a beaucoup de gens qui sont au restaurant, quand parfois le matin les enfants de la crèche sont amenés ici par les éducatrices, alors là c'est très sympa parce qu'ils mettent une animation […] C'est un lieu de passage dans la majorité du temps. Et nous, en tant qu'animation culture, on amène du bruit dans cette rue, mais par instants, par séquences je dirais un peu déterminées. (19)

Ce rappel des ambiances différentes de la Rue intérieure se fait sur un mode qu'on peut qualifier de *jubilatoire* chez certains et qui manifeste le plaisir de travailler dans un lieu hospitalier créatif ; ceux-là disent d'ailleurs ne pas *aimer quand c'est trop calme*, dans cet espace qui se prête si bien aux animations :

Les bruits de l'entrée principale signifient la vie. J'aime quand c'est animé et qu'il y a du bruit plutôt que quand il n'y a rien du tout, que c'est très calme. Sans bruit et sans mouvement dans la Rue intérieure, je trouve que ça n'a pas de sens, et en plus ça serait même assez triste, même s'il y a des couleurs par terre et aux alentours, ça serait très triste. (5)

Lors du parcours nous faisons souvent une digression par **le jardin** ouvert et ensoleillé où se trouvent parfois des patients avec leur famille et des personnels. *Le petit jardin*, le *petit bruit* de la **fontaine qui fait masque**, préservent l'intimité et représentent une **échappée plaisante** pour tous. Le jardin donne la possibilité d'une mise à distance avec l'hôpital, *lorsque la charge mentale est trop forte*, dira un cadre. Les soignants déclarent fréquenter cet endroit trop rarement, parfois lorsqu'ils accompagnent un patient. Ce son de l'eau entendu dans la chambre de son épouse selon un visiteur pourrait presque donner l'illusion de la montagne, *en exagérant un peu*, ajoute-t-il.

Les spectacles occasionnent *beaucoup de passage, parce qu'on descend les patients des étages jusqu'à cette salle*, raconte un soignant. Or, un grand nombre de spectacles – théâtre, concerts, conférences, projection de films – y sont organisés tout au long de l'année. Cette salle, pratique pour y installer les personnes en fauteuil, ne laisse pas filtrer le son lorsque les portes sont fermées ; mais, pendant la période d'enquête, nous avons souvent été attirés par l'animation de la salle dont les portes étaient ouvertes. Lors d'un parcours commenté, notre interlocutrice note avec plaisir *la juxtaposition des sons des violons et des enfants de la crèche*, *véritable musique vivante (18).*

Le principe aussi, c'est que quand il y a un spectacle ici de musique et que ça ne pose pas de problème aux artistes, musique ou théâtre, on laisse ouvert. Quelquefois ça peut

être pour des raisons de chaleur, c'était le cas hier, mais aussi pour que les gens qui viennent, familles, amis, qui passent, qu'ils se disent « tiens, qu'est-ce qui se passe là ? », qu'on sache que c'est un lieu, parce que ce n'est pas évident de se dire « il y a un théâtre dans un hôpital ». (19)

L'acoustique de cette salle apparaît aujourd'hui satisfaisante *parce qu'il fut un temps où les micros ce n'était pas au top du top*. Certaines personnes âgées se plaignent parfois de ne pas bien entendre, mais les comédiens qui interviennent, en particulier les non professionnels, oublient qu'ils s'adressent à un public qui présente des déficiences auditives.

L'**oratoire** constitue une seconde digression pour nos interlocuteurs. Mais à la différence du jardin, peu d'entre eux y avaient déjà pénétré. C'est l'acoustique réverbérante qui est remarquée dans ce lieu œcuménique dont la porte est maintenue ouverte par une chaise (porte très lourde et incitation à regarder et à entrer ?).

Enfin, nous nous dirigeons vers les **ascenseurs**. Nous quittons un espace animé, réellement ou potentiellement, dont le passage devant l'oratoire marque la fin et pénétrons dans un **couloir plus étroit**, un espace plus fonctionnel et moins fréquenté, sauf à l'heure du déjeuner – le self se trouve à ce niveau. Nos interlocuteurs sont peu nombreux à noter d'une part la présence du lino qui succède au parquet, d'autre part la ventilation – *on va vers quelque chose qui ressemble à de l'eau qui coule et il s'agit d'une simple ventilation (18)* ! Le signal d'arrivée de l'ascenseur, le « gling » que plusieurs personnes imitent, caractérise cette galerie – *signal universel*, *le minimum que l'on puisse faire pour signaler l'ascenseur aux mal-voyants (20)*. Plusieurs personnes remarquent des bruits, des grincements :

[Gros grincement] Là c'est vrai que de temps en temps ça grince, des choses comme ça. On le remarque plus dans le sens où je me dis « c'est du matériel neuf », et il y a déjà de petits achoppements, qu'est-ce que ça sera quand ils vont vieillir davantage. (4)

Ce petit bruit TAC-TAC-TAC-TAC [quand la porte se ferme], c'est stressant, on se demande ce qui va se passer. Et puis ça, TOUC-TOUC, on se dit « qu'est-ce qui se passe ? » (12)

Le plafond des ascenseurs manifeste un souci à l'égard des personnes en brancard : des petits ronds ou des étoiles le décorent.

En sortant de l'ascenseur, la moitié de nos interlocuteurs se dirigent vers une maisonnée, celle où ils travaillent, sans commenter l'ambiance qu'ils trouvent dans le couloir. Deux rappellent les bruits de conversation associés au salon fumeur situé face aux ascenseurs. Les autres notent le calme ambiant : *c'est souvent assez calme quand vous arrivez*, disent-ils – cette appréciation ne s'applique pas à un étage en particulier. Exceptionnellement, **un effet de schizophonie** est signalé : *là, on entend le bruit à*

droite et à gauche. Rappelons qu'aucun entretien n'a eu lieu au moment des repas ou d'une animation musicale dans une maisonnée, mais plutôt dans l'après-midi ou parfois en fin de matinée. Une patiente de SSR – dont la chambre donne sur la maisonnée –, qui déclare elle-même être sourde, trouve agréable le silence qu'elle rencontre dans les couloirs :

Ce silence est agréable, puisque dans la salle à manger quand même vous parlez, le silence est coupé par les malades, par le personnel qui travaille. Mais les couloirs sont très agréables parce qu'ils sont silencieux. Pour des malades c'est très agréable, c'est reposant. (P1)

Le discours de nos interlocuteurs dans la Rue intérieure loin d'être normatif – ils sont très peu nombreux à évaluer en termes de gêne les ambiances sonores – traduit le plaisir de traverser cet espace calme et toujours plus ou moins animé. Si pour plusieurs il apparaît *trop calme* à certains moments de la journée, ils savent que c'est ponctuel. Les dimensions de la Rue évitent à l'oreille de se focaliser sur des sons particuliers et favorisent, en dépit des sons liés à l'Accueil, une impression de sérénité qui tient aussi à la mise à distance ; ce grand espace permet au contraire de se laisser porter par l'ambiance rencontrée, agréable, musicale lorsqu'on approche du Petit Bretonneau. Nous ajouterons que nous avons évité d'employer le terme **« hall »** pour rendre compte de la perception sonore dans cet espace, nos interlocuteurs l'ayant rarement désigné ainsi. Ils parlent parfois de la Rue intérieure ou racontent les ambiances sans avoir besoin de préciser l'espace dans lequel ils se trouvent.

2.2. Conscience de sa production sonore

Nous avons très peu de remarques sur la gestion de la production sonore de la Rue intérieure. Un rappel épisodique de la part de la Direction permet de maintenir la musique du Petit Bretonneau à un niveau agréable – il en va de même pour la station de radio choisie qui n'est pas toujours en accord avec le contexte, Skyrock par exemple. L'intensité assez forte au moment des spectacles ou des fêtes dans la Rue intérieure ne pose *a priori* pas de problème : l'acoustique du lieu le permet. Mais en dehors des périodes animées, l'irruption de voix très fortes ou de bruits de forte intensité apparaît peu probable. Comme nous l'avons vu, c'est le bruit des pas qui est parfois commenté par les personnels ; dans ce cas, ils s'interrogent sur le bruit de leurs propres pas.

Les sons aigus de la signalétique d'alarme à l'Accueil (entendus lors d'un parcours) sont efficaces localement auprès de l'équipe de sécurité immédiatement mobilisée.

2.3. Convivialité active

Lieu de passage, la Rue intérieure permet les rencontres avec les collègues ; à cette fin, des personnels, plutôt des cadres, nous disent d'ailleurs prendre l'ascenseur aile ouest plutôt qu'aile est [qui évite de parcourir la Rue]. Les boutiques [ergothérapie, coiffeur, etc.] et la médiathèque favorisent également le passage des personnes âgées et des personnels les accompagnant. Cette rue représente donc un **lieu d'échanges** nous dit-on,

avec des collègues, voire des familles ; *c'est le lien entre l'extérieur et l'intérieur, la Rue intérieure (2)*.

L'animation de cet espace, bien que programmée, préserve un côté informel et maintient une ouverture sur l'extérieur. La chorale a valeur d'exemple : elle réunit bien sûr ceux qui chantent mais aussi toutes les personnes âgées qui descendent à ce moment-la, des personnels et les enfants de la crèche ; *c'est très vivant, et le fait que ce soit dans la Rue intérieure, il y a des gens qui passent et il y a les familles qui sont là, c'est un moment vraiment intéressant (17)*.

Les personnes âgées fréquentent le Petit Bretonneau et le jardin avec leurs familles, parfois avec des soignants qui les accompagnent – mais ceci est rare en fonction de la charge de travail.

2.4. Une publicité réservée et préservée

La Rue intérieure est accueillante

D'autres facteurs d'ambiance que le sonore contribuent à l'appréciation de la Rue intérieure : l'aspect visuel – couleurs, notamment le tapis rouge, décoration des boutiques, etc. – souvent mentionné lui confère un côté chaleureux et participe à l'ambiance feutrée signalée à propos du sonore. La Rue intérieure est *accueillante*. Les deux patientes qui ont effectué un parcours commenté s'étonnent, l'une sur un mode analytique, l'autre sur un mode exclamatif :

L'ensemble, la décoration même, c'est varié, on a fait un effort pour faire de la variation, pour intéresser [Qu'est-ce qui varie ?] Dans la décoration, dans les tableaux, les affiches, les magasins. Voyez, là il y a une commode, ça fait un peu châtelains, les commodes anciennes. En général en arrivant dans un hôpital, vous ne voyez pas ça. C'est modernisé. Évidemment, ça ne fait pas château, ce n'est pas ce que je veux dire, mais c'est une petite décoration, une image. Le tapis rouge, c'est déjà un bon accueil. (P1)

[Rue intérieure ?]Là c'est une entrée splendide, dans un calme relatif quand même. [« Splendide » ?] Parce que c'est net, c'est clair, c'est propre, c'est relax. (P2)

C'est en relation avec une certaine idée de l'hôpital que les patients et les visiteurs apprécient la Rue intérieure – *en général les hôpitaux sont plutôt anciens et l'entrée n'est pas très jolie (P1)* – et ce d'autant qu'ils disent être très bien reçus. L'aménagement, le mobilier, les « offrandes »[16], manifestent un souci de l'autre. Une patiente et un visiteur parleront de « grand hôtel », du « Novotel » ; *c'est que j'ai vu ce tapis rouge quand j'étais dans le brancard (P2)*. Le tapis s'impose, donne une idée de

[16] « Une prise ou *affordance* est une disponibilité pratique dans un contexte et pour une activité donnée ». Joseph Isaac, 1977, « Prises, réserves, épreuves », *Communications*, n° 65, EHESS, Centres d'études transdisciplinaires, Seuil, p. 133. Il reprend ici une des notions de l'écologie de la perception de Gibson.

luxe d'autant qu'une grande allée s'étend devant soi quand on entre ; *ça fait un peu Versailles (16)*, dira d'ailleurs un soignant. Le tapis est encore associé à l'idée de *hall de spectacles,* pour un autre soignant : *le tapis, l'accueil, en plus on entend en lointain la musique, c'est vrai, il y a toujours de l'animation ici, toujours de la vie (12).*

Bretonneau bouscule les clichés hospitaliers des points de vue visuel comme nous venons de l'évoquer, mais également olfactif et sonore. On ne sent pas l'odeur des malades quand on rentre ici, diront quelques personnes. Mais, ce sont les ambiances sonores qui créent la surprise et vont à l'encontre d'une part du silence associé à l'idée d'hôpital – alternance de calme et d'animation – et d'autre part du mouvement bruyant des halls d'hôpital – calme, voire sérénité, alors que la Rue intérieure est avant tout un lieu de passage. Dans cet espace ouvert au public, la publicité peut se faire discrète, réservée, (côté feutré) et en même temps l'interconnaissance est favorisée en particulier lors des moments animés.

Rappel de lieux urbains

L'animation du Petit Bretonneau est celle *d'un café, d'un bistrot* – termes qui apparaissent fréquemment dans les discours ; *là on va se dire qu'on va rentrer dans un café, on entend le Moulino du café (15)*. Le Petit Bretonneau fait entrer l'urbain dans la Rue intérieure, concrètement et pas seulement symboliquement, il ouvre l'hôpital sur la ville, c'est-à-dire aux « gens de la ville », au public.

L'association à un *centre commercial* est évoquée à trois reprises. Les boutiques bien sûr, qui peuvent même faire *Palais des Congrès,* motivent ce rapprochement. Mais, du point de vue sonore, c'est surtout l'animation et le mouvement dans un espace assez vaste qui en rendent compte. En général plus calme que le centre commercial, on trouve dans la Rue intérieure une alternance des ambiances en fonction des moments de la journée. Enfin, une autre raison est exprimée qui répond aux objectifs de l'hôpital Bretonneau : *ce n'est pas qu'un type de personne qui rentre, mais toute la famille, ce n'est pas que les personnes âgées, que les enfants, qu'un certain type d'âge, mais tout le monde, comme si on rentrait dans une grande surface (15).*

On précisera ici que « l'esprit village », élément important de la communication externe de Bretonneau[17] est exceptionnellement mentionné. Une des patientes avait retenu du reportage qu'elle avait vu à la télévision lors de l'ouverture de Bretonneau cette représentation de l'hôpital : *l'ancienne ministre disait que, d'après eux, c'était un hôpital créé façon « village » (P2)*. Sinon, la fontaine peut avoir *un petit côté place du village (17)*.

[17] Voir les brochures de l'Hôpital : « L'Hôpital Bretonneau, c'est l'esprit village, au cœur d'un quartier tranquille du vieux Paris ».

L'hôpital dans la ville

La position de l'hôpital ne fait pas souvent l'objet de commentaires. Nous avons vu que nos interlocuteurs déclarent la rue Joseph de Maistre passante et bruyante et apprécient la coupure avec l'extérieur, une fois le sas franchi. Ils reconnaissent implicitement ou explicitement l'évidence sonore de la ville. Le jardin, loin de se substituer à un parc, constitue un agrément apprécié dans Paris – être dans la ville dans un espace préservé. Deux personnes regretteront que l'hôpital ne soit pas entouré d'un parc, du point de vue sonore mais également spatial – les fugueurs disparaissent plus vite dans la ville sans cet espace intermédiaire.

2.5. Mise en valeur réciproque du bâti et de l'animation

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- bruits de voitures, fond sonore urbain
- calme, sérénité, ambiance feutrée
- animation régulière et exceptionnelle

Perception – appréciation

- effet de coupure avec la rue apprécié
- calme paradoxal et remarqué dans ce lieu de passage
- co-valorisation des ambiances : calme et animation prennent sens par l'existence de leur contraire
- les clichés relatifs à l'hôpital (visuels et sonores) renforcent l'appréciation d'un lieu différent et hospitalier

Production – gestion

- Bruit de la circulation
- émergence des pas (sur le parquet) et des voix ; autocontrôle possible pendant les moments calmes favorisé par une acoustique plutôt feutrée (tapis) et les dimensions de la Rue intérieure afin de ne pas troubler le calme rencontré
- fond musical temporaire et discret à l'Accueil
- musique diffusée pendant la journée : niveau sonore contrôlé
- activités ou fêtes sonores

Sociabilité

- convivialité
- rencontres intergénérationnelles (présence de la crèche)
- ouverture au public
- publicité d'interconnaissance

Rapport à l'environnement

- conscience d'entrer dans un espace ouvert, animé par des « offrandes » sonores et visuelles ;
- dimension esthétique : plaisir de se déplacer ou de s'arrêter dans un espace agréable (conjugaison des différents facteurs d'ambiance) et vivant

Enjeux

Coupure avec l'environnement urbain

L'effet de coupure entre les espaces extérieur et intérieur – transition brève du sas jamais remarquée – permet d'entrer vraiment dans l'hôpital. La qualité des halls favorise le passage d'un univers à l'autre.

« Ça ne fait pas hôpital »

Cet hôpital neuf ouvert un an avant l'enquête échappe aux représentations classiques et négatives du monde hospitalier. L'aménagement, sans tomber dans le luxe ou l'ostentation, reconnaît l'autre – qu'il s'agisse du patient, du visiteur, du personnel. La réussite sonore tient à un temps de réverbération faible dans ce grand espace. La gestion sonore joue un rôle important dans l'image de la Rue intérieure puisqu'elle alterne le calme et l'animation. Contrairement à d'autres lieux gériatriques, hospitaliers ou non, personne ne songe ici à mettre en place une musique d'ambiance. Même à propos des ascenseurs qui grincent, elle apparaît comme une solution trop artificielle : *l'hôpital, ce n'est pas la musique, ce n'est pas le Monoprix quoi ! A la limite, que ça se justifie dans un ascenseur, et encore, qui dessert 14 étages [Bichat] (5)*.

Maintenir la dynamique sonore

Par rapport à « l'esprit village » qui a guidé sans doute l'aménagement de la Rue intérieure, nous pensons que le facteur sonore a ici le mérite de lui donner vie. Il évite de l'enfermer dans une image patrimoniale. Ce n'est donc pas un hasard si ce côté village n'est quasiment jamais évoqué : l'actualisation l'emporte sur la référence. Reste à maintenir une dynamique propice à l'ambiance du lieu.

3. REPAS

3.1. Le repas : une situation sonore animée parmi d'autres

Le repas à Bretonneau ne constitue pas un objet fréquent de discours sinon de la part des deux maîtresses de maison que nous avons interviewées. Quelques membres du personnel, notamment des cadres qui ont effectué le parcours en fin de matinée, commentent la préparation du repas. Cette situation ne représente pas un moment fort de la journée comme dans les services de Bichat ; du point de vue spatial, la maisonnée est investie toute la journée avec des plages de calme en début de matinée et d'après-midi, et du point de vue des activités, les personnes âgées sont beaucoup plus sollicitées, des animations étant également organisées à l'échelle de la maisonnée. Rappelons que dans chaque maisonnée, séjournent 15 patients.

Les maîtres et maîtresses de maison prennent leur service à 11h et sont chargés aussi bien de poser le couvert que de préparer une partie des repas. Tout en assurant cette activité, ils veillent au bien-être des personnes âgées arrivées dans la maisonnée, peuvent les solliciter par la parole, discutent avec les autres personnels, éventuellement mettent un fond musical…

Là, il y a des personnes qui sont très calmes, on entend les conversations entre la maîtresse de maison et les aides-soignants. Là, il y a la préparation du repas qui va démarrer. Les gens sont même plutôt endormis le matin. Là, les soins du matin se terminent, le repas se prépare, ça me donne l'impression d'une certaine sérénité. (2)

Toutefois, les discours relatifs à ce moment de la journée font souvent allusion à différents facteurs sonores qui colorent ce calme ambiant, le transforment, de manière ponctuelle ou prolongée :

- les bruits des équipements électro-ménagers que les maîtresses de maison ont tendance à énumérer mais qui ne fonctionnent pas tous en même temps – le *réfrigérateur, des fois le lave-vaisselle quand il tourne, le four, le micro-ondes, la bouilloire, la théière qu'on entend systématiquement si on la met en route, le mixeur (15),*
- les bruits liés à la manipulation de la vaisselle,
- la présence de patients plus ou moins agités,
- la voix forte de certains soignants,
- enfin, la télévision en général allumée et parfois le radio-cassette-CD.

Cette conjugaison de bruits dont l'intensité n'est pas nécessairement élevée sur la durée est le signe d'une activité familière annonciatrice de la vie quotidienne de la maisonnée pour les patients. Le soir, l'ambiance sonore de la préparation du repas fait suite à des moments plus ou moins animés de l'après-midi – goûter vers 16h et, selon les

maisonnées et les jours, jeux, télévision, présence de visiteurs, etc. – et annonce la fin de la journée : *Là, on recommence des changes avant le repas du soir. Là, c'est un peu plus animé. (9)*

Le repas lui-même apparaît bruyant en fonction de ces mêmes facteurs sonores que nous venons de relever : *Et puis même pendant les heures de table, vous entendez bien : vous avez le bruit des conversations, le bruit du service, et puis en même temps la machine, le micro-ondes, vraiment il y a pas mal de choses (14)*. Précisons que les conversations sont moins celles des personnes âgées que des personnels. Nous supposons que ces sources sonores bruyantes sont perçues comme inhérentes au repas par des personnels qui, pris dans l'activité, estiment que *c'est le bruit d'une cuisine normale, qui vit (15)* et que ce bruit est censé donner de la vie à la maisonnée. Nous retiendrons l'expression complexe qui répond à une relance sur le bruit pendant les repas posée à une maîtresse de maison : *Il n'y a pas énormément trop de bruit (14)*.

Mais comment les patients perçoivent-ils ces activités ? Nous avons peu d'éléments pour répondre à la question ; l'ambiance sonore du repas ne sollicite pas les commentaires. Nous prêterons l'oreille aux propos d'une patiente de Picasso – sourde – qui expriment eux aussi l'ambiance bruyante du repas ; cette personne qui est sociable et laisse sa porte de chambre donnant sur la maisonnée ouverte rejoint *a priori* le point de vue des personnels puisqu'elle déclare sur relance que *ça fait de la vie*. On se demandera si elle ne choisit pas de minimiser le désagrément que peut engendrer ce type de bruits, d'autant qu'elle porte un sonotone, au profit d'une adaptation à son environnement sonore et social :

[Et ici au moment des repas ?] C'est la vaisselle déjà quand on la remue. La table roulante pour le service. Les fourchettes tapant dans des tasses. Je crois que c'est une cuisine de genre américain, je ne connais pas l'Amérique. Alors obligatoirement vous avez les bruits de la vaisselle, le four, etc., qui résonnent. [Choc de casserole] Tenez, vous l'entendez là ? Vous êtes obligés de l'entendre. Mais sans exagération : les maîtresses de maison font très attention [bis]. (P1)

Les propos d'un visiteur reconnaissent le désagrément : il évoque un bruit de soucoupe épouvantable ; et il excuse la gestuelle des personnels : *Et je ne vous parlerai pas des bruits de vaisselle, parce que les gens qui la font sont des gens très bien, très gentils, qui travaillent bien (V2)*.

Pourtant, les repas dans la maisonnée dont il est question précédemment peuvent être qualifiés de silencieux – un visiteur et une aide-soignante de Corot. Dans ce cas, c'est l'absence d'échanges entre les patients qui est mis en avant.

3.2. Les prémisses d'une gestion sonore

En ce qui concerne **les équipements électro-ménagers**, ils sont, nous dit un cadre, quasiment labellisés acoustique. Les lave-vaisselle, modèle domestique, répondent au

concept de maisonnée et font moins de bruit qu'un modèle industriel qu'on trouve en général dans les collectivités.

Une gestion temporelle de la préparation des plats évite de produire trop de bruit en cours d'après-midi : *on ne va pas faire une préparation très très bruyante à 15h, on va la faire à la dernière minute (15)*.

La configuration spatiale de la plupart des maisonnées distingue espace salon et espace salle à manger. Dans ce cas : *quand le lave-vaisselle tourne, on peut être dans le salon on ne l'entend pas (15)*.

Pendant les repas, selon nos observations et les discours de nos interlocuteurs, **le téléviseur** semble plus souvent allumé qu'éteint même si cela dépend des maisonnées et/ou des personnels. Il nous est dit à plusieurs reprises que les personnes âgées aiment bien écouter les informations, ce qui justifierait la présence de la télévision. En même temps, le poste situé alors au niveau des tables peut diffuser de la musique. Mais, certains disent préférer éteindre « la télé », mettre une cassette ou la radio ou bien, mais ce discours est exceptionnel, ne *rien mettre*. Dans une maisonnée de SSR, la maîtresse de maison nous dit, à propos d'une personne âgée assise dans la maisonnée au moment de l'entretien, que, pendant les repas, *souvent, on la voit, elle se lève et elle éteint, parce qu'aux heures de repas il y a un brouhaha ! (14)*

Quant à la **gestuelle sonore** peut-elle évoluer ? Est-il possible de fermer une porte de placard plus doucement, de mettre la table en faisant moins de bruit ? Nous le verrons, lors des entretiens sur écoute réactivée, les personnels semblent prendre conscience du bruit. Cela peut-il aider à améliorer leurs gestes ?

3.3. De l'empathie aux « ambiances conflictuelles »

Les personnes âgées que nous avons interviewées aiment les repas pris en commun, même si les échanges restent limités. Elles disent parler peu avec les autres, ce qui n'empêche pas une empathie propre à chaque table et une curiosité et un intérêt pour les ennuis d'autrui. En long séjour où les patients finissent par avoir une place attitrée, l'empathie s'établit peut-être plus facilement que dans les autres services :

Je suis toujours à la même table, c'est des gens qu'on finit par connaître. [Vous discutez pendant les repas ?] Ça dépend voyez, je suis tombée sur des gens qui sont fatigués aussi. (P3 - SLD)

On n'a pas de place attitrée, on met les gens comme ils viennent. De temps en temps, ça rouspète ; quand on est ancien dans les maisons, on a pris une place, on la garde souvent. Mais justement pour que ça ne soit pas régulier, même des anciennes se déplacent, il n'y a pas de privilège, c'est normal. […] [Vous discutez à table avec les autres ?] Ah ben oui, évidemment, on discute, mais peu. C'est surtout des gens assez fatigués, vous comprenez. D'eux-mêmes ils ne parlent pas. Quand on a écouté 3-4 fois

le discours d'une personne qui est malade, elles parlent de leur maladie. On ne peut pas se livrer à ces gens-là, il n'y a pas d'intimité. Alors on parle de maladies. Et puis de temps en temps, on n'a plus envie d'en parler, alors on reste 4-5 jours sans en parler. Et tout d'un coup ça revient. (P1 – SSR)

Comme nous le constatons, la question des places à table est importante, ce qu'observe une maîtresse de maison : les patients disent « ma place », « ma chaise » ; ces expressions sont-elles le signe d'une appropriation de l'environnement ?

Selon les patients réunis dans les maisonnées, il peut y avoir des disputes : *à Cézanne [psycho-gériatrie] on s'échange des horreurs à table, parce que c'est souvent au moment du repas que surviennent ces ambiances un peu conflictuelles (1)*.

3.4. Comme à la maison ou comme au restaurant ?

Parmi nos interlocuteurs, plusieurs évoquent **les odeurs du repas** spontanément ou sur relance à la question des autres facteurs d'ambiance. Le principe de la cuisine américaine dans les maisonnées vise à créer l'ambiance de la maison des points de vue sonore et olfactif. Les odeurs, plus que les sons semble-t-il, contribuent à cette représentation de la maison par les personnels puisque ce sont eux, et non les patients et les visiteurs, qui nous en parlent :

Quand il y a des pâtisseries l'après-midi, il y a des effluves de crêpes et de gâteaux au chocolat. Mais à la limite c'est moins gênant que des cuisines à base d'oignons ou d'ail. (6)

Ici on est des maisonnées, il y a une partie des repas qui sont préparés ici, une autre qui arrive de l'extérieur. Ici on fait ce qui est périmé tout de suite, la viande, les fruits frais, mais le reste arrive de l'extérieur. Quand on réchauffe les repas, on sent les odeurs, et c'est vrai que ça a l'air d'une maison, ça stimule l'appétit des personnes âgées. (20)

Il est un autre élément évoqué par toutes les catégories d'interlocuteurs : la présentation du repas. Personnels, patients et visiteurs, apprécient les nappes, le verre à pied, les fleurs… L'hôpital prend l'allure d'un restaurant aux yeux de certains. Une patiente compare Bretonneau aux autres hôpitaux : *la cuisine est portée sur chariot roulant dans les lits ou sur une petite table. Tandis qu'ici on est mieux, on est servis comme au restaurant (P1)*. Un visiteur raconte sa surprise lorsqu'il a découvert Bretonneau en accompagnant sa femme hospitalisée jusqu'alors à Bichat :

Déjà, la salle de cuisine-restaurant, c'était déjà très bien avec les petites tables, ça fait restaurant, alors qu'à Bichat ça fait réfectoire, ce n'est pas pareil […] Mais enfin c'est très sympa, très bien. Et puis, quand on est rentrés, cette salle à manger avec des fleurs sur les tables et tout, c'était très très bien. Tout le monde disait « c'est un 3 étoiles ! un 4 étoiles ! ». (V1)

Mais, si tous les patients et visiteurs parlent de l'accueil, des personnels – à l'exception d'une patiente très déprimée, le ton est plutôt élogieux à cet égard –, ils ne commentent pas tous l'environnement. Les personnes âgées les plus dépendantes et fatiguées l'oublient malgré nos relances.

L'ambiance sonore du repas est complexe. Nécessairement bruyante par **l'irruption** de sons liés au repas et à sa préparation, elle peut être encore plus sonore par la présence d'un fond musical (niveau plus ou moins élevé du téléviseur ou du poste selon les maisonnées, les soignants) ou bien silencieuse parce que les personnes âgées parlent peu. L'identité sonore des personnels et en particulier des maîtres de maison jouent sur l'ambiance des repas. Finalement peu remarquée, cette ambiance risque d'être désagréable aux oreilles de quelques-uns mais est valorisée implicitement par plusieurs personnels qui l'associent à la maison tandis que les visiteurs et quelques patients sont très sensibles au cadre et parlent alors du restaurant.

3.5. Vers un équilibre sonore

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- ambiance métabolique : voix, sons des équipements électro-ménagers, fond sonore (téléviseur et/ou radio-cassette-CD) : de la « sérénité » interrompue ponctuellement au moment de la préparation du repas en fin de matinée au « brouhaha », voire à la « cacophonie » pour certains, au moment du repas
- effet d'irruption de sons : manipulations de vaisselle, mixeur, etc.

Perception – appréciation

- le repas ne retient pas toujours l'attention à Bretonneau où les activités de la journée animent également la maisonnée
- ambiance reconnue comme bruyante par la plupart de ceux qui parlent de cette situation
- tendance à ne pas remettre en question des sons qui peuvent être désagréables, chez les personnels (bruit d'une cuisine normale) et chez des patients (le désagrément est en même temps vivant)

Production – gestion

- des équipements labellisés acoustique
- globalement, une production sonore à contrôler (gestuelle et fond sonore)

Sociabilité

- peu d'échanges entre les personnes âgées du SLD mais empathie appréciée
- plus de communication en SSR
- moment animé, collectif, important mais il y en a d'autres (goûter, anniversaires, chorale, etc.)

Rapport à l'environnement

- responsabilisation et plaisir des maîtres de maison ; risque potentiel de coller à la représentation « le bruit c'est la vie »
- attraction possible mais ambivalente (risque de désagrément) pour les patients

Enjeux

A la recherche d'un équilibre sonore

Le principe de la cuisine américaine exige un contrôle plus attentif de la production sonore et une conscience des effets produits par les différentes sources sonores. La gestion du fond sonore relève elle aussi d'une prise de distance vis-à vis des ambiances dans lesquelles les personnels évoluent.

4. APRÈS-MIDI

4.1. Confusion potentielle

Rappelons que la majorité des personnes ont été interviewées l'après-midi, vers 14h ou vers 16h30 – 17h, après le goûter. Lors des entretiens, les animations avaient lieu soit dans la salle de spectacles, soit dans la Rue intérieure et non dans les maisonnées comme cela se pratique régulièrement. Le discours des personnels nous invite à traiter l'après-midi dans son ensemble. En effet, **même si le début de l'après-midi apparaît plus calme**, **les ambiances** que les personnes interviewées rencontrent en arrivant dans les maisonnées **mêlent des sons d'origines diverses qui émergent plus ou moins** au moment où ils passent. Par ailleurs, les animations sont toujours mentionnées et font partie du rythme quotidien : elles se produisent dans la maisonnée – anniversaires, rencontres avec les enfants, etc. – ou dans la salle de spectacles et dans ce cas les personnes sont conduites au rez-de-chaussée. Après un parcours, une patiente trouve le calme dans sa maisonnée ; ce qui ne correspond ni à l'image qu'elle en a, ni à celle qu'elle veut en donner :

[Son en arrivant à Picasso] C'est calme. Reconnaissez-le, c'est très calme. Des fois c'est plus bruyant mais là c'est calme. Vous n'avez pas de chance : il n'y a personne en ce moment. On est obligés de trouver le calme puisqu'il n'y a personne, ou pas grand monde.[…] Mais il y a toujours une distraction, tout le temps, tout le temps. (P1)

Pour introduire l'analyse de la perception de l'après-midi, nous citerons une psychologue qui termine le parcours commenté au troisième étage vers 14h30 – heure à laquelle les transmissions entre les équipes du matin et de l'après-midi sont terminées – et un aide-soignant interviewé vers 17h qui travaille au premier dans les maisonnées de psycho-gériatrie.

On entend d'ici les bruits de télévision qui sont très fortes, elles sont souvent très fortes, surtout à Sysley, parfois je baisse un peu la télé pour proposer un peu de musique. Là, c'est une télévision individuelle mais par contre celle-là est branchée mais n'a pas de son. Mais à cette heure-ci, c'est souvent très calme, les personnes âgées dorment dans leur chambre ou ici, dans le salon, c'est le creux un peu de l'après-midi, ça se calme avant le goûter. Certaines personnes font la sieste dans leur chambre, regardent la télé ou restent là ; des visiteurs arrivent à partir de 2h et demi […] on entend une autre télé là-bas de l'autre côté, quelqu'un d'autre qui doit écouter très fort. (17)

On arrive au 1er [vers Morizot] dans la rue qui mène dans les maisonnées. Et, à part des gens qui parlent, il n'y a pas de bruit. Là, vous voyez la télé n'est pas trop trop forte. Au moment où je vous parle, il y a effectivement le téléphone qui sonne, ou il y a les bips des soignants qui sonnent. Là on arrive à Gauguin. On entend quelques télés. (8)

Un petit brouhaha de gens qui parlent – personnels dans la maisonnée ou dans le poste de soins dont la porte est en général ouverte, visiteurs qui peuvent s'installer autour des tables avec les patients – est souvent mentionné par nos interlocuteurs. Nous ajouterons qu'ils sont peu nombreux à évoquer les voix, que ce soit la leur ou celle de leurs collègues, dont l'identité module les ambiances de la maisonnée.

Parfois, bip et téléphone sont entendus et signalés comme dans ce fragment ci-dessus, lors des parcours, mais en cours d'après-midi, il y a moins d'appels parce que de nombreux patients ne sont pas dans leur chambre. A propos des **bips** qui sonnent dans le poste de soins et sur le bip des soignants, le discours apparemment neutre de l'énumération laisse place, sur relance, à l'explication du système mis en place récemment – il est impossible d'arrêter un bip tant qu'un personnel n'a pas répondu à la demande, système qui prévoit également l'extension progressive de l'appel vers les soignants des autres maisonnées. Le bruit de la sonnerie, mais surtout sa durée et ce qu'elle signifie pour le soignant occupé ailleurs perturbent ; *stressant*, *bruits récurrents et usants*, *il arrive que ça bipe en permanence, sentiment que ça vient harceler surtout quand il y a le bip des autres maisonnées,* disent les soignants. Voici comment une aide-soignante parle du bip :

Le bip, c'est plutôt agaçant, ça crie tant qu'on ne répond pas, dans les chambres quand on appelle, si on ne répond pas tout de suite, alors là c'est sans cesse des bruits aigus, ça m'agace. Je suis assez calme de nature, mais à force, si en plus il y a 2-3 personnes qui me réclament à droite ou à gauche, là ça me fait trop de bruit, ma tête explose, je dis « restons calme ». (13)

Toutes les « photos sonores » que les personnels décrivent font référence aux **téléviseurs et aux combinés radio-cassette-CD** ; les sons des premiers dans l'espace salon ouvert d'une maisonnée interfèrent parfois avec les sons d'autres postes en provenance de chambres dont les portes sont ouvertes ou bien avec la musique d'un combiné qui se trouve plutôt côté cuisine. Ce bruit de fond d'un niveau plus ou moins élevé selon les maisonnées est systématiquement signalé au cours des entretiens (les cadres interviewés en fin de matinée abordent également la question). Nous savons que les personnels étaient sensibilisés à la question lors de l'enquête et prêtaient par conséquent une oreille plus attentive à ce type de sons. Mais quelle est la portée précise de leurs remarques ? La télévision fait partie du fond sonore, elle peut très bien être « oubliée ». Ce sont les infirmiers ou les cadres qui se montrent vigilants et exercent un contrôle sur le niveau du téléviseur et de la musique ; une infirmière ne s'attend-elle pas à entendre la musique **et** la télévision en arrivant dans la maisonnée ? On relèvera que pour d'autres raisons, des soignants ou visiteurs s'attendent aussi à entendre le son de plusieurs postes allumés en sortant de l'ascenseur et en approchant de la maisonnée. Pour cette maîtresse de maison, c'est le fond sonore habituel qui résulte du désir des personnes âgées et pour ce visiteur qui fréquente la même maisonnée, c'est un bruit *insoutenable* qui, implicitement, n'est pas maîtrisé. Il porte désormais des prothèses

auditives pour se protéger du bruit lorsqu'il vient à Bretonneau. La musicothérapeute analyse la situation sonore d'une maisonnée où les sources qui jouent un rôle de fond sonore ne peuvent satisfaire ni patient ni soignant :

La télévision est allumée mais personne ne la regarde ni l'écoute ; les appareils de musique qui sont là sont beaucoup trop faibles d'intensité et il faut vraiment écouter très près ; comme la pièce est assez grande, soit on impose à tout le monde une source d'information, une musique de façon large et forte. C'est difficile d'utilisation, car soit il faut être à côté et c'est réduit à 2 ou 3 personnes qui entendent, soit on fait profiter toute la pièce mais tout le monde n'a pas envie d'écouter la même chose au même moment, il faut être loin sinon c'est insupportable et loin, on entend moins bien. (18)

Enfin, une autre source sonore fait partie du fond potentiel de ce milieu hospitalier, ce sont **les cris**, cités par défaut dans la mesure où lors des parcours nous en avons peu entendu. Mais, et ceci caractérise le discours des personnels dans les trois terrains, les cris sont présentés comme éprouvants pour tous. Le calme des maisonnées risque toujours d'être interrompu par un cri, un gémissement, une plainte ou encore des demandes répétées incompréhensibles. Ce qui est reconnu comme une forme de communication est *agressant*. Par ailleurs, un patient qui crie très souvent marque les esprits dans certaines maisonnées. Les personnels des deuxième et troisième étages disent souvent qu'ils ne pourraient pas supporter de travailler en psycho-gériatrie au premier à cause des cris.

[« Agressant » ?] Quand ça dure longtemps, ça finit par être agressant, parce que derrière il y a quelque chose, derrière il y a une souffrance, une demande, il y a quelque chose. Ce n'est peut-être pas le son en soi, mais on le perçoit comme étant évidemment quelque chose de pas nécessairement agréable. Si la personne émet ce genre de son, c'est qu'a priori elle ne va pas très bien, qu'il y a un petit problème. Partant de là, évidemment nous-mêmes on reçoit ce son comme étant parfois un peu difficile à entendre, surtout quand c'est tout le temps, parce que ça arrive. (9)

Cette dame-là, qui criait tout le temps, c'était l'enfer [bis], c'était insupportable, à faire péter les plombs à tout le monde. C'était quelqu'un qui criait avec un son très très aigu, un mot qu'on comprenait à peine, et c'était non stop. (16)

Certaines personnes (en particulier les personnes qui ne sont pas attachés à un service) remarquent la **confusion** due à une juxtaposition des sons ; celle-ci leur apparaît dénuée de sens lorsqu'ils passent dans la maisonnée lors des parcours. On notera que ces personnes qui prêtent une attention particulière aux sons signalent le bruit de la rue (maisonnées Sysley et Gauguin). Cette approche met en évidence les habitudes perceptives prises par nombre de personnels et peut-être par les patients : ils ne repèrent pas cette juxtaposition qui empêche parfois l'intelligibilité, gomment vraisemblablement les sons qu'il jugent inutiles, acceptent une ambiance sonore marquée par la **métabole**.

Là je suis au milieu de la pièce environ, en tout cas au niveau du couloir : d'un côté j'entends la télévision, de l'autre j'entends les gens qui parlent, j'entends la radio ou quelque chose comme ça, et j'entends un bruit de travail dans la cuisine, des portes qui claquent, ça fait un mélange de bruit qui fait que ça remplit, ça mélange, c'est des bruits qui sont mélangés et qui saturent un petit peu mon oreille. C'est surtout qu'il y a un mélange de bruits divers qui viennent d'un peu partout. À la limite là, j'entends du côté gauche, il y a plein de bruits, mais je n'arrive pas vraiment à identifier d'où ça vient. Ce n'est pas très net, ça fait mélangé. (16)

Si on se met là [au centre de la maisonnée] et qu'on écoute, on entend des conversations, la télévision, des pas, et autant on peut superposer des sons musicaux, autant tout ce qui est verbal ne peut pas se superposer sans qu'il y ait confusion : or, dans un environnement de personnes qui sont dans la confusion, je trouve ça choquant. (18)

Comment les ambiances sonores de la maisonnée sont-elles perçues par les personnes âgées ? Plusieurs soignants font référence à des patients qui ne supportent pas toujours les situations bruyantes : cris bien sûr, voix des soignants trop forte sur un fond sonore déjà élevé, et intensité des postes (téléviseur, radio) ; *les personnes âgées disent quelquefois « qu'est-ce que ça crie ! » ou « il y a du bruit ! » ; il arrive qu'une personne âgée me remercie lorsque je baisse le poste*, ajoute cette soignante et elle en conclut : *Donc les personnes âgées n'osent pas le dire, et, quand je le fais, elles me remercient, alors, il faut le leur demander (13)*.

Qu'en est-il de la perception depuis les chambres ? Tout dépend bien sûr de la position de la chambre dans l'espace et des pratiques d'ouverture ou fermeture de la porte. Parmi les patientes que nous avons interviewées, l'une d'elles en SSR se trouve dans une chambre qui donne directement sur la maisonnée ; lors de l'interview dans sa chambre dont la porte est en permanence ouverte, elle nous fait remarquer les sons émergents en provenance de la cuisine : *Là vous entendez les bruits, les verres, le cristal qui sonne* […] *Si on fait tomber une cuillère, je l'entends, toute sourde que je suis je l'entends quand même. À part ça, c'est très très supportable (P1)*.

En revanche, une patiente également en SSR, dont la chambre se situe dans le passage qui relie les maisonnées et qui maintient la porte fermée, dit ne pas entendre grand-chose : *[Vous entendez des bips, téléphones depuis votre chambre ?] Non, pas trop. [Sons du couloir porte fermée ?] Je n'entends pas grand-chose. Je n'entends pas nos petits fauteuils de présidents. Mais quand ils passent avec leurs gros appareils [chariots], mais c'est dans la journée, pas dans la nuit. Dans la nuit c'est très calme (P2)*.

Les autres patientes interviewées, en SLD, sont dans des chambres en retrait. Leurs portes de chambre sont ouvertes ou entrouvertes et elles disent préférer le mouvement

parce que *ça fait moins vide (P5)* – mouvement qui peut être aussi bien le passage dans le couloir que celui de l'immeuble en face. Les patientes interviewées ne se plaignent pas des cris d'autrui – alors qu'on sait qu'à Sysley par exemple, peu de temps avant l'enquête, une patiente a perturbé le service. L'une d'entre elles signale bien la présence de son voisin qui perd la tête et crie fréquemment mais elle n'en fait pas un objet de plainte dans son discours ; dans la journée, elle-même, sourde, écoute à un niveau fort élevé et porte ouverte la télévision ou la radio.

Le bruit extérieur ne constitue pas une source sonore gênante pour les patientes interviewées – chambres ne donnant pas sur la rue Joseph de Maistre et dont les fenêtres isolantes étaient fermées ou entrouvertes, car bridées, au moment de la période d'enquête. Ce sont donc les sons de l'intérieur qui sont privilégiés dans ce cas. Signalons qu'un visiteur se plaindra du bruit engendré par le chargement des poubelles de l'hôpital au niveau de la chambre de sa femme ainsi que du bruit de roulement des autobus.

4.2. Production – gestion sonores : une question de principes

La production sonore, comme nous venons de le voir, varie d'un étage à l'autre et d'une maisonnée à l'autre. Mais, temporellement, selon l'identité sonore des soignants et selon les activités en cours, le rythme et les ambiances sonores changent.

[Événements sonores ?]Il y a des périodes où par exemple il y a des musiciens qui montent dans les étages, il y a des moments où on fête les anniversaires, quelquefois il y a des chants, des aides-soignants qui chantent avec les personnes âgées. [personne âgée qui crie à ce moment-là] Voilà, c'est ça, en termes d'événements sonores, il y a aussi des cris, ou quelquefois le personnel qui s'interpelle, et quelquefois de loin, ils s'appellent quelquefois d'une maisonnée à l'autre. Ça ce sont des événements non désirés, forcément. Il y a quelquefois la présence des familles, qui fait que du coup le niveau sonore est beaucoup plus élevé. (2)

On ajoutera également qu'au brouhaha des voix entendu dont nous parlions plus haut se substituent, de temps à autre mais plutôt au moment où les personnels font les transmissions, des échanges verbaux assez forts [les enregistrements effectués en dehors et lors des parcours en attestent] entre personnels et/ou des messages adressés aux personnes âgées. Ceci est peu relevé dans les commentaires ; un cadre évoque les pratiques de soignants qui ont des conséquences directes sur l'ambiance sonore de la maisonnée :

Il y a des soignants qui investissent énormément la salle de soins, donc qui finalement s'enferment, sont dans leur vase clos. Et d'autres investissent dans la salle à manger et vivent dans la salle à manger, leur salle à manger. Donc elles boivent le café ici, elles fonctionnent ici, elles font leurs transmissions dans la salle à manger. Donc s'il est 17h30-17h45, ça va faire beaucoup de bruit. Souvent c'est vrai que j'ai tendance à faire

PCHHHHH [moins fort], parce que je pense que les gens dorment, et que ça résonne malgré tout quand il n'y a pas de bruit du tout, la voix porte beaucoup plus. (5)

Si nous reprenons les différents sons caractéristiques des services évoqués précédemment, nous pouvons dire qu'ils répondent à des normes plus ou moins explicites qui peuvent s'affronter. En fait, chacun, soit laisse faire parce qu'il a pris l'habitude de gommer un type de son, soit réagit parce qu'il ne le supporte pas très bien, ou encore, dans le prolongement de réunions et discussions, prend conscience qu'il vaut mieux modifier certaines pratiques. Tout d'abord, en ce qui concerne les **bips**, nous savons que le système était à l'essai. Dans la mesure où l'appel est enregistré par plusieurs soignants d'une maisonnée et progressivement de l'étage, la tendance à poursuivre sa tâche et à laisser sonner se manifeste ; « de toute façon quelqu'un répondra ». Des ajustements pragmatiques se mettent en place. L'inconfort sonore du bip et la nécessité de prendre en charge la demande conduisent certains à prévenir le patient qu'on s'occupera bientôt de lui ; telle maîtresse de maison – les maîtres de maison n'ont pas de bip – qui entendra la sonnerie dans le poste de soins dont la porte est ouverte se déplacera et vérifiera si l'appel émane de la maisonnée. Dans ce cas, elle ira voir le patient pour évaluer sa demande et le rassurer dans l'attente d'un soignant.

D'autres alarmes sont mentionnés par quelques-uns : il s'agit du déclenchement un peu trop prompt de l'alarme incendie :

Il nous est arrivé à quelques reprises qu'il y ait l'alarme incendie qui se mette en marche : du coup il y a une soufflerie extraordinaire qui sort de là, il y a les trappes qui s'ouvrent, qui propulsent de l'air glacé, alors ça je vous assure que je n'aime pas. ® ça a toujours été accidentel : une fois c'était un grille-pain qui n'était pas placé sous la hotte, donc ça a déclenché les alarmes. (1)

A propos des sons des téléviseurs et des combinés radio-cassettes-CD, nous avons signalé que cette question était d'actualité lors de l'enquête. Une réflexion sur les musiques diffusées était également à l'ordre du jour. Les cadres et d'autres personnels attentifs à l'ambiance sonore jugent que les téléviseurs sont allumés systématiquement et luttent contre le fonctionnement conjoint du téléviseur et de la radio ; cette pratique, nous dit une infirmière, *dépend vraiment du personnel, il y en a vraiment qui ne mettront pas ensemble la télé et la radio, et il y en a d'autres, ça ne les gêne vraiment pas (6)*. Si on interroge les soignants qui créent spontanément une ambiance sonore électro-acoustique en allumant le téléviseur et/ou la radio, *c'est bien sûr pour eux, mais aussi pour la personne âgée parce que, pour eux, c'est aussi signe de vie, d'activité, de stimulation (5)*, déclare un cadre. Certains personnels font appel au principe selon lequel les patients font comme chez eux ; ce qui revient à exiger de chacun qu'il accepte les désirs sonores de l'autre. Voici deux citations, l'une d'une maîtresse de maison, l'autre d'un visiteur, qui expriment la même situation sonore :

Ici c'est Long séjour, donc les personnes âgées sont chez eux, c'est leur dernière demeure, donc on ne peut pas ne pas permettre aux gens de faire comme ils veulent. Ils ont tous leur télé dans leur chambre, mais c'est beaucoup plus agréable de regarder la télé au salon avec les autres. Il y en a qui vont regarder la télé là, on ne peut pas les empêcher de regarder la télé. Il y en a une qui aime « Questions pour un champion », donc dans un petit moment elle va venir. Il y en a une qui écoute Armand Jammot vers 17h30, avec sa radio là, à l'entrée de la chambre 13. Et il y a cette dame qui aime écouter la radio avec la dame en rose : si là on éteint la radio, elles vont se disputer : « pourquoi vous éteignez ? », donc on ne peut pas. (15)

C'est souvent insoutenable. Pourquoi ? Il y a une télé qui marche pratiquement sans arrêt. Il y a 2 ou 3 chambres qui donnent exactement dans la maisonnée, dans la salle à manger, et chacune a un poste de télévision. Donc il y a au minimum 3 postes de télé qui marchent en même temps, dont « profitent » entre guillemets les gens qui sont au milieu. Mais en plus, ce n'est pas tout, vous avez en plus un poste de TSF qui est sur le buffet de la maisonnée, qui marche en plus, et qui passe de l'Édith Piaf à longueur de journée. (V2)

Plusieurs de nos interlocuteurs – plutôt des cadres, infirmiers, personnels transversaux – nous disent éteindre les postes – en général le téléviseur – lorsque personne ne le regarde ou diminuer le son. Mais, la difficulté à saisir la demande des personnes âgées en la matière est exprimée fréquemment ; ainsi, un cadre demande à un monsieur qui, selon son appréciation, ne regardait pas la télévision si elle peut fermer le poste et le monsieur de répondre « non, surtout pas ! ». Les personnels ont parfois des plaintes à gérer relatives au bruit des téléviseurs dans les chambres. Notons que parmi les patientes interviewées, deux déclarent faire attention au volume de leur poste ; l'une d'entre elles porte un casque alors qu'elle n'y avait pas recours à la maison (son fils le lui a apporté), mais cette pratique est rare. Enfin, en ce qui concerne le choix des émissions ou des programmes musicaux, nos interlocuteurs, et là encore il s'agit plutôt des cadres, souhaitent que les personnes âgées les choisissent ; mais la demande est rarement explicite.

Par rapport aux **cris**, et en cela les soignants des différents terrains d'enquête se rejoignent, ils expriment une certaine impuissance. Le problème de toute façon ne se règle pas en recourant à l'isolement des personnes âgées ou aux drogues.

On essaye de faire ce qu'on peut, mais dans certains cas il n'y a rien à faire. Si on a affaire à une personne qui est démente, bon ben voilà. Pour elle c'est un mode de communication, c'est comme ça qu'elle exprime quelque chose, on ne peut rien faire, hormis à la limite lui donner des gouttes. Mais ce n'est pas la politique […] On laisse les gens s'exprimer…Contre le son on ne peut pas faire grand chose finalement, à moins d'isoler les gens, mais on ne va pas le faire, donc. (9)

Enfin, du point de vue de la gestion sonore, la question des **portes ouvertes ou fermées** est primordiale. C'est la personne âgée qui décide, mais si la surveillance du patient s'avère nécessaire, dans ce cas, la porte est maintenue ouverte par le personnel. Tels sont les principes. Au cours de l'enquête, nous avons vu un nombre important de portes ouvertes ou entrouvertes, pour cause de chaleur, et/ou pour éclairer les maisonnées, nous dit-on. En psycho-gériatrie, les portes sont plutôt maintenues fermées, parce que de nombreux patients déambulent et ont tendance à rentrer dans les chambres.

Les rares allusions, de la part des personnels, à l'isolement des chambres par rapport aux ambiances de la maisonnée, et inversement, mentionnent une porte efficace qui toutefois n'empêche pas qu'on entende les cris. La kinésithérapeute par exemple déclare fermer la porte pour éviter les parasites sonores lors de la séance.

Enfin, une autre pratique est mise en question par certains : **l'ouverture de la porte des postes de soins**. Celle-ci apparaît choquante du point de vue déontologique aux yeux d'un médecin ; les soignants qui abordent la question connaissent la réglementation selon laquelle les portes doivent rester fermées, mais d'une part, il y fait chaud et d'autre part, les principes de l'écoute et de la disponibilité sont mis en avant.

4.3. La dynamique de Bretonneau

Tout d'abord, les visiteurs introduisent une certaine animation ; certains restent dans la chambre mais d'autres s'installent dans la salle à manger – ce qui répond à un des objectifs de Bretonneau – et les plus habitués contribuent à la vie de la maisonnée. Les patients sont rarement dans leur chambre l'après-midi. Ils sont sollicités pour se rendre aux spectacles et participer aux animations. Lors de l'enquête, l'organisation d'un défilé de mode et une fête antillaise dans la Rue intérieure avaient engendré le calme dans les étages, un grand nombre de personnes ayant accepté de descendre. Les patients apprécient ces animations, nous dit-on, qu'il s'agisse du zouk ou d'autres types de musique ; *ils ont le sourire, ou ils applaudissent, ou ils disent « ça, c'est bien, ça change » (6)*. Ce qui fait écho au discours des personnes âgées qui participent à ces animations d'envergure. Au niveau de la maisonnée, l'animateur évoque les fêtes organisées pour les anniversaires, la rencontre avec les enfants de la crèche, la « revue de presse », les petits thés dansants lorsque les patients sont relativement mobiles, la venue de conteurs ou de musiciens dans les maisonnées, mais également les jeux de société, la séance de musicothérapie, etc. Ces diverses activités sont d'abord le prétexte à la rencontre avec les autres et surtout répondent au *désir de sortir du quotidien, d'être dans une autre ambiance, de sortir de l'espace de vie habituel (17)*.

Tout en appréciant la tranquillité, les patients aiment le mouvement et sentir une présence. C'est pourquoi, selon les soignants, ils préfèrent avoir une chambre qui donne sur la salle à manger, ils se sentent rassurés ; d'ailleurs, ceux dont les chambres sont dans les couloirs en retrait passent la journée dans la salle à manger, raconte une infirmière. On citera l'une de nos interlocutrices du SLD, qui préfère avoir sa porte ouverte :

J'aime bien avoir la porte entrouverte, depuis que je suis ici je n'aime pas rester complètement fermée, je ne sais pas pourquoi, je ne suis pas un gosse qui a peur, mais depuis que je suis ici, j'ai demandé qu'on ne me ferme pas la porte complètement ; même la nuit et l'autre fois c'est une autre personne qui est venue me coucher, elle ne savait pas et j'étais malheureuse comme un gosse qui a peur. (P3)

À l'exception d'un soignant qui évoque « l'ennui » de personnes âgées assises devant la télévision (match de football), le terme n'apparaît pas dans les discours. Ce qui manifeste la dynamique d'animation – et de présence auprès des personnes âgées – recherchée et créée à Bretonneau. Mais celle-ci n'est jamais acquise, d'autant que les personnes âgées, comme nous l'avons vu à propos du repas, ne créent pas facilement de lien. *Ils ont le souci de leur santé et de leur famille, ils sont vraiment dans leurs trucs, dans leur histoire (6)*.

4.4. « Ambiance agréable – chaleureuse »

Dans ces maisonnées aux couleurs intéressantes, où la lumière fait parfois défaut – nos interlocuteurs disent préférer celles qui comme Sysley reçoivent la lumière du jour –, où l'espace peut apparaître insuffisant, comment le sonore est-il finalement perçu et reçu ? Comme nous l'avons vu plus haut à propos de la perception sonore de nos interlocuteurs au cours de l'après-midi, les ambiances varient selon les jours et les maisonnées : *l'après-midi en général c'est assez calme […] Après ça dépend, parce qu'il peut y avoir des activités, ou quelqu'un qui a l'initiative de mettre tel type de musique, d'animer un peu, ou parfois la télé qui marche, c'est ponctuel aussi, ça dépend (16).*

Pour définir et ressaisir l'ambiance sonore de l'après-midi qui, elle-même, se compose d'ambiances successives et diversifiées, nous reprendrons l'appréciation ambivalente d'une infirmière en réponse à une relance sur l'ambiance sonore de Bretonneau :

Je ne dirai pas que c'est agréable, non, je ne dirai pas que c'est agréable, je ne sais pas pourquoi, il doit y avoir une explication. Je pense que c'est chaleureux. [Ça peut s'entendre ?] Oui, de par la façon dont les gens parlent, se parlent entre eux. [C'est typique de Picasso ?] Non, des maisonnées en général, surtout en SSR. Au niveau sonorité, non, je ne vais pas vous dire que c'est bruyant. Ce n'est pas calme, je ne le conçois pas comme ça. […] C'est agréable-chaleureux dans l'ensemble. (6)

N'est-ce pas cette confusion potentielle – qui s'apparente à un effet de métabole – engendrée par la juxtaposition de différentes sources sonores dont nous parlions plus haut qui empêche de reconnaître d'emblée que cette ambiance est agréable ? Plusieurs personnes soulignent cet aspect, parlent d'une *ambiance indéfinissable* : *c'est un peu comme une ambiance de tout et rien (16) ; d'un côté c'est la télé, que personne ne regarde ni n'écoute ; de l'autre côté, ce sont les gens qui parlent, qui passent, c'est trop de mélange (20)*. Mais, ce qui l'emporte et réussit à lier ce qui apparaît incohérent, c'est

le côté chaleureux qui caractérise les relations entre les différentes personnes qui se trouvent dans la maisonnée ou la traversent, même si les échanges s'entendent parfois bruyamment (timbres de voix, échanges à distance, appels des patients…). De même que l'association des termes « calme » et « vivant » désignait l'ambiance de la Rue intérieure, de même, elle est reprise ici par certains de nos interlocuteurs et désigne l'ambiance des maisonnées, l'après-midi lorsque les patients ont rejoint l'espace collectif.

La configuration de l'espace sonore de Bretonneau en relation avec le concept de maisonnée est celle d'une **centralité ouverte, à la fois centripète et centrifuge**. Les maisonnées réunissent et dispersent : chacun peut s'y retrouver et s'y attarder mais peut aussi la quitter ponctuellement pour aller ailleurs – dans une autre maisonnée, dans la salle de spectacles, la Rue intérieure et le jardin, à l'extérieur. Cette possibilité de mouvement suscite la curiosité des patients, modifie les ambiances des maisonnées au fil des jours, élargit les limites spatiales et mentales.

Cette centralité ouverte a ses revers : intimité difficile à protéger, en particulier pour les chambres qui donnent sur la salle à manger, densité accompagnée parfois d'une forte intensité sonore, accalmie ponctuelle de trop courte durée, notamment dans les maisonnées centrales vivantes où il y a beaucoup de passage… La musique ou plus largement un fond sonore adapté – aux différents moments de la journée, aux périodes d'angoisses ou de repos, etc. – ne peuvent-ils renforcer et adoucir ce lien, le rendre plus agréable ? La question est posée par certains et mérite réflexion, nous dit-on.

4.5. Ouverture spatiale et animation

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- ambiance métabolique : voix (des soignants, des patients, des visiteurs, plaintes), fond sonore (une ou plusieurs sources électro-acoustiques), signaux sonores (bip, téléphone), rares mouvements de chariot à peine audibles
- parfois, densité sonore : métabole et intensité sonore dans l'espace de la maisonnée
- plages de calme notamment après le déjeuner
- alternance d'ambiances calmes et vivantes

Perception – appréciation

- situation qualifiée fréquemment de calme (repos de certains, absence d'activités en début d'après-midi, activités en petits groupe pour des jeux plutôt en fin d'après-midi, etc.) avec fond sonore possible (notamment son du téléviseur avec quelques patients devant)
- calme perçu comme potentiellement « agressant » - irruption de plaintes ou cris
- manque d'homogénéité, de cohérence, dû à une juxtaposition de sources sonores

Production – gestion

- bips : « nuisance », système non satisfaisant
- téléviseur et combiné radio-cassette-CD de la maisonnée : gestion individuelle, peu homogène, qui met en question les rapports hiérarchiques ; interférence avec la production sonore des postes des chambres dont les portes sont ouvertes sur la maisonnée ; réflexion relative au fond sonore engagée à l'échelle de chaque maisonnée
- voix des patients, cris : relative impuissance, volonté de rester dans l'échange
- voix des soignants : tendance à parler fort reconnue et peu critiquée par les soignants, manque de conscience des effets de sa propre production sonore

Sociabilité

- relations interpersonnelles chaleureuses et sonores
- dimension collective
- animations : donnent du sens aux différents moments de la journée et en particulier aux après-midi

Rapport à l'environnement

- tonique
- en mouvement, dans un espace centré et ouvert (relations entre maisonnées)
- sollicitations d'un espace centripète (protecteur, vivant, sonore) et centrifuge (animations en dehors de la maisonnée) pour les personnes âgées

Enjeux

Gestion sonore

La gestion sonore joue un rôle important et concerne aussi bien la production sonore, et en particulier vocale, des soignants que la gestion du fond sonore – télévision et musique. Ces différents aspects relèvent d'une prise de conscience des ambiances sonores créées, amorcée d'ailleurs à Bretonneau. Si aujourd'hui, les personnels commencent à réaliser que télévision et musique en même temps engendrent la confusion, l'usage de la télévision est sans doute le plus difficile à remettre en question.

Une gestion sonore spatiale**,** ouverture ou fermeture des portes notamment, mérite également questionnement : comment concilier les désirs sonores de chacun dans l'espace des maisonnées ?

En amont

L'aménagement de l'installation électro-acoustique peut en amont favoriser la maîtrise de la gestion sonore : orientation des téléviseurs, propagation maîtrisée des sources sonores électro-acoustiques, système permettant une écoute limitée – ici ou là – ou étendue – dans tout le service, dans l'hôpital…

Est-il possible de concevoir des chambres isolées tout en étant ouvertes ?

5. ENDORMISSEMENT

5.1. La distinctibilité de la nuit

Après le dîner, l'équipe de l'après-midi procède au coucher des patients avant les transmissions à l'équipe de nuit – en moyenne, une personne par maisonnée, mais fréquemment les personnels s'entraident pour répondre aux appels et faire les changes. La période d'endormissement commence dès 20h et se prolonge bien au-delà pour certains. Si l'accalmie s'installe progressivement, aucune nuit n'est à l'abri de l'agitation de quelques-uns (lever et déambulation bruyante dans les couloirs, comme cela s'est produit lorsque nous enquêtions, cris…) : *Là, ce soir, pour l'instant c'est calme ; c'est vrai qu'il y a des jours, c'est tout un cinéma, des gens qui n'ont pas leurs repères, et aussi quand il fait trop chaud, ou qu'ils sont angoissés ; si la journée ça va bien, la nuit ça va, mais si la journée, les parents passent, les voient, et que ça se passe mal, ça on le ressent par des angoisses [aide-soignante de Gauguin, entretien informel].*

Comme dans la journée, **le son des téléviseurs** est caractéristique de la plupart des maisonnées en début de nuit ; en l'absence d'autres sons, il constitue alors un fond sonore plus ou moins fort : poste du salon allumé que personne ne regarde dans la plupart des cas, téléviseurs de quelques chambres dont les portes sont ouvertes ou entrouvertes ; le volume en est plus ou moins élevé. Les radios et téléviseurs des chambres une fois éteints, **les ronflements** sont perceptibles dans l'univers clos des maisonnées. Les personnels sont aux aguets des moindres sons et disent déceler la gravité des appels ou des signaux sonores – *de toute façon, il n'y en a aucun qui nous appelle pour nous embêter*. Ils répondent aux éventuelles sonneries de leur bip [surtout au deuxième étage] et repèrent les différentes alarmes des appareils médicaux. Une soignante remarque que la distance entre les maisonnées évite que les bruits de l'une dérangent les patients d'une autre.

Des patients se plaignent parfois, notamment auprès du personnel de jour, d'avoir mal dormi : cris d'un voisin dans les rares chambres à deux ou en provenance de la chambre d'à côté, et de manière plus globale, bruit dans le service : *Souvent les personnes âgées disent : il y a du bruit la nuit, je dors mal. Pourquoi ? Parce que ça rigole…(13)*, suggère un personnel de jour.

Les patientes que nous avons rencontrées nous disent bien dormir à l'exception de l'une d'entre elles, dérangée par son voisin. Les fenêtres, en général fermées la nuit, isolent du **bruit de la rue** déjà peu entendu le jour.

La fenêtre est fermée la nuit. Obligatoirement, il y a des bruits d'autos qui peuvent rentrer la nuit, c'est le bruit de la rue là-bas que j'entends, c'est obligé, c'est tout dégagé : il y a la toiture, mais il n'y a pas de verdure, il n'y a que des maisons, alors ça résonne. (P1)

[Vous entendez les voitures ou d'autres bruits de l'extérieur ?] Non, je ne peux pas dire, ça ne me gêne pas, on m'a dit « vous aurez peut-être un peu de bruit » ; d'abord je dors toute la nuit, mais moi mon idée, mon idée à moi, je ne pourrais pas dormir comme ça sans médicament... (P3)

Mais, comment interpréter les propos d'une patiente qui raconte entendre de la musique le soir et le matin : « J'entends une musique jusqu'au soir vers minuit, une musique et des chants. Et le lendemain assez tôt, vers 7h30 je commence à l'entendre aussi. Alors je me demande si c'est ici qu'on répète, je n'ai jamais pu définir [d'où ça venait] » ; or, personne d'autre ne la perçoit, dit-elle après enquête auprès du personnel.

On signalera le bullement de l'**oxygène** qui peut gêner des patients, ou parfois les bercer, nous dit une infirmière. *Mais ici, personne ne s'est jamais plaint. Soit elles [les personnes âgées] n'osent pas ; et c'est plus silencieux [que les anciens modèles], qui étaient des barboteurs à oxygène qui faisaient énormément de bruit de bulles quand ça bullait, là c'est tout en plastique, c'est calme, à part vraiment le bruit de l'air dans le nez, c'est des lunettes à oxygène, ça agace, mais à force la personne s'y fait. Au début ça ne doit pas être facile (13).*

La nuit, on peut dire que les sons, essentiellement les échanges entre personnels ou entre personnels et patients, se détachent bien sur un fond sonore léger – téléviseur en début de nuit et « drône » des ronflements un peu plus tard. En l'absence des voix, le fond sonore lui-même est distinctement, et tranquillement, audible.

5.2. Production sonore discontinue

Le personnel soignant « fait son tour de change » ; l'activité se déroule donc plutôt dans les chambres en début de nuit [et à 5h du matin]. La voix des personnels émerge parfois dans le calme ambiant : soit dans une chambre lorsqu'ils s'adressent à une personne âgée pour un soin, soit dans la maisonnée lorsqu'ils parlent entre eux. Les personnels interviewés ont conscience que les émergences sont gênantes et disent faire attention :

Au début ce n'était pas évident, parce qu'on est tous assez jeunes, on aime bien rigoler, on a des fois des voix qui portent un peu, et c'est vrai qu'une fois on s'est faits la réflexion de se dire que eux ils dormaient, et qu'il fallait faire un effort à ce niveau-là. (10)

En ce qui concerne le volume du téléviseur de la maisonnée, la gestion varie sans doute selon les personnels, mais dans l'ensemble, ces derniers se montreraient plus attentifs qu'auparavant. Ils nous font remarquer que, lorsqu'ils arrivent, ils trouvent souvent le poste allumé à un fort niveau. Certains vont le baisser, d'autres l'éteindre si personne ne le regarde. Mais comme les personnels de jour, ils reconnaissent qu'*en fin de compte, la télévision est allumée souvent : on n'y pense pas, un peu comme ça machinalement. C'est quand on va manger ou qu'on ferme les portes parce qu'on va*

prendre un café ou quoi que ce soit, on éteint tout, on vérifie (10). Eux-mêmes peuvent la regarder au cours de la nuit, lorsque c'est calme.

Un fort volume des téléviseurs dans les chambres exige certaines négociations avec les patients qui se plaignent dans l'attente que la personne incriminée s'endorme – les soignants éteignent les postes à ce moment-là. De même, pour répondre aux plaintes relatives aux cris des voisins de chambre, les soignants tentent d'expliquer et de relativiser la situation. La fermeture ou l'ouverture des portes de chambre joue un rôle important dans la propagation mais c'est le souhait du patient qui la détermine, sachant que, pour un patient qui présente des troubles, la porte sera maintenue ouverte. Cette gestion individuelle met également en jeu le facteur lumineux ; des personnes âgées qui n'aiment pas le noir préfèrent parfois le faible éclairage de la maisonnée que celui des sanitaires.

En début ou en fin de nuit, les personnels mettent en place le couvert des petits déjeuners. Ce qui occasionne du bruit, mais, *en dehors de ces bruits de vaisselle, il y a peu de bruit (4).*

Enfin, la présence d'une caserne à proximité, donne à entendre des temps à autre un départ de pompiers, signale le cadre de nuit. Cet événement sonore n'est pas mentionné par les autres personnels (de nuit et de jour).

5.3. Répondre aux difficultés à l'endormissement

Le début et la fin de nuit sont des moments d'activité auprès des patients pour les soignants qui effectuent, au cours de la nuit, des tours de chambres réguliers. L'endormissement des patients avéré, la nuit est ponctuée par un repas que les soignants d'un étage prennent ensemble vers 1h ou 2h du matin ; ils choisissent une maisonnée en fonction des patients : *si on sait qu'il y a des gens qui ne sont pas endormis, qui sont susceptibles de déambuler et tout, on se positionne un petit peu en fonction de [ça]. Mais on essaye de manger quand même dans les maisonnées du milieu, de façon à pouvoir avoir un œil (10).* Répondre aux urgences, assurer la vigilance, remplir les classeurs, constituent les activités régulières et irrégulières des soignants jusqu'au petit matin.

Quant aux patients, ce sont eux qui, selon leurs habitudes, leurs plaintes, donnent le ton à la maisonnée. Une fois couchés, ils ont tendance, raconte un soignant de l'équipe de l'après-midi [de SSR], à appeler *pour être rassurés, pour savoir en tout cas, qu'il y a une présence (9)*. Certains patients, surtout au 1er en psycho-gériatrie, vont se lever vingt fois dans la nuit, nous dit-on : *Pour ceux qui se lèvent périodiquement, on essaye malgré tout de les laisser vivre la nuit, mais en essayant en même temps de les recaler un petit peu pour qu'ils puissent bénéficier aussi des activités qu'il y a sur Bretonneau pendant la journée (4).*

La petite dame que vous avez vue qui n'arrête pas de sortir, elle ne veut pas dormir, je la recouche, elle se relève, ça peut être comme ça jusqu'à 4-5h du matin. (11)

Les soignants disent avoir tenté, à l'ouverture de l'hôpital, d'organiser des activités avec ceux qui ne trouvent pas le sommeil, mais ils ont constaté que les patients étaient déjà très fatigués. Ils discutent un petit peu avec eux, leur proposent une tisane, un gâteau, et les encouragent à retourner se coucher.

5.4. « La nuit, ça reste assez calme »

Pour les aides-soignantes et le cadre de l'équipe de nuit que nous avons interviewés, *la nuit, ça reste assez calme (10)*. Mais ce calme, comme nous venons de le voir, dépend des patients des maisonnées ; ainsi, pendant la période d'enquête, *à Cézanne, même s'il y a du calme, il y a quand même, pas une tension, mais on est en éveil, parce qu'il est susceptible de se passer beaucoup plus de choses ici qu'à Morizot, où ce sont de gens qui ne posent pas de problèmes (10).* Le calme dépend également des soirs ; les nuits de pleine lune, aux dires de plusieurs soignants dans les trois terrains, les patients sont agités.

Les soignants de la nuit évoquent parfois le mouvement de la journée qu'ils connaissent pour avoir travaillé en période diurne et le comparent au calme de la nuit qu'ils préfèrent. Ils apprécient une ambiance feutrée à laquelle facteurs lumineux et sonore contribuent. Tous n'ont peut-être pas les mêmes rituels, mais une aide-soignante raconte les gestes qui marquent la fin de la période d'endormissement et l'installation dans un univers tourné vers l'intérieur :

Là [pendant l'entretien], la télé est allumée, mais on l'éteint un peu plus tard, on baisse les stores, on éteint les lumières du salon, de la salle à manger, mais les veilleuses restent allumées, parce que je crois que c'est une obligation […] on se préserve un petit peu, parce que, nous on bouge, on est là, on est réveillés, il y a les lumières, on nous voit peut-être de l'extérieur… (10)

5.5. Une attention récente au calme – à poursuivre

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- calme, feutrée
- ponctuellement agitée

Perception – appréciation

- surveillance sonore
- plaintes assez rares de patients relatives aux cris et au volume du téléviseur dans les chambres voisines, au bruit dans la maisonnée

Production – gestion

- téléviseurs de la maisonnée et de quelques chambres
- voix des soignants
- ronflements, gémissements, cris
- agitations ponctuelles et bruyantes

Sociabilité

- chaleureuse
- disponibilité des soignants

Rapport à l'environnement

- coupure avec l'environnement extérieur (baisser les stores, fermer les fenêtres…) et repli sur l'intérieur
- souplesse de fonctionnement entre maisonnées
- centralité favorise la surveillance sonore

Enjeux

Limiter les émergences sonores

Une prise de conscience des émergences sonores (pas, rires, télévision…) peut favoriser la quiétude mise en avant par les soignants.

BICHAT - PAVILLONS

1. PRÉSENTATION

1.1. L'hôpital Bichat - Claude Bernard

Nous travaillons sur 3 unités de Soins de suite et de réadaptation (unité SSR Vivaldi) et Soins de longue durée (2 unités SLD : Trénet au niveau 1 et Ravel au niveau 3) situées dans deux des pavillons en « H » restant du 1er hôpital Bichat. Ces pavillons construits dans le premier quart du XXème siècle, qu'il était prévu de détruire lors de la transformation de Bichat (construction de la tour à la fin des années 70), ont finalement été affectés à la gériatrie[18]. Ils ont été réhabilités : on a notamment construit un hall sur 2 niveaux pour relier ces pavillons et délimité des salles à manger à l'entrée de chaque étage ; les fenêtres des chambres et des locaux professionnels ont été équipées de doubles vitrages (pas celles des couloirs). Une nouvelle phase de travaux est prévue pour fin 2003-2004.

A la suite du départ à la retraite du chef de service, ce dernier fut confié en 2001 à une nouvelle équipe dont l'objectif est de revaloriser la gériatrie au sein de ce CHU. Désormais, l'inscription du fronton des pavillons « Centre de gérontologie » ne correspond plus à la dimension médicale gériatrique progressivement reconnue dans l'hôpital. En raison d'effectifs infirmiers insuffisants, chaque unité (à l'exception de G. Brassens) réunit actuellement 27 ou 28 personnes (une unité a été fermée au moment des vacances en 2002). Le projet médical, en relation avec la diminution programmée du nombre de chambres (transformation de la plupart des chambres à deux lits en chambre à un lit et installation d'une douche dans les cabinets de toilette), prévoit 5 unités dont 60 personnes en SLD (20/unité) et 48 en SSR (24/unité).

[18] *150 ans de l'AP-HP, Témoignages sur l'histoire du groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard*, AP – HP, 1999.

Dans ces services, outre la pénurie d'effectifs, la grande mobilité du personnel est signalée : elle est estimée à environ 20% des agents selon le cadre supérieur infirmier.

1.2. Environnement sonore

Les deux pavillons dans leur environnement sonore

Les pavillons sont de faible hauteur (R+3) ; le niveau 0 regroupe les activités administratives, la lingerie, la salle de kinésithérapie, une chapelle, la bibliothèque. Les livraisons (en particulier les repas) s'effectuent à ce niveau, côté nord.

Les unités gériatriques se situent aux niveaux 1 (Vivaldi), 2 (Georges Brassens) et 3 (Ravel) dans l'aile ouest, et au niveau 1 (Trénet) dans l'aile est qui dispose également de salles de formation. L'entrée des visiteurs, personnels médical et soignant, public qui suit des formations et des patients conduits ici jusqu'en ambulance se fait côté sud, niveau 1.

Les pavillons sont relativement protégés de la rumeur urbaine et de celle du périphérique pourtant proche :

- au nord, la tour et la Faculté font écran aux sons du périphérique,
- au sud des pavillons anciens ainsi que la nouvelle maternité protègent des sons du boulevard Ney,
- à l'ouest, des pavillons anciens freinent la rumeur de la circulation de l'avenue de la Porte de Saint-Ouen,
- à l'est, la rue Arthur-Ranc est pavée, donc sonore, mais les 2 niveaux inférieurs du pavillon concerné sont en contrebas de cette rue.

Les avions de ligne semblent passer fréquemment en altitude au-dessus de l'hôpital, dans l'axe de Roissy Charles-de-Gaulle. Des hélicoptères atterrissent et décollent à Bichat. Nous n'en avons entendu aucun pendant notre enquête.

L'univers de Bichat est très minéral, excepté autour des anciens pavillons auxquels on accède par une allée arborée qui retient l'avifaune (petits individus, mais aussi corbeaux à l'image moins sympathique). Patients et personnels empruntent parfois les plates-bandes gazonnées.

L'environnement sonore peut être extrêmement tranquille et renvoyer à celui d'un parc ou d'un square urbain retiré de l'agitation (sons du feuillage et chants d'oiseaux). Mais parfois il est animé par des sons intempestifs fortement émergents (déplacement nerveux et bruyant de certains véhicules de service et motocyclettes sur la voirie interne, surtout entre les bâtiments anciens et modernes, manutention parfois trop énergique).

Espace sonore parcouru : du parvis aux unités de gériatrie

Depuis l'instauration du plan Vigirate renforcé, l'accès du public se fait uniquement par l'entrée principale de l'avenue de la porte de Saint-Ouen.

Les rampes empruntées indifféremment par les piétons et les véhicules s'élèvent progressivement au niveau du talus du périphérique. On s'éloigne de la circulation rythmée de l'avenue pour découvrir le roulement continu du périphérique (**bourdon et filtrage**) ; en contrebas, l'arrivée aux Urgences est marquée par les arrivées d'ambulances (**irruption**).

Le parvis devant la tour est un lieu de dépose, de passage. Par beau temps, les bancs en pierre reçoivent toujours beaucoup d'amateurs – patients, personnels et visiteurs (**émergences** vocales dans le brouhaha de la dépose mêlé au bruit de fond de la circulation). C'est un lieu de convivialité important où viennent certaines personnes âgées des pavillons. Une marquise précède l'entrée dans la tour.

Une passerelle piétonne en béton mène vers les anciens pavillons et s'abaisse à leur rez-de-chaussée (niveau 1). Le drône urbain et l'activité du parvis sont progressivement mis à distance (**décompression et coupure**), les sons deviennent plus distincts, plus détachés (chants d'oiseaux, pas, activité des services techniques).

On s'engage ensuite le long d'une voie arborée sur une allée dallée (**émergence** des sons de pas).

Une voie interne de circulation, parallèle à l'allée dallée, donne accès à l'entrée sud des pavillons (niveau 1), contourne ces derniers à l'est, donne accès à l'entrée nord (niveau 0).

La cour devant l'entrée des pavillons comporte des dalles cimentées mal ajustées qui parfois branlent et claquent quand on les foule. Les véhicules d'entretien et les ambulances s'y garent [ou bien ces véhicules accèdent aux pavillons par le rez-de-chaussée nord où existe une fosse minérale peu attrayante entre l'ancien et le nouveau Bichat, caractérisée par des sons d'équipements répulsifs]. Quelques bancs sont fréquentés par les personnes âgées et les personnels.

L'entrée dans le hall se fait par un sas à doubles portes défectueux, les portes restant ouvertes ou entrouvertes. L'effet de sas acoustique est donc peu audible et ne représente qu'une **faible compression** par rapport à l'extérieur.

Une double volée d'escalier se trouve face à l'entrée (conduit au niveau 0). Dans sa partie la plus large, le hall mène aux unités Trénét (à droite) et Vivaldi (à gauche).

Au-delà du sas, on perçoit **une expansion** et **une attraction sonore bi-polarisée gauche-droite, voire verticale entre le hall et le niveau inférieur** (**hyperlocalisation**).

Le hall est minéral, haut, large et peu profond, vitré et **réverbérant**, avec des formes arrondies générant de la **focalisation**. Il est un lieu de séjour notamment pour les patients autonomes des deux unités du rez-de-chaussée ; ils ont plusieurs canapés à leur disposition près des portes. Ce hall devient salle de spectacles à l'occasion de fêtes et de concerts. Un piano droit désaccordé fait le bonheur de certaines personnes âgées musiciennes ou de membres du personnel. En nocturne, seule la réfrigération des boissons des automates est audible. Les portes des services restant constamment ouvertes, certaines manifestations sonores de l'activité sont perceptibles dans le hall qui joue un rôle de récepteur acoustique.

Les unités ont un plan en H : la barre centrale regroupe la salle à manger qui ouvre sur l'office et, dans le prolongement latéral de celui-ci, sur le poste de soins divisé en 3 parties ; tous ces espaces sont vitrés côté couloir. Face à l'office et aux salles de soin se trouvent « l'espace-ascenseurs » utilisé comme salon actuellement, le bloc ascenseurs et enfin une salle de bains. L'emplacement des ascenseurs engendre du passage dans les unités du niveau 1. « L'espace salon » orienté vers le sud ouvre sur un espace gazonné accessible aux unités du niveau 1. Les chambres sont distribuées dans les 4 ailes, d'un seul côté du couloir, l'autre présentant des ouvertures (fenêtres et extracteurs d'air en-dessous). Leur orientation : est ou ouest.

Quand on entre dans une unité, les faux plafonds diminuent la hauteur et engendrent un effet d'**absorption acoustique** ; progressivement, par **mixage**, la vie locale se laisse entendre d'autant que les portes des différents espaces composant l'unité sont en général ouvertes :

- **fond sonore du téléviseur** : fréquemment allumé à un volume en général pas très élevé dans les salles à manger lors de nos passages dans les unités mais qui peut varier dans la journée (ce dont nos enregistrements sonores témoignent) ;
- **métabole** avec **émergences,** voire **intrusion** de sons ménagers (manipulation et lavage de vaisselle dans l'office) dans la salle à manger vitrée au moment du repas ;
- **émergences** de sons vocaux (personnels et/ou patients) et de micro-bruits (gémissements, tapotements…) : ambiance plus ou moins calme notamment dans l'espace situé devant les ascenseurs faisant usage de salon ;
- **musique** (plutôt l'après-midi) : un combiné radio-cassette-CD fonctionne parfois (sauf à Ravel où il n'y en a plus) – musique classique et à bas volume à Vivaldi, antillaise et à un niveau plus ou moins élevé selon les moments à Trénet, lors de nos passages et de nos observations dans le service ;
- **irruption-intrusion** des sons de l'office et du poste de soin (nécessairement plus bruyant au moment des transmissions) où les sonnettes des patients sont regroupées, dans cet « espace salon » qui est aussi un lieu de passage obligé (en particulier Vivaldi) pour accéder aux autres unités (chariots, patients, visiteurs, personnels) ;

- **émergences** de sons techniques et vocaux (la plupart des portes des chambres sont ouvertes ou entrouvertes) sur un **fond sonore très bas** dans les couloirs menant aux chambres ; parfois, fortes **émergences** vocales depuis les salles de détente du personnel situées sur un bras de couloir sans chambre.

L'ouverture des portes séparant le hall des unités au niveau 1 permet la propagation sonore : le piano notamment vers les unités et inversement, comme nous l'avons vu, depuis Trénet, le son du pneumatique ou des conversations de la salle à manger vers le hall (porte orientée vers le hall ouverte contrairement à Vivaldi où cette porte-là est maintenue fermée).

L'espace Tendresse (à Trénet, au bout d'un couloir) est un lieu où se déroulent régulièrement des séances de chansons et de lectures. Il rassemble les personnes des différentes unités qui participent à ces animations. Les rires et les applaudissements sont parfois audibles depuis l'extérieur quand la fenêtre est ouverte.

Équipements techniques audibles

Un distributeur de boissons se trouve dans le hall près de l'entrée de Vivaldi.

Les pavillons ne sont équipés ni de VMC ni de climatisation. L'impression paradoxale de la présence d'une VMC est en fait le résultat des fuites sonores de l'édifice par les trappes d'extraction qui laissent entrer la rumeur urbaine continue – fenêtres anciennes aux caractéristiques acoustiques déficientes côté cour.

Les sols, carrelé dans le hall et plastifiés dans les unités soulignent les pas.

Les sons de l'intercommunication sont moins présents qu'à Bretonneau – moins de téléphones filaires, moins de bips. Par contre, on entend les sonnettes des chambres répercutées dans les postes de soin. Spécificité de Trénet : le signal d'arrivée des pneumatiques.

Le principe de livraison des repas génère de nombreux mouvements de chariots plus ou moins, plus ou moins audibles selon leur degré de vétusté.

Les machines à laver la vaisselle situées dans l'office, modèle industriel, sont bruyantes.

Un téléviseur est suspendu dans les salles à manger et un combiné radio-cassette-CD est en général utilisé dans le « salon » devant les ascenseurs.

2. PARCOURS JUSQU'AUX UNITÉS

2.1. Filtrage et estompage de l'environnement sonore urbain

Il faut savoir que nos interlocuteurs ne font pas systématiquement ce parcours pour se rendre à leur travail et pour circuler entre la tour et les pavillons. Ils peuvent accéder aux pavillons par l'entrée située au nord (niveau 0) ou encore emprunter les couloirs souterrains. Mais la plupart, semble-t-il, empruntent toutefois la passerelle construite il y a peu, surtout lorsqu'il fait beau.

Au début du parcours, lorsque nous nous trouvons sur **le parvis**, le rapport à l'urbain est perceptible : périphérique visible et audible, vue sur l'entrée de l'hôpital, service des urgences en contrebas, passage des voitures sur le parvis. Pour caractériser les ambiances sonores rencontrées ici, nos interlocuteurs évoquent une combinaison de bruits de voitures et de sons humains : taxis et ambulances proches et/ou le bruit du périphérique, voix des conversations ou bruit des pas, des talons. Les voitures constituent la première source sonore citée en début du parcours et, à cet égard, on note deux modes distincts d'écoute de l'environnement : éloigné ou proche. Soit nos interlocuteurs (3 sur les 7 qui ont fait tout le parcours) déclarent entendre le bruit de roulement du périphérique, en tout cas prêtent attention au bruit de fond au-delà de l'enceinte de l'hôpital tout en étant réceptif aux autres sources sonores de la dalle, soit ils n'entendent que ce qui est proche, le « brouhaha » dont les voitures font partie ; ceux-là sont déjà dans l'hôpital et ont tendance à gommer le bruit extérieur.

J'entends le bruit des voitures, la voix de certaines personnes, des visiteurs, le bruit de chaussures, et surtout les voitures qui roulent sur le périphérique, on les entend bien de loin. En fait, plus le bruit des voitures, beaucoup. […] et le bruit des portes tournantes pour l'entrée du CHU. (10)

J'entends un brouhaha. Les voitures, il y a les taxis qui s'arrêtent là, beaucoup de gens qui parlent. Pour moi c'est un peu les voitures, les taxis qui arrivent, les ambulances, un bruit de voitures. Et après des gens qui parlent, des bribes de phrases entendues au hasard. En gros c'est ça. (V2)

La passerelle marque un changement d'ambiance. L'espace sonore s'ouvre progressivement et s'abaisse vers l'allée qui mène aux différents pavillons. L'éloignement progressif du bruit urbain n'est pas mentionné ; en revanche, la plupart de nos interlocuteurs remarquent un oiseau ou le chant des oiseaux, plusieurs évoquent le vent dans les feuillages. Ils sont ici réceptifs aux signes sonores de la nature et oublient à ce stade du parcours l'environnement urbain ordinaire. On peut supposer que le fait de descendre accentue le sentiment de quitter l'agitation du parvis et d'entrer dans une autre ambiance. Le calme qui est mentionné comporte *des petits bruits lointains*, sons distincts de l'activité en extérieur. Les travaux de la Maternité audibles parfois

depuis la passerelle incitent quelques-uns à parler du bruit du chantier qui s'achève. Ce sont les seules sources sonores évoquées en termes de nuisances. En outre, trois personnes parlent d'un bruit technique pas vraiment identifié. Elles ne s'en étonnent pas, comme si l'hôpital, organisme multiforme, pouvait garder une part de mystère.

Le vent. Un petit oiseau. On arrive à entendre les oiseaux quand même, malgré le bruit autour [...] C'est relativement calme pour l'instant. Calme, ce n'est pas bruyant, c'est des petits bruits lointains. (2)

[Bas de la passerelle, en arrivant à l'allée] elle est toujours en travaux. Et une petite remarque : c'est beaucoup moins bruyant que ça ne l'était il y a quelques mois. C'est toujours en chantier, mais je pense que là ils sont dans les finitions, ça doit rouvrir en 2003. (8)

J'entends un bruit que je ne saurais pas décrire, ce n'est pas de l'eau, c'est comme une ventilation, mais je crois savoir d'où ça vient, des sous-sols qui mènent à la gériatrie. (8)

Enfin, **le long de l'allée jusqu'aux pavillons**, plusieurs notent le passage des véhicules sur la voirie intérieure, l'importance de la circulation intérieure, mais ils ne critiquent pas les modes de conduite ; *on ne s'en rend pas du tout compte ici (6)*, déclare d'ailleurs un soignant exprimant sans doute l'habitude que les personnels ont de ces véhicules qui font partie de l'ambiance sonore de cette partie de l'hôpital. Seul le bruit de la tondeuse entendue lors d'un parcours est dénoncé comme bruyant. Plusieurs d'entre eux signalent l'environnement sonore extérieur (sirènes, voitures, etc., des boulevards Ney et de la porte de Saint-Ouen), en particulier ceux qui démarrent le parcours commenté devant l'entrée des pavillons ; ce qui ne les empêche pas de repérer un oiseau ou le bruit du vent, mettant ainsi en parallèle deux mondes distincts : celui des boulevards extérieurs et celui, intra-muros, de l'hôpital qui laisse émerger les sons de la nature.

[Circulation interne] On ne s'en rend pas compte du tout ici. Ça roule, mais il n'y a pas de klaxons, de coups de frein, les gens roulent au pas de toute façon, il n'y a pas de motos, pas de choses comme ça. [...]Là il y a déjà un fond lointain de la rue, de la route, l'environnement des voitures, la circulation du boulevard. Un petit oiseau quand même par là, en face. Les voitures toujours, ça ronfle. Les motos. (6)

Il y a très peu de remarques évaluatives sur cet environnement sonore perçu et décrit au long du parcours dans les espaces extérieurs. Le beau temps contribue à un cheminement qui peut être qualifié, mais rarement, d'*agréable*. Le facteur météorologique est en effet souvent mentionné ; or, les parcours ont été effectués en automne lors de journées plutôt ensoleillées. Les ambiances, telles que les personnes interviewées les racontent, résultent d'une écoute attentionnée mais orientée vers ce qui se passe à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital : ces ambiances comportent plus ou moins de sources sonores aléatoires et finalement familières et répétitives – à

l'exception des travaux de la Maternité jugés bruyants – et manifestent la présence de la nature et celle d'autres passants parmi lesquels chacun peut reconnaître un collègue, un visiteur… Le bruit des voitures à l'extérieur de l'hôpital est mentionné mais est peu commenté en termes de gêne. Il est parfois l'occasion pour les personnes interviewées de donner leur position sur le bruit urbain – un seul soignant manifeste de l'hostilité à l'égard des nuisances sonores : *l'urbain, c'est fatiguant (5)*, dira-t-il. Plusieurs déclarent normal ou naturel ce bruit ; *[Les voitures] c'est même ce qu'on pourrait ressentir en province, dans un environnement normal, traditionnel (6).*

Je suis tellement habituée que ça ne me gêne pas, pour moi c'est tout à fait normal, il faut bien que les voitures circulent, que les gens viennent en consultation si besoin, et qu'il y ait des visites aussi en pleine journée. C'est naturel, normal. (10)

Ce qu'on entend, c'est le boulevard Ney, avec les klaxons ou quand il y a des pompiers. Ce n'est pas une gêne extrêmement forte. Il y a un bruit de fond, mais ce n'est pas gênant. (6)

On peut dire que le bruit des voitures, qui par **filtrage** s'estompe sur la passerelle, constitue un bruit de fond qui peut être, par effet de **gommage**, oublié ou euphémisé au profit de sons propres à l'enceinte de l'hôpital ; cette démarche sélective permet également de sous-estimer la circulation intérieure du point de sonore.

On retiendra l'opinion de deux personnels (un cadre et un médecin) exprimée spontanément : ils estiment, selon une représentation désormais classique « bruit = vie » qui prend le contre-pied de la représentation du bruit comme nuisance, que le bruit des voitures (on peut penser également au mouvement) *c'est positif pour les personnes âgées (4) ; quand on se place par rapport à la gériatrie, au contraire ça donne une vie, la voiture fait partie de notre vie actuellement, et ça donne aussi un moyen d'observer des choses. (1)*

L'entrée dans le hall se fait tranquillement d'autant que le sas est soit ouvert parce que la température le permet, soit entrouvert parce que de toute façon il ne ferme pas bien. On peut penser que cette ouverture ou semi-ouverture favorise une continuité spatiale entre l'extérieur et l'intérieur. Du point de vue sonore, la porte marque une transition entre l'extérieur et le milieu construit, mais c'est la **réverbération du hall,** lié aux matériaux et à la forme du bâti, qui signifie l'entrée dans un autre espace sonore. En effet, personne ne commente l'entrée, mais chacun exprime très rapidement le changement perçu en évoquant des situations sonores diverses :

En fait, on entend toujours la même chose : des gens qui parlent, et des voix qui résonnent un petit peu ici. (10)

Quand il pleut on entend la pluie [sur la verrière en polycarbonate], ça rebondit bien ! ! La pluie, les grêlons… Ça fait un peu caisse de résonance (2)

On a l'impression d'être comme dans une véranda, une sorte de véranda, qui renvoie un peu ce son (1)

Si la plupart de nos interlocuteurs ne parlent pas de cet effet de réverbération en terme de gêne ils perçoivent cependant, en particulier lorsqu'ils évoquent les animations musicales et le piano installé depuis peu, que le hall comporte ce qu'on pourrait appeler une ambivalence sonore, c'est-à-dire qu'il est *un peu auditorium* mais il peut se révéler rapidement trop réverbérant et engendrer la saturation :

Ça fait un petit peu, pas comme une cathédrale, mais comme une grande salle, un peu auditorium. Mais l'acoustique n'est pas terrible, on sent que c'est du béton quand même. Au niveau oreille on a des retours de par le béton, de par l'environnement vitré, il n'y a rien qui amortisse le bruit. 6

Le hall est un espace ouvert ; le piano se propage très bien dans les unités. Inversement, le hall reçoit les sons de l'activité des unités, en particulier ceux liés aux repas, ainsi que les bruits du niveau inférieur (livraisons, gens qui s'interpellent…) :

On entend toujours les portes du sous-sol et quand ils livrent les chariots, ça fait un bruit d'enfer, ça fait un bruit de casseroles, de ferraille […] ça fait un peu infernal, on se croirait vraiment dans un quai de déchargement d'une usine, ce n'est pas agréable du tout. (6)

Une fois entrés dans le service, le hall et l'extérieur sont, à quelques rares exceptions (un visiteur habitué), oubliés. Nous n'avons pas de remarques sur l'espace de transition du hall vers l'unité. Celle-ci constitue alors un monde clos dont l'activité retient toute l'attention dès qu'on y pénètre.

2.2. Jouer avec la réverbération

Le bruit de la circulation et les sons qui émergent au long du parcours en direction des pavillons constituent une production sonore qui ne relève pas directement de la gestion des personnels que nous interviewons – sinon la fermeture des fenêtres lors des travaux du chantier et lors du passage de la tondeuse. Signalons que le bruit des chantiers en cadre hospitalier peut être réduit (étude amont des différentes phases de chantier avec aménagement spatial et temporel des travaux)[19].

Le discours relatif à la gestion sonore concerne en fait l'effet de réverbération du hall qui incite spontanément à une modulation de la production sonore. Un soignant remarque, faisant allusion aux autres personnels plutôt qu'aux personnes âgées : *sauf*

[19] Voir Leroux Martine, Odion Jean-Pierre, 1997,. *Réduction des nuisances acoustiques en phase chantier – Hôpital de Sainte-Maure des Touraines*. CRESSON.

exception, quand les gens parlent ici ils ne hurlent pas (5) ; toutefois, *les personnes âgées parlent fort pour se faire entendre (3).*

Le kinésithérapeute, attentif aux ambiances sonores du hall, recourt à ce que nous appelons un **effet de créneau** pour s'installer devant le piano : *c'est vrai qu'à deux-trois personnes qui discutent ça devient assez difficile ; voilà pourquoi je vérifie que personne ne discute quand je joue au piano, parce que ça sature très vite.*

Enfin, nous savons que dans le hall, environ une fois par mois, une animation rassemble 50 à 60 personnes autour d'un orchestre ou d'une chorale. Or, l'acoustique peut tout aussi bien servir ou desservir un spectacle. Les musiciens, nous dit-on, peuvent apprécier. *A contrario*, un de nos interlocuteurs cite l'exemple d'une animation théâtrale que la réalisatrice préfère organiser au sous-sol plutôt que dans ce hall trop réverbérant pour ce type de spectacles.

2.3. Une sociabilité potentielle

L'animation du parvis, agréable, concerne peu les personnels et les patients des pavillons. Pour les personnels, que représente le parcours entre parvis et pavillons (et inversement) ? Les motifs de déplacement vers la tour restent en général professionnels et, comme le remarque une personne interviewée, les soignants se déplacent selon un rythme « *pressé* ». Mais aller à la tour en empruntant ce chemin peut apporter, par beau temps, le sentiment d'échapper, sinon au rythme du travail, à l'enfermement propre à leurs activités ; les rencontres avec un collègue peuvent aussi agrémenter le parcours. Les patients, en général, ne peuvent se risquer à quitter les pavillons seuls. Accompagnés par un de leurs proches, les plus valides sortiront et iront éventuellement jusqu'à la cafétéria de la tour (exemple d'une patiente que nous avons interviewée). Les kinésithérapeutes utilisent d'ailleurs la valeur thérapeutique de cette déambulation : *Moi j'amène les gens, notamment ceux qui vont rentrer chez eux, je les emmène dans le hall [de la tour] pour qu'ils voient le passage, le bruit, l'odeur, les gens, tout ça, je trouve que c'est important (3).*

En approchant des pavillons, la possibilité de s'asseoir sur les quelques bancs installés le long de l'allée dallée et dans l'espace situé devant l'entrée des pavillons (entre les deux demi-barres du H) est mentionnée par plusieurs personnes dont les 2 visiteurs. L'un d'eux raconte :

J'arrive ici à 17h30 en général. Je croise des fois des personnes que je connais, des familles de patients, ou même des patients qui sortent. Alors « Bonjour ! », un petit sourire, un petit signe. Ils sont des fois assis sur les bancs. (V2)

On notera que l'espace qui précède l'entrée dans le hall des pavillons, en dépit des ambulances qui viennent se garer là, est quasiment perçu comme un espace protégé, qui de surcroît se prêterait aux animations. Les commentaires d'un cadre vont en ce sens :

Là nous voyons une famille, une personne, avec une résidente, elles sont en train de parler, de converser, de rire. C'est un lieu quand même qui est propice à la communication. À l'intimité peut-être pas mais disons à un petit moment très important pour nos résidents. Par ici aussi il faut dire que les ambulances transitent. […] Ici par exemple, c'est vrai qu'on pourrait prévoir, du théâtre en plein air, c'est très difficile. Mais plutôt de la musique. Je verrais plus un concert, une Fête de la musique…(1)

Dans cette perspective de sociabilité, il n'y a pas rupture entre l'extérieur et le hall. Les patients qui le fréquentent, très souvent les mêmes, manifestent par leur présence une curiosité, un souci d'ouverture vers l'extérieur. Ils observent le passage des uns et des autres, discutent parfois entre eux : *ça permet de voir un peu de mouvement, les gens qui viennent (P3),* dira l'un d'eux qui profite de son passage dans le hall (toujours aéré) pour fumer une cigarette de temps en temps. Pour certains, cette sociabilité ne masque pas le vide rencontré à l'hôpital : *ça permet de se retrouver là, mais enfin ce n'est pas formidable, mais enfin ® Pour moi, ça n'apporte pas grand chose, on est là et puis (P4).*

Le hall ne permet guère les conversations privées entre les patients et les visiteurs. Pour les personnels de toute façon, le hall est à la croisée des différents services et favorise la rencontre informelle avec les autres même s'ils passent sans avoir le temps de s'arrêter. Les animations qui s'y déroulent plaisent à tous. Elles mettent de la gaîté et visiteurs comme patients regrettent qu'il n'y en ait pas plus souvent :

[Concerts ?] C'est ici, il y en a partout [des patients]. Il y a beaucoup, beaucoup de monde. C'est dommage qu'il n'y en ait pas plus souvent. Vraiment ça distrait, c'est vivant. (P1)

Tout le monde est assis, c'est confortable, c'est gai, c'est bien. La dernière fois, il y avait de l'accordéon, un accordéon qui était très dynamique, un jeune, puis une jeune femme qui chantait des chansons plutôt flamenco. Il y a aussi un groupe qui vient de temps en temps , ils sont trois, il y a une jeune fille qui joue du violon. (V1)

On supposera que pour la plupart de nos interlocuteurs, le plaisir d'entendre le piano mal accordé [il est prévu de le faire réaccorder] qui, de surcroît, actualise l'effet de réverbération, relève du désir d'animation. Ils privilégient le fait d'entendre de la musique à la musique elle-même. On peut dire que le piano a un **effet phonotonique** et joue un rôle fédérateur :

Dès qu'il fonctionne, ça fait un plus, [elle joue 3 notes] j'aime bien l'entendre parce que ça met de la vie. (10)

Ce piano, depuis que nous l'avons monté, il n'est pas très accordé pour l'instant, mais il est un lieu de rassemblement. Nous avons notamment notre kiné qui arrive là, qui en

joue régulièrement, quotidiennement, et parfois il rassemble, il fédère quelques personnes qui viennent, 2, 3 selon… (1)

2.4. Ambiances hospitalières ?

Rapport à la ville – un espace de protection

En dépit de la circulation extérieure (bruit de fond avec sirènes…) et intérieure, c'est une ambiance *calme* qui est évoquée le plus fréquemment au cours de ce cheminement – déjà sur le parvis (une fois), et plus encore dans la suite du parcours où ça devient *plus calme*, voire *plus reposant* (lorsque le bruit du périphérique s'estompe). Le rapport de l'hôpital à la ville que plusieurs de nos interlocuteurs commentent, sur relance en général, peut rendre compte de ce sentiment : l'enceinte de l'hôpital le protège des agressions les plus vives :

Par rapport à la ville elle-même, je trouve que c'est grand et c'est quand même assez ceinturé, on est quand même à l'abri. L'avantage d'un hôpital comme Bichat qui a une assez grande superficie, c'est qu'on peut faire promener les patients dans une enceinte plus grande, parce qu'on n'a pas le droit de les sortir à l'extérieur, je trouve que c'est un gros avantage, en tout cas pour la gériatrie. (3)

[Ville proche ou loin ?] Plutôt loin, j'ai l'impression qu'on est enfermé, qu'on est dans une enceinte. Bon je sais qu'on est dans une enceinte, mais on est une ville dans une ville, c'est ça que je veux dire, une petite ville dans une ville. C'est très familier, c'est beaucoup plus convivial, même les bruits, les simples petits bruits. (8)

Ils découvrent au cours de leur cheminement un espace cimenté mais également arboré, ponctuellement fleuri, qui offre la possibilité, même réduite, de séjourner à l'extérieur pour les patients, leurs familles, et les soignants. C'est un espace potentiellement *vivant*. Les autres facteurs d'ambiance ne sont guère développés dans les discours, mais ils contribuent au sentiment de tranquillité qu'ils trouvent en avançant vers les pavillons : *C'est vert, on a l'impression que c'est un petit parc fleuri et tranquille, calme, c'est paisible (1).*

Oublier qu'on rentre dans l'hôpital

Nous pouvons dire, en comparaison avec l'entrée dans la tour, que le chemin parcouru en direction des pavillons de gériatrie crée les conditions et donne le temps d'oublier l'hôpital ou ce qui ici s'impose comme tel : l'IGH. Ceci est d'autant plus aisé que les bâtiments sont de taille humaine et que l'entrée dans le hall ne dément pas cette impression :

La petitesse des bâtiments, ça me plaît bien, les briques ça me plaît bien. Ensuite l'intérieur, je trouve ça plutôt sympathique, plutôt chaleureux, ils ont mis des plantes et tout ça. […] En tout cas, c'est plus agréable de travailler dans une structure comme [ici] que dans la tour qui est on ne peut plus impersonnelle. (3)

Nous nous étonnons de l'absence de commentaire sur la position des pavillons par rapport à la tour qui les surplombe et qui symboliquement peut traduire la mise à l'écart de la gériatrie pendant de longues années. On se demandera si le chemin parcouru n'est pas vécu comme un détour (effectivement, il n'est pas direct depuis la tour) vers les pavillons confirmé par l'entrée dans le hall ancien. Est-on encore à l'hôpital ? Plusieurs remarques expriment l'ambiguïté de l'ambiance du hall, ambiguïté qui reflète la spécificité de la gériatrie ; ne convoque-t-elle pas le médical mais également la qualité du séjour, de la relation… ? On peut dire tout d'abord que selon les attentes de chacun, le hall fait ou ne fait pas hôpital. Nous mettrons en parallèle les propos de deux soignants ; l'un travaille dans une unité de SLD, l'autre dans une unité de SSR et il n'est pas anodin de noter que, même si sa perception est marginale dans notre corpus, ce dernier entend sonner le hall comme un hall d'hôpital :

On arrive là : ça ne fait pas hôpital. Ce n'est pas l'hôpital qu'on recherche, mais ça ne fait pas ambiance familiale, conviviale, c'est froid. ® [Ça ne fait pas hôpital ?] Ni hôpital, ni convivial, ni familial, c'est froid, c'est brut de béton, c'est anonyme, il n'y a pas d'âme. (6)

Moi, ça ne me gêne pas que ça sonne un peu comme un hall d'hôpital ® [Autre image qu'hôpital ?] Ça fait hall un peu public. Pour moi qui suis habitué, quand je rentre là, ça signifie, même au niveau du son, que c'est l'hôpital quoi, c'est l' hôpital, où il y a un petit côté public. Pour moi c'est clair. (5)

S'il ne fait pas vraiment hôpital, le hall mérite toutefois des aménagements qui pourraient le rendre plus convivial. Plusieurs commentaires dénoncent la vétusté du lieu ; s'*il y a quand même de quoi s'asseoir, avec un divan, des fauteuils, une table avec des journaux, des magazines (1)*, l'aménagement de cet espace reste rudimentaire [porte qui grince, verrière en polycarbonate qui n'est pas *une vraie verrière*, bloc sécurité incendie en rentrant sur la droite qui est *vraiment laid*…]. Seules les plantes situées près des fauteuils retiennent l'attention et manifestent un effort pour rendre ce hall accueillant. Les transformations ne doivent-elles pas viser à animer afin d'éviter la coupure avec l'extérieur, l'isolement ? Installer au rez-de-chaussée la boutique du coiffeur, un kiosque de journaux, etc., rappelleraient la ville déclare la secrétaire. Or, ces « boutiques » ne suffisent pas à créer un lieu hospitalier – et nous insistons ici plutôt sur l'hospitalité. Dans la tour, le hall avec son un coin presse et la cafétéria est impersonnel. Mais c'est sans doute un degré d'animation réel et potentiel qui peut réveiller ces lieux de transition. On citera pour conclure partiellement cette question, les réflexions d'une patiente de SSR qui aime aller à la cafétéria de la tour pour trouver de la vie :

Quand je suis avec quelqu'un, on va à la cafétéria, il y a du monde, c'est un grand hall, il y a du commerce tout ça, puis on va prendre un café, ça fait la distinction. Mais ça ne fait pas loin hein. Et puis on n'a pas à traverser, c'est sur le même trottoir. ® On ne se

sent plus dans une maison de malades, on est dans la vie, il y a du monde, on se retrouve dans la vie qu'on a eue avant. Parce qu'ici [Vivaldi] on est un peu, ça perturbe, il faut s'y faire, il faut avoir le caractère de s'y faire. (P4)

Ces propos nous invitent à faire le parcours dans l'autre sens : quel est le pouvoir d'attraction des espaces extérieurs lorsqu'on est immobilisé dans le hall, le regard et l'oreille tournés vers le dehors ?

2.5. Pour un cheminement attractif – continu/discontinu

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- combinaison d'une matière sonore humaine, technique et naturelle dont la dominante peut varier ; devient progressivement humaine et/ou naturelle
- transition progressive vers du « plus calme »

Perception – appréciation

- processus d'éloignement physique et symbolique des bruits de la ville
- processus d'intégration des bruits de circulation à l'intérieur de l'hôpital
- pas de naturalisation excessive mais réception privilégiée des signes de la nature
- ambivalence vis-à-vis de la réverbération du hall
- anticipation de l'ambiance de l'unité et oubli de l'espace de transition

Production – gestion

- adaptation à la réverbération du hall

Sociabilité

- rencontre et convivialité potentielles tout au long du parcours ; publicité d'interconnaissance
- animations ponctuelles dans le hall

Rapport à l'environnement

- du parvis vers les pavillons : rentrer dans un monde caché, directivité
- des pavillons vers le parvis : sortir, attraction

Enjeux

Un espace de protection

L'espace sonore hospitalier extérieur par rapport à la ville s'affirme comme un espace de protection et non de transition lorsqu'on rentre dans l'hôpital et qu'on séjourne dans ces espaces aménagés (niches, bancs) pour s'y reposer et bavarder. Il importe de marquer la frontière sonore entre la ville et le monde clos de l'hôpital.

Un espace « relié » à la ville

En même temps et c'est bien là le paradoxe, il s'agit de créer une ambiance conviviale et vivante qui, en milieu urbain, a à voir avec l'animation de la ville et suggère sa proximité ; porosité, rappel de la ville ? S'il convient de la créer dans le hall, on peut se poser la question de son anticipation ou de ses prémisses dans les espaces extérieurs.

Une naturalisation sans artifice des espaces extérieurs

Les sons de la nature sont remarqués parmi les bruits urbains ou de l'activité. Comment favoriser leur écoute à certains endroits ?

Alterner repos et animation

D'un point de vue spatial, créer des niches de repos ou d'intimité et des pôles plus animés ou favoriser la transformation ponctuelle des espaces pour qu'ils répondent à ces objectifs.

Une réverbération discrète révélatrice d'un espace public animé

La réverbération du hall des pavillons peut être gênante, mais elle offre en même temps des possibilités d'animation. Un temps « juste » de réverbération est à rechercher pour ce milieu hospitalier.

3. REPAS

Avant d'analyser cette situation sonore, précisons que suite à une transformation manifeste des bâtiments, la salle à manger, polygone irrégulier, est composée de l'association de deux parties, l'une de 26,30 m_, l'autre de 28,40 m_ ; dans l'une de ces parties, quatre piliers qui gênent les fauteuils roulants. Elle comporte trois portes – deux donnant sur le couloir et une sur l'office. Vitrée sur sa demi hauteur supérieure, elle est légèrement réverbérante. Un **téléviseur** est suspendu au plafond (à l'exception de Vivaldi) et des **lave-vaisselle pour collectivités** se trouvent dans l'office attenant et ouvert sur la salle à manger. Les unités regroupent 25 à 27 personnes.

3.1. Une immersion active et subie

La situation sonore du repas rompt avec l'ambiance plutôt calme de la matinée, parfois un peu moins calme de l'après-midi. Au cours de la matinée, après les toilettes et les soins, les soignants conduisent dans la salle à manger des services de Soins de longue durée la plupart des patients. Dans les services de Soins de suite et de réadaptation, nombre de patients sont autonomes et viennent au moment du repas. La télévision dont le son franchit en général discrètement les limites de la salle à manger est allumée : elle fait partie de la vie sonore des unités. Le repas est annoncé par les bruits des chariots dans les couloirs – livraison des repas dans l'office –, de la vaisselle, des chaises. Les dimensions de la salle à manger et la présence des piliers ne facilitent pas l'installation des fauteuils roulants autour des tables et obligent à des manipulations un petit peu bruyantes. Parmi nos interlocuteurs, ceux qui rendent compte de la situation sonore d'un repas énumèrent l'association instable (**effet de métabole**) de sons humains, techniques – les sons du repas dans la salle à manger et ceux des machines à laver dans l'office. C'est une accumulation de bruits divers qui tient à l'activité elle-même et à l'organisation spatiale que racontent nos interlocuteurs directement concernés ; leur expression traduit le rythme des actions ainsi que les sources sonores qui les accompagnent :

Dans cette pièce – je me mets à la place d'un patient – il n'y a pas que le bruit de la télé, il y a le bruit des placards que l'on ouvre, de la machine à laver la vaisselle qui fonctionne, plus le bruit que nous faisons quand nous faisons la vaisselle, c'est-à-dire avant de mettre dans la machine nous passons à l'eau, donc il y a beaucoup de bruit, les assiettes qui cliquent, les verres, la machine qui se met en fonction, nous qui parlons forcément plus fort, puisqu'il y a un bruit qui couvre l'autre. Il y a le bruit de la machine à café. Les robinets, les robinetteries, forcément. Et puis bon on parle, on rigole. (8)

L'ambiance sonore fonctionnelle liée au repas est associée à celle de la cuisine d'un grand restaurant. Dans cette ambiance, les *tics* sonores de certains patients, *leurs disputes ou taquineries* font parfois irruption. En outre, une légère réverbération signalée par quelques personnes n'empêche pas de repérer d'autres sources sonores

dans l'apparente confusion qui semble régner. Nous reprenons ici la description de la situation sonore que fait un cadre qui entre à Trénet pendant le déjeuner :

La salle à manger résonne aussi, on entend le bruit de fond du piano, la télévision, donc ça fait un peu une « cacaphonie » [sic] de bruit ! Et là vous entendez : c'est un bruit sonore, l'alarme du pneumatique […] vous êtes en train de déjeuner et vous avez cette alarme stridente ! (1)

C'est la propagation sonore (hall, office, pneumatique dans l'entrée de l'unité) qui engendre *un stress* inutile, pour les patients et les soignants. La salle à manger considérée comme un lieu de vie, devient donc bruyante au moment du repas au point que plusieurs de nos interlocuteurs comparent, par contraste, le calme qu'ils rencontrent dans l'après-midi à l'ambiance du déjeuner ou du dîner. Pourtant, les aides-soignantes et les infirmiers racontent l'action, en expriment quelques désagréments du point de vue perceptif mais manifestent peu de recul par rapport à ce moment clé que constitue le repas dans le rythme de vie de l'unité : pris dans l'activité, ils semblent faire corps avec cette ambiance à laquelle ils contribuent – à l'exception d'un soignant qui considère les repas comme une épreuve. Même si finalement les soignants s'adaptent, on supposera que la perception sonore pendant le repas est sans doute trop sollicitée pour qu'ils soient attentivement présents dans l'action c'est-à-dire, à ce moment de la journée, dans la relation active avec les patients (en faire manger un certain nombre, converser, animer).

Chez les patients, ce lieu peut avoir pour effet paradoxal de rassembler et de disperser, en d'autres termes de ne pas permettre le *recentrage* – terme d'un cadre qui analyse la situation sonore – nécessaire au repas. Nous noterons que si les personnels estiment que l'ambiance sonore est préjudiciable au bien-être des patients, ils sont rares – il s'agit plutôt des infirmiers et des cadres – à aborder la question du volume du poste de télévision, qui représente l'ambiance familiale pour certains. Si l'on en croit une aide-soignante, *la télé n'est jamais trop forte (9)*. Pourtant, d'autres déclarent, sur relance, que des patients peuvent manifester leur gêne :

[Les patients se plaignent parfois du son de la télé trop fort ?] Pour certains ou certaines, le son, ça ne les dérange pas. Mais pour d'autres ce n'est pas supportable, si c'est trop fort ça ne plaît pas à certains, on le voit à leur expression. (8)

Enfin, nous retiendrons cette remarque d'un patient relative à la voix des personnels pendant le repas :

[Ambiance sonore de l'hôpital ?] Dans la salle à manger, je n'ai pas besoin d'entendre parler si fort. [Le personnel parle trop fort ?] Il est peut-être obligé, oui, c'est une habitude. (P3)

Les patients sont captifs et par voie de conséquence ils subissent leur environnement sonore, à moins de réclamer ou de se plaindre, mais cette démarche n'apparaît pas fréquente.

3.2. L'inévitable production sonore

Les lave-vaisselle et les différentes sources sonores propagées dans l'espace ouvert de la salle à manger produisent un brouhaha proche de la cacophonie selon nos interlocuteurs. Ces sources ne peuvent guère se moduler, à moins de décaler le lavage de la vaisselle. Pourtant, les soignants ne remettent pas en question leur propre gestuelle, corollaire du rythme à soutenir, semble-t-il. De même qu'ils s'interrogent peu sur la gestion sonore du téléviseur. Les rares remarques à ce sujet confirment l'importance de cet objet sonifère et visuel dont la présence apparaît incontestable et dont le volume ou l'arrêt se règle au coup par coup, notamment au moment des repas – intervention d'un infirmier ou attention ponctuelle des soignants envers les patients. Ce sont les cadres ou les infirmiers qui abordent le problème et manifestent leur impatience parfois :

[Qui a mis le son fort ?] Quelquefois, c'est le personnel, avec des émissions bien ciblées aussi. Quand on a l'équipe de la 6 ou de je ne sais plus quelle chaîne câblée, ce ne sont pas les patients ! [Télécommande est entre les mains du personnel ?] C'est forcément quelqu'un du personnel. (6)

Et puis des fois quand ça leur chante, on regarde la télé, pas toujours ® Il y a un poste de télé dans la salle à manger. Des fois ça fait trop de bruit, alors les infirmières ça les dérange dans leur service, je veux bien les comprendre, mais enfin bon. J'avoue que je suis beaucoup télé, j'aime beaucoup la télé. [Et aimeriez aussi regarder la télé dans la salle à manger ?] Non, pas obligatoirement. S'ils l'allument je la regarde, mais c'est tout, ce n'est pas une obsession. Du moment que le soir j'ai ma petite télé, ça va. (P4)

La production sonore est plus ou moins soumise à une surenchère sonore. L'intensité et le mélange des sons n'obligent-ils pas à élever la voix pour se faire entendre ? On peut se demander si l'habitude souvent reconnue par les soignants de parler fort aux personnes âgées n'est pas ici confortée. Mais chez les patients, cela peut aussi avoir l'effet inverse :

Ici peut-être que justement ce bruit n'engage pas à la conversation non plus, parce qu'il faut crier, les personnes sont déjà malentendantes souvent. Voyez là, le monsieur appelle, il crie pour pouvoir se faire entendre à cause du bruit de la cuisine.(1)

3.3. Les limites de la convivialité

Le repas joue un rôle important parce qu'il réunit les patients. Il y en a très peu qui déjeunent et dînent dans leur chambre. Les patients, 3 ou 4 autour de tables rondes selon les possibilités spatiales, ont peu d'échanges. Ils ont en général une place attitrée, fruit de l'habitude et du placement opéré par les soignants ; certains ont tendance à se

chamailler et pour éviter les *bagarres,* sont déplacés, d'autres entretiennent des relations conviviales :

On est très tranquilles, on est 4 à table, tranquilles, tranquilles. Je suis avec un monsieur qui a mon âge et une dame qui a eu 100 ans, très gentille aussi. [Vous parlez ensemble ?] Oui oui. Le monsieur était même là avant moi. (P1)

C'est plutôt le midi qu'on se retrouve tous ensemble. Mais l'ambiance n'est pas mauvaise, les personnes sont assez sympathiques.(P4)

Enfants, époux ou épouse des patients participent régulièrement aux repas – plutôt le dîner. Ils connaissent bien les soignants et sont quasiment intégrés à l'équipe au moment du repas. Mais cela nécessite de part et d'autre un temps d'adaptation. Ce rituel concerne bien sûr très peu de personnes.

Il est difficile de savoir quel est le rôle de la télévision dans ce contexte. Les patients les moins handicapés mentalement sont placés à proximité du poste suspendu : constitue-t-elle un pôle d'attraction ? Les visages ne sont en général pas levés vers l'écran, mais est-il rassurant de l'entendre ? Pour ceux qui sont plus éloignés, l'image exerce peut-être une attraction ; *ils la regardent sans la regarder (10)*, et certains de toute façon aiment la regarder, nous dit-on.

3.4. Densité sonore

L'ambiance sonore du repas est dense ; la multiplicité des sources sonores, l'activité des soignants, la présence des personnes âgées, dans un espace qui ne facilite pas la circulation, contribuent à la représentation sonore de la salle à manger comme un **lieu** de vie, centre de l'unité : *c'est la salle de vie, c'est la pièce où il y a du va-et-vient, du bruit tout le temps (8)*. L'animation des repas, d'une certaine manière, rassure l'entourage et les propos de cette visiteuse en témoignent :

C'est très animé, c'est le seul moment de la journée où c'est très animé. Tout le monde parle, crie, demande, c'est un moment assez drôle [Agréable ?] Oui, ça se réveille un petit peu [...] C'est à ce moment-là qu'il y a des scènes épiques. (V1)

Quant aux patients, on suppose que cette animation momentanée dans la journée est plus ou moins appréciée en fonction de leur état – dépression, démence, etc. A l'image de ce patient que nous avons rencontré, ils peuvent très bien ne voir dans cette « agitation » que l'aspect fonctionnel du service ; *on donne à manger aux gens, ils sont bien traités, ils sont soignés, mais ce n'est rien (P2)*. Mais comment favoriser les échanges et le *recentrage* souhaité au moment du repas ?

3.5. Vers une diversité des espaces sonores

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- diversité simultanée des sources sonores : métabole plus ou moins bruyante due à la contiguïté de l'office
- ambiance vivante, animée, qui peut se transformer en « cacophonie » lorsque trop de sources sonores font irruption en même temps

Perception – appréciation

- effet d'enveloppement agréable ou avec repli sur soi possible chez les patients qui subissent une ambiance parfois trop forte
- effet psycho-moteur chez les soignants : l'ambiance sonore, de surcroît légèrement réverbérante, peut renforcer encore l'action qui doit être vive ; tension ou stress

Production – gestion

- surenchère sonore possible notamment pour parler ; parler aux personnes malentendantes nécessiterait de parler encore plus fort

Sociabilité

- moment privilégié de sociabilité
- mais les échanges auxquels sont peu enclins la plupart des patients, semble-t-il, sont limités par l'ambiance et le niveau sonores
- les échanges de regards entre les soignants et les personnes âgées pallient la difficulté de communiquer avec un grand nombre d'entre elles – difficulté inhérente aux pathologies et renforcée par l'ambiance sonore ; le toucher s'avère également primordial

Rapport à l'environnement

- actif chez les soignants, tendance à faire corps avec l'ambiance sonore
- contrôle nécessaire pour accomplir les tâches propres au repas et distinguer les demandes rarement explicites des patients
- attraction ou repli chez les patients

Enjeux

Dispositif salle à manger/office

Le rapport spatial de l'office et de la salle à manger doit répondre à des principes contradictoires : d'un côté ne pas séparer complètement ces espaces pour ne pas couper les personnes âgées de l'activité ; de l'autre, créer un minimum de calme. Est-il possible de montrer sans trop donner à entendre ? Dans ce cas, quel matériel et quels matériaux sont le moins sonore – il s'agit aussi bien des machines à laver la vaisselle que de l'évier ou des tables, etc. ? La gestion temporelle des activités pourrait jouer un rôle mais il apparaît difficile de différer certaines tâches.

Diversifier les espaces sonores

La sociabilité, nous l'avons vu, diffère selon les patients. Est-il possible dans cet espace collectif, sans tomber dans la fragmentation spatiale, de créer des « coins » plus tranquilles, protégés de l'ambiance relativement agitée du repas ? Le recours ponctuel à des matériaux absorbants (cloches acoustiques ?) peut répondre à cette demande.

4. APRÈS-MIDI

4.1. Familiarité et vacuité sonores

Lors des entretiens l'après-midi, nos interlocuteurs rencontrent une ambiance qu'ils qualifient en général de calme. L'absence de cris dans les unités de SLD, lors des parcours et plus globalement au cours de cette période, nous dit-on, est signalée pour rendre compte de ce calme. *Les manies* sonores des patients caractérisent alors les unités ; discrètes à Trénet, elles sont audibles à certains moments à Ravel : *[à Ravel, personne âgée qui chante] Là, on a droit au chant, aux cris, plus que sur l'autre long séjour [Trénet](2),* tandis qu'à Vivaldi, lors de l'enquête, un patient criait beaucoup et donnait des coups sur la table de son fauteuil et *quand ça dure un peu longtemps, ça devient abrutissant (5)*. Voici l'analyse sonore d'une infirmière arrivant à Trénet :

On est dans une période où on n'a pas de patients agités [...] On sait qu'on arrive au palier, si on me bande les yeux je sais où je suis : on entend la dame compter, on les entend grogner, on entend un petit bruit, c'est M. X qui se réveille un petit peu, Mme Z qui compte, Mme Y qui vient de grogner. Là ça va. Ils sont très calmes, très très calmes. Si ce n'est la sonnette, on n'entend [rien d'autre]. Si, il y a quelques bruits dans la cuisine, enfin à l'office. Ça, c'est pareil, c'est un robinet, quelqu'un qui se lave les mains. (6)

Nous nous trouvons sur le *palier,* c'est-à-dire l'espace situé devant les ascenseurs, où, dans cette unité, les patients sont rassemblés à ce moment de la journée. Comme nous l'avons vu précédemment, les portes ouvertes de l'office et du poste de soins laissent passer les sons de l'activité, réduite à cette heure-ci, et celui d'une sonnette. Les petit bruits que font les patients constituent un fond sonore caractéristique : ce sont *les délires à répétition* (3) qui se manifestent de manière plus franche au moment du goûter.

Ce calme peu homogène, composé des multiples petites manifestations sonores des patients, interrompu parfois par des manifestations plus bruyantes, suggère une certaine vacuité que les voix des soignants parlant entre eux ou s'adressant aux personnes âgées parviennent difficilement à pallier. Dans ces espaces à côté des ascenseurs, *où on aligne les patients en rangs d'oignon en attendant autre chose, on ne sait pas quoi (4),* ce sont le passage et le bruit des ascenseurs, en particulier à Vivaldi et Ravel, qui constituent un facteur d'animation.

Comme à Bretonneau, **les téléviseurs** sont en général allumés mais, placés dans les salles à manger, la propagation sonore reste limitée. Les aides-soignants disent apprécier la présence de la télévision : dans le contexte des unités de SLD notamment, elle se substitue à un fond sonore musical trop souvent absent et elle constitue un pont entre le monde extérieur et l'hôpital. Elle devient en quelque sorte l'objet qui permet de

lutter contre « l'ennui » dont parlent plusieurs de nos interlocuteurs, et en même temps le révèle.

En tout cas, la télé, c'est tout bête, mais sans télé on a l'impression qu'il n'y a plus rien, qu'il n'existe plus rien, des fois il n'y a vraiment pas de bruit. Et ils s'ennuient, ils le disent, la télé c'est comme si c'était aussi quelque chose qui fait que par rapport à l'extérieur de l'hôpital, ça ramène ici quelque chose qui fait vivre. (8)

En ce qui concerne **la musique**, on peut dire que c'est plutôt sur le mode du regret ou, pour les plus optimistes, sur le mode du souhait et de l'anticipation, que nos interlocuteurs – plusieurs soignants et des visiteurs – évoquent ce thème. Pourtant, certains parlent du combiné radio-cassette-CD portable placé dans l'espace devant les ascenseurs qui permet avec les cassettes ou CD apportés par le personnel, de diffuser de la musique. Si à Ravel au moment de l'enquête, le poste avait disparu, à Trénet et à Vivaldi, nous avons en effet eu l'occasion d'entendre de la musique antillaise et classique dont l'intensité pouvait varier et s'avérer contestable en début d'après-midi notamment. Les critiques à cet égard sont rares mais éloquentes, lorsque les soignants diffusent de la musique techno par exemple :

Par exemple, l'autre fois, au niveau du son, il y avait une radio qui marchait à fond, […] C'était TAC-TAC-TAC-TAC, la techno à fond la caisse, c'était quelqu'un qui avait amené sa cassette, ce n'est pas raisonnable quoi, moi ça m'a explosé la tête ! (5)

De même que le discours de nos interlocuteurs relatif aux ambiances musicales – trop souvent révélatrices des désirs de quelques-uns et des rapports de pouvoir sous-jacents dans le service –, manifeste un non-dit, leur discours comporte peu d'allusion à l'identité sonore des soignants comme facteur d'ambiance. Cet aspect met sans doute en jeu le jugement et les relations interpersonnelles et ne revêt pas la neutralité apparente de l'expression perceptive. Ce qui, comme à Bretonneau, n'empêche pas de déclarer qu'on parle fort, mais c'est de l'ordre d'une évidence ; ça ne prête pas à conséquence puisque ce mode vocal est partagé par beaucoup.

Comme nous l'avons relevé dans la « photo sonore » citée plus haut, les sonnettes font partie de l'ambiance des unités, d'autant qu'elles dysfonctionnent. À Trénet, la sonnerie du pneumatique – *qui sonne de manière infernale le matin (6)* – s'ajoute à celle des sonnettes et les soignants hésitent parfois à reconnaître l'une ou l'autre. La **signalétique** joue son rôle dans l'unité de SSR plus médicalisée que les unités de SLD. À Ravel et à Trénet, dans la journée, c'est une surveillance visuelle autant que sonore qui s'exerce grâce aux espaces vitrés et aux portes ouvertes (poste de soin, salle à manger, office). Globalement, les caractéristiques sonores de la signalétique font l'objet de commentaires : timbre trop aigu du pneumatique – *c'est un bruit qui est strident, qui est vraiment agressif (6)* – et des sonnettes et signaux d'urgence répulsifs ; certains se plaisent à imaginer des sonnettes moins agressives.

Enfin, la configuration spatiale des unités évite les émergences sonores trop fortes en provenance des **chambres**, à l'exception de patients qui peuvent crier très fort : *[à propos d'un patient de Trénet] par exemple s'il veut boire de l'eau et qu'on ne vient pas tout de suite, eh bien il va hurler, on l'entend quand même assez rapidement, parce qu'il a de la voix (9).*
Inversement, les patients que nous avons interviewés qui ferment leur porte de chambre en général, disent être tranquilles ; *il faut vraiment qu'on fasse du bruit dans le couloir pour qu'on entende (P2)*, ou bien sûr, il faut avoir sa chambre à proximité d'un voisin très bruyant, ce qui est le cas d'une patiente de Vivaldi. Par ailleurs, ce sont des soignants qui signalent qu'on entend des bruits de talons en provenance de l'étage du dessus.

Quant aux bruits extérieurs – voitures notamment –, la situation de la chambre dans le bâtiment peut jouer un rôle. Ainsi, l'aile ouest de Ravel donne sur la passerelle, et selon une soignante, *on peut entendre des voix sur la passerelle, le périphérique, les ambulances, les urgences (7)*, tandis que l'aile est de Trénet donne sur la rue Arthur Ranc – très peu de trafic mais des travaux bruyants ponctuellement. Les patients n'évoquent pas cet environnement ni le bruit de fond des boulevards extérieurs. En revanche la circulation à l'intérieur de l'hôpital peut déranger : un patient dit avoir demandé à changer de chambre parce qu'il éprouvait un sentiment de danger, sa chambre se trouvant en bordure de virage selon ses termes, mais il est difficile de savoir si c'est le bruit qui l'importunait ou la lumière des phares la nuit…

4.2. Des pratiques sonores « unitaires » et individuelles

Chez les personnels, deux tendances se dessinent quant à la gestion sonore des unités :

- pratiques spatiales et celles relatives aux patients bruyants et à la signalétique, distinctes selon les unités ;
- gestion individuelle et/ou liée aux rapports de pouvoir dans les équipes en ce qui concerne les productions sonores électro-acoustiques (téléviseur et combiné radio-cassette-CD).

Tout d'abord, le discours des soignants décrit une **distribution spatiale de la production sonore** différente selon les unités. D'une part, retenons ici la distinction, dont nous parlent quelques-uns de nos interlocuteurs, entre le SLD et SSR, qui peut avoir des conséquences sonores : à Vivaldi (SSR), où les soins sont plus importants, à certains moments, on assiste à une mobilisation des soignants autour d'un patient – chambre ou espace collectif autour du poste de soins. En outre, les patients de SSR plus autonomes qu'en SLD pour nombre d'entre eux peuvent sortir, rester dans leur chambre s'ils le souhaitent ou bien s'installer dans l'un des espaces collectifs ; curieux du mouvement, ils choisissent plutôt l'espace devant les ascenseurs. En SLD, une des caractéristiques de Trénet est le regroupement des personnes âgées devant les ascenseurs, tandis qu'à Ravel, les patients sont dans la salle à manger, considérée comme le lieu de vie, ou dans le *couloir* :

On ne met pas tous les patients dans ce couloir, uniquement les personnes qui sont un petit peu, je ne dis pas « dérangeantes », mais qui font trop de bruit par rapport à la salle à manger. Par exemple, cette dame dit toujours les mêmes phrases, et ça agace, « tu ne peux pas te taire ! », « tu vas la fermer ! ». Et quand vous avez une personne qui commence, tout s'enchaîne après. (8)

Comme à Bretonneau, les soignants expriment leur impuissance face aux **cris et « manies sonores »** ; ponctuellement, un patient qui dérange tout le service peut être isolé dans sa chambre si cela ne le pénalise pas – ainsi, à Ravel lors de l'enquête, une personne qui « chantait » continuellement.

Du point de vue de la **signalétique**, c'est un soignant du SSR – où le médical est plus important et valorisé – qui évoquera le bien-fondé des signaux d'urgence, embrayeurs d'une intervention : *on ne peut pas penser à notre confort, c'est un signal d'alarme, ça peut être très pratique, c'est bien que ça sonne à fond la caisse (5)*. En ce qui concerne les sonnettes, elles se font entendre dans les postes de soins, le couloir, jusqu'aux salles de détente, dans la mesure où les portes sont ouvertes – dans les chambres, les présences permettent d'y avoir accès. *Ici, on entend les sonnettes et ça dure longtemps ! (7)*, déclare un soignant, témoignant du **gommage** exercé par les personnels, notamment dans les SLD où se manifestent des *sonnettes-fantômes* :

Et les locaux sont tellement vieux que des fois nous avons des sonnettes-fantômes : ça sonne, on va regarder sur le tableau où ça sonne effectivement, et on s'aperçoit que le patient est avec nous, ça sonne et il n'y a personne dans la chambre ! Les sonnettes, je ne dis pas qu'on les oublie, mais. On les oublie un petit peu, oui et non. (8)

Notons que l'alarme incendie, déréglée, se déclenche parfois et retentit jusqu'à l'arrivée des pompiers, nous dit-on (un incendie s'est produit au cours de la période d'enquête, en pleine nuit, et l'alarme a joué son rôle efficacement). Enfin, dans les unités de gériatrie, seuls les cadres, supérieur et de proximité, les médecins, l'ergothérapeute, le psychologue, etc., ont un bip.

En ce qui concerne le **téléviseur**, nous avons vu à propos du repas que ce sont les cadres ou les infirmiers qui émettent des critiques à l'égard de son utilisation : durée, volume, programme. Toutefois, les soignants finissent par savoir ce qui plaît aux personnes âgées : *des variétés, des choses un peu calmes, gaies* (9). L'absence de commentaire sur la gestion de la télévision de la part des autres personnels manifeste dans le contexte des pavillons le manque de réflexion commune sur la question sonore et musicale. On peut ajouter à cela que le matériel peu performant dont ils disposent n'incite pas à modifier des habitudes qui peuvent refléter aussi celles du domicile. En ce qui concerne les cassettes ou les CD, ce sont les soignants qui bien souvent les apportent. Celles de la médiathèque disparaissent nous dit-on. On constate donc une gestion hétérogène et une production d'ambiances musicales, assez rare d'ailleurs, liées aux volontés et goûts divers de quelques soignants.

J'ai une collègue qui a amené des cassettes, une nouvelle qui est arrivée, elle a amené ce qui lui plaît. Ou des fois c'est ce qui plaît aux personnes âgées, ce qu'ils aiment, de la musique classique. On essaye de diversifier un petit peu. (9)

Nous avons pu observer des pratiques de gestion individuelle lors de l'enquête : un soignant aimant la musique à un fort niveau venant augmenter le volume après le passage d'un autre soignant l'ayant baissé… Infirmiers ou cadres, qui estiment avoir une responsabilité à ce niveau, peuvent intervenir ; les propos d'une aide-soignante et d'un infirmier précisent cet aspect de la gestion sonore délicate :

On a eu une réflexion une fois où on avait amené de la musique antillaise [rire], ça n'a pas trop plu, ils ont dansé, mais pour une personne ce n'était pas la musique adéquate à leurs oreilles. ® C'était le cadre, malheureusement (8)

[à propos de la musique techno] J'ai fait baisser la radio. J'ai dit « OK, on peut comprendre, ta musique-là, c'est 1/2h, 1h maximum, mais après c'est de la musique pour les personnes âgées ! » Moi j'ai vu enlever des cassettes parce que ce n'était pas de la musique. (5)

Par ailleurs, nous avons vu que les soignants reconnaissent **parler fort**, même si la consigne, nous dit une infirmière, est de parler normalement à la personne âgée. Ils abordent rarement la manière dont ils parlent entre eux et s'interpellent. Cependant, comme le suggère une aide-soignante, parler fort entre soignants – [parfois] *à la longue on ne contrôle plus rien du tout*, dit-elle – dans le contexte du SLD, pourrait à certains moments et pour certains personnels traduire une volonté de créer sur un mode excessif et proche de la revendication une ambiance plus vivante ; ce qui confirme certaines observations que nous avons pu faire relatives aussi bien aux échanges vocaux qu'à la musique [tant au niveau de l'intensité sonore que du choix de certaines musiques]. Ces échappées sonores permettraient en quelque sorte de *tenir le coup jusqu'à la fin de la journée (8)*.

Dans l'après-midi, production et gestion sonores concernent essentiellement le cœur de l'unité situé entre les deux ailes où se trouvent les chambres, tandis que le matin, les soins, les toilettes animent les couloirs ; les bruits de chariots, en particulier les anciens en PVC, annoncent les soignants aux patients. Les sons qui s'entendent éventuellement dans les couloirs l'après-midi sont ceux d'un téléviseur ou d'un poste de radio. Mais, surtout en SLD, très peu de patients disposent d'un téléviseur ; ainsi, à Trénet, *on a beaucoup de patients déments, ils ne sont pas demandeurs, il y a en a peut-être 4/28 qui ont un poste (2).* Mais, parfois ça crie, ça hurle, nous dit-on. Les patients que nous avons interviewés, passionnés de musique ou de télévision, aiment en général rester dans leur chambre. L'un d'eux a des problèmes avec son voisin de chambre. Si, selon une infirmière, la consigne est de maintenir les portes de chambres fermées ou entrouvertes, nous en rencontrons un certain nombre ouvertes. Les personnes les plus

autonomes les ferment, voire les ferment à clé, notamment certains de nos interlocuteurs, pour éviter l'irruption importune d'un voisin ou les vols, disent-ils. Quant à la surveillance sonore, l'éloignement des chambres oblige de toute façon les soignants à se déplacer.

4.3. Des animations trop rares

La rareté des animations, en particulier musicales, est soulignée par beaucoup et un cadre de proximité a d'ailleurs pour mission d'organiser l'animation dans les SLD et SSR.

[animation ?] En tout ici il n'y a rien. Comme disait Coluche « avec rien on ne fait pas grand chose ». Là il y a vraiment trop peu. Même cette dame soi disant un peu démente, vous voyez, elle a quand même ce qu'il faut pour dire « je m'ennuie ». (3)

En fait, quelles sont les possibilités qui s'offrent aux patients ? Nous savons que des représentations théâtrales ou des concerts se déroulent dans le hall et rassemblent un grand nombre de personnes. À l'échelle des unités également, *des musiciens viennent, un groupe de jeunes, une fois par mois, ils viennent animer, ils chantent, ils jouent du violon…(9)*. Ils s'installent dans la salle à manger ou devant les ascenseurs. Dans l'espace Tendresse, situé à Trénet, plusieurs ateliers – chant, lecture, cuisine – rassemblent les patients qui le souhaitent. On signalera également la possibilité de sortir en été, de prendre le goûter dehors par exemple, pour les unités situées Trénet et Vivaldi. En ce qui concerne les animations ponctuelles qu'organisent les soignants – jeux de société par exemple – le manque de temps et de personnel est mis en avant ; des soignants font aussi allusion à la difficulté de motiver les personnes âgées qui au bout de quelques minutes se désintéressent de l'activité.

Le plaisir qu'éprouvent patients, visiteurs, soignants, lors des manifestations musicales notamment traduit *a contrario* le manque de distractions au quotidien. Pourtant, elles ont un **effet phonotonique** que plusieurs soulignent.

Quand il y a des musiciens qui viennent ou qu'il y a une distraction, il y a aussi un goûter distribué, qui est plus confortable, avec des gâteaux, tout ça, ces jours-là, bon, tout le monde est gai hein ! ça va mieux. Et les gens chantent un petit peu. (V1)

La musique écoutée à certains moments dans les unités – mais trop rarement aussi semble-t-il – pallie sans doute cette insuffisance reconnue par l'institution.

L'autre jour ils avaient fait jouer des disques ici, c'était des vieux succès, des vieux chanteurs, c'était là, c'était agréable quand même. (V2)

[à propos de la musique diffusée] C'est vrai que les patients souvent sont désintéressés, ils semblent désintéressés, et en même temps ça leur met un plus sans qu'ils s'en rendent compte eux-mêmes peut-être. Le personnel tout de suite va être plus joyeux, s'il

y a une musique. Moi je sais que j'aime bien travailler avec de la musique, ça me met en forme, ça fait un plus. (9)

Au quotidien, ce sont les plus valides qui peuvent, comme nous l'avons vu, sortir d'eux-mêmes et séjourner dans le hall ou s'installer sur un banc à l'extérieur, ou encore aller jusqu'à la tour. Ceux-là, nous le savons, se retrouvent au moment du repas et apprécient de rester dans leur chambre. Les activités avec les autres peuvent leur apparaître comme une occupation quelque peu artificielle – *je suis bien dans ma chambre, j'ai 90 ans, je n'ai pas besoin de faire de la poterie (P3)* – ou les amènent à fréquenter d'autres patients qu'ils ne supportent pas – *avant j'y allais [atelier chant], mais maintenant il y a des personnes dedans qui me fatiguent, ils parlent pendant que ça chante… (P1)*.

4.4. Ennui

La rareté des animations contribue à « l'ennui » qu'évoquent des soignants et les visiteurs. Plusieurs disent, sans même parler d'ennui, « ça manque de quelque chose » et souhaitent parfois qu'il y ait, outre les animations qui comblent ce manque ponctuellement, de la musique, un fond musical… Ces remarques montrent l'importance du facteur sonore. On retiendra les propos d'un visiteur qui se projette dans un hôpital idéal : *si je suis condamné à rester dans un couloir comme ça à attendre le repas : que les gens soient sympathiques [comme ici], et qu'il y ait un peu de musique, de la musique (V2).*

On ajoutera que dans les pavillons, l'organisation et l'utilisation de l'espace situé devant les ascenseurs peuvent renforcer ce sentiment ; les différents termes employés par nos interlocuteurs manifestent la vacuité d'un lieu que personne ne parvient à définir : palier, hall, couloir, petit salon ; lieu où les patients sont tous rassemblés, à Trénet en particulier.

Surtout quand je pars à 14h20, quand on passe dans le couloir on les voit tous assis là devant le couloir, c'est triste de les voir comme ça. (9)

C'est un peu tristounet ! Il n'y a pas de distraction, il n'y en a pratiquement pas du tout, du tout. Alors les gens sont assis là, toujours, dans les fauteuils. (V1)

D'ailleurs le monsieur qui est docteur, des fois il met les disques ; quand il voit qu'on est dans le hall, pour mettre un peu de gaîté, il met un disque. (P4)

À cette impersonnalité des locaux s'ajoute leur vétusté qui se manifeste non seulement du point de vue sonore – système de sonnettes défaillant – mais également des points de vue thermique et aéraulique – manque d'isolation dans les couloirs avec les grilles d'aération.

On entend la pluie sur les carreaux, le vent qui siffle dans les grilles, surtout en hiver, c'est une catastrophe. Même des patients qui sont déments, quand ils entendent le vent

souffler, ils me disent « oh », ils ne voient pas, mais ils nous parlent du temps à l'extérieur. (8)

La transformation des locaux prévue, la mise en place d'animations, amélioreront sans aucun doute les ambiances des pavillons d'autant que l'ennui évoqué ne doit pas occulter des appréciations positives de la part des soignants et des patients – à l'exception de l'un d'entre eux qui n'accepte pas de se trouver dans cette situation. *Ça fait maison reposante*, *c'est convivial*…

4.5. Animer

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- alternance d'ambiances calmes (avec émergences ponctuelles des voix des soignants et/ou des patients) et métaboliques (voix, musique, mobilisation ponctuelle autour d'un patient…)
- triste, ennui
- agréable avec un fond musical
- ponctuellement animée (musiciens dans les unités ou le hall) et gaie

Perception – appréciation

- situation qualifiée de calme (notamment lors des entretiens du début de l'après-midi)
- calme proche de la vacuité
- calme peut être perçu comme résultante de la tranquillité de chacun
- émergences des patients (cris, propos peu amènes, coups sur les tables) qui peuvent devenir insupportables (effet de répulsion ??)

Production – gestion

- gestion spatiale : patients dans la salle à manger et/ou le « couloir » selon les unités
- téléviseur et combiné radio-cassette-CD : gestion individuelle – choix des programmes et des musiques, volume ; relations hiérarchiques en jeu, non-dit sur la question
- gommage des sonnettes en SLD – système défaillant
- réaction vive pour éteindre le pneumatique [Trénet] et répondre aux différentes alarmes en SSR [Vivaldi]
- manifestations sonores des patients : impuissance, parfois laisser le patient chanteur, compteur…, dans sa chambre pendant un moment
- tendance à parler fort mentionnée

Sociabilité

- relatif isolement des patients dispersés dans la salle à manger ou le « salon »
- espace devant les ascenseurs, « non-lieu », qui ne favorise pas vriament la convivialité – les patients sont spectateurs du passage des soignants et visiteurs

Rapport à l'environnement

- relativement fonctionnel dans des espaces distincts, distants et vétustes
- manque de sollicitations

Enjeux

Rapport volume spatial et ambiance

Espaces dimensionnés, distinction salle à manger et « couloir-salon », éloignement des chambres, peuvent favoriser un isolement des patients qui, dans ce contexte gériatrique, met en évidence les handicaps et la solitude. Comment « remplir » ce type d'espace ? La matité peut contribuer à resserrer, à densifier les ambiances sonores.

Surveillance sonore

Un système de bips conviendrait-il mieux à la surveillance sonore des chambres ?

Gestion sonore

On ne peut que souligner l'importance de la gestion musicale : volonté d'animer, de créer un fond sonore agréable, gestion du matériel… Ces remarques concernent également la gestion du téléviseur. Ces différents aspects relèvent d'une réflexion commune et de la responsabilisation de chacun.

Question de la gestion des patients déments très bruyants : installer un patient dans une chambre très isolante dans un service pourrait-elle garantir le repos des voisins ?

En amont

Il est important de prévoir lors des travaux de réfection des unités, les emplacements destinés à l'installation électro-acoustique.

Quelle est l'isolation maximale d'une chambre dont l'ambiance peut être agréable pour y séjourner, y discuter, regarder la télévision, etc. ?

5. ENDORMISSEMENT

5.1. Habitudes sonores en SLD, suspicion en SSR

Selon les unités, la perception sonore des soignants se fait plus ou moins aiguë. En SLD, et notamment à Trénet où les patients séjournent depuis longtemps – pour certains depuis plus de quinze ans – et sont dans l'ensemble, au moment de l'enquête, plus calmes que ceux de Ravel, les soignants évoquent une perception sonore basée sur l'habitude. Mais n'avons-nous pas cité précédemment – situation de l'après-midi – une infirmière qui identifie chacun des patients par ses manies sonores ? La perception nocturne, visuelle lors des tours de garde réguliers, est sur la durée avant tout sonore. Or, dans ces unités *a priori* tranquilles aucun événement sonore ne semble surprendre les personnels – ceux que nous avons rencontrés connaissent bien les services.

C'est assez calme, mais c'est habituel que ça soit coupé par des cris, des manifestations de personnes âgées. Voilà, chez nous c'est habituel, on ne s'en affole pas, pas du tout d'ailleurs, on finit par connaître. Comme les personnes restent longtemps, on finit par les connaître, et on sait, on détecte si c'est urgent ou non. (12)

Notons, par rapport à Bretonneau, que le fond sonore de la salle à manger ou le poste de soins où se tiennent les personnels est très calme, voire silencieux. Le téléviseur peut être allumé mais à un niveau relativement faible et les personnels que nous avons rencontrés nous disent l'éteindre au cours de la nuit. L'éloignement des chambres ne laisse émerger que des manifestations vraiment sonores.

Au contraire, en SSR, la perception sonore des soignants apparaît plutôt basée sur la suspicion ; la configuration en H des bâtiments rend la surveillance sonore des patients dans leur chambre difficile. Si, *à l'oreille, il est possible d'avoir une idée générale du couloir, ça demande quand même de passer (11)*, déclare notre interlocutrice de Vivaldi – signalons que l'infirmière rencontrée à Vivaldi était ponctuellement affectée au service. Cette démarche perceptive suppose que les portes des chambres soient entrouvertes.

Le drône sonore de la nuit – ronflements, gémissements, bullement de l'oxygéno-thérapie ou bruit de l'aérosol éventuellement – audible au cœur des maisonnées à Bretonneau concerne ici les couloirs dont certains sont envahis, en début de nuit, par le son de rares téléviseurs, à un fort niveau en général. Les soignantes de Ravel disent également entendre le périphérique – manque d'isolation à cause des grilles de ventilation dans les couloirs. C'est une ambiance plutôt silencieuse au centre des unités et plus ou moins tranquille dans les couloirs que les personnels évoquent. À Vivaldi (SSR) et parfois à Ravel (SLD) quelques sonnettes peuvent se faire entendre dans le poste de soins et au-delà, tandis qu'à Trénet, c'est le pneumatique qui perturbe de temps à autre le calme ambiant : *C'est insupportable, la nuit c'est insupportable (13)*.

Les patients que nous avons interviewés disent bien dormir. *Après 21h, on n'entend plus rien*, déclare une patiente de Ravel. Une patiente de Vivaldi se plaint toutefois d'un voisin très bruyant et pose la question de l'isolation entre chambres.

J'ai la malchance d'avoir [un voisin] qui est vraiment, il tape, vous avez vu la tête qu'il a ? Je pars d'un principe, c't'homme-là c'est triste, mais quand même je trouve qu'ils ne devraient pas mettre les personnes, moi je suis encore valide, j'ai encore, et qu'il m'empêche de dormir, et qu'il me fait une vie impossible. Quand même, l'homme est assez grand. Et même des gens qui sont loin l'entendent, il tape, et puis il n'y a rien à lui faire comprendre, et puis il est très vulgaire. […] Mais ici on n'entend pas de télés [des autres chambres]. A part ce bonhomme qui gueule comme un perdu. (P4)

5.2. Une production sonore limitée

La production sonore dans les unités est peu importante. En outre, la configuration et les dimensions spatiales dans les pavillons de Bichat évitent, surtout en période nocturne, toute densité sonore. Les personnels doivent gérer quelques problèmes sonores, en particulier en début de nuit : à Ravel, par exemple, répondre calmement aux insultes d'une patiente, plus globalement, négocier le volume d'un téléviseur avec un patient, à Trénet, rassurer une patiente qui crie parce qu'elle ne sait plus où elle est… Un peu plus tard, il s'agit d'éteindre des téléviseurs ou d'en baisser le son. Des cas, comme celui du patient bruyant dont on se plaint, résistent cependant à cette gestion familière. Comme leurs collègues du jour, les soignants de la nuit disent avoir tendance à parler fort aux personnes âgées.

Les personnels préfèrent maintenir les portes des chambres ouvertes, d'autant que, comme le dit un cadre, *de par la géographie [de Bichat], dans les ailes en H, s'il y a un patient au fond là-bas, il n'y a que la sonnette qui peut le relier (1).* Or, nous savons que peu de patients parviennent encore à recourir aux sonnettes en gériatrie – il arrive, comme dans la journée, qu'elles se déclenchent toutes seules. Laisser les portes ouvertes, c'est également faciliter la surveillance visuelle des patients lors des tours de garde.

Dans la logique, si c'est des personnes âgées sans sonnette, qui n'ont pas forcément une mobilité, la logique voudrait qu'on laisse les portes ouvertes. En passant dans le couloir, vous n'avez pas forcément besoin de rentrer dans la chambre, vous voyez d'emblée la position dans laquelle vous avez laissé la patiente, si ça respire, s'il y a un mouvement, s'il n'y a pas de mouvement, s'il y a des gémissements. On voit, on entend, il y a de la vie quelque part. Ils sommeillent. (11)

5.3. Un isolement familier

L'espace ne permet pas une convivialité élargie ; les soignants de la nuit (deux sur chaque unité en général) après la période d'endormissement pendant laquelle ils ont effectué le tour des chambres évoquent une tranquillité dans les unités : *Chacun vaque à*

ses occupations, prend un bouquin, ou on va voir la collègue d'à-côté, ou on va vers les chambres (13). Ils essaient de se réunir le jour de Noël et le jour de l'An mais il est difficile de laisser le service : *alors on a tendance à ne pas se réunir en fait (12).*

Les soignants parlent aussi des échanges entre eux et les patients. *Si vous prenez la peine de parler, qu'ils sentent que vous vous attardez un petit moment avec eux, des fois il y en a qui vous parlent, ils sortent quelques petits sons. Parce que chez les personnes âgées, il y a beaucoup de déprime, de mélancolie (11).*

Mais, il y a des patients qui ont *un langage, sec, dur,* disent les soignants. *Des fois on se fait taper (14) ; des fois, c'est des râclées de temps en temps ! (13).* Une aide-soignante d'origine antillaise raconte : *J'ai eu une fois une personne qui m'a griffée, elle n'est plus là maintenant, eh bien j'ai encore les cicatrices. Je prends des crachats des fois au visage. Il y en a une, une fois, qui m'a craché dessus, elle m'a dit « sale négrote, retourne dans ton pays ! » (13).*

Mais, d'autres anecdotes font sourire les soignants : *Il y en a un qui vient là, qui se met à table et qui attend son petit déjeuner ! [rire]. Il vient à 3h, à n'importe quelle heure. Il y en a un autre de l'autre côté qui arrive PLOC-PLOC-PLOC… (13).*

Enfin, la sociabilité des patients vis-à-vis des autres, la nuit, relève plutôt de la plainte ; elle concerne ceux qui partagent une chambre. Dans certains cas, il vaut mieux les changer de chambre parce qu'ils finissent par ne plus se supporter, déclarent les cadres.

5.4. « Le silence de la nuit »

Une certaine vétusté des locaux que le faible isolement thermique et sonore des couloirs confirme aux yeux des soignants (Ravel en particulier), n'empêche pas d'apprécier le travail dans ces unités qui apparaissent conviviales. Du point de vue sonore, nous l'avons vu, les habitudes des patients créent une ambiance calme – avec émergences possibles – et familière en SLD. En SSR, l'infirmière que nous rencontrons parle d'une dimension souvent occultée, le silence de la nuit toujours suspect : *Ici c'est les personnes âgées, si c'est trop silencieux et au petit matin c'est quelqu'un qui s'est endormi paisiblement, il y a ça aussi en gériatrie (11).* La configuration spatiale, éloignement des unités les unes des autres, dimensions des couloirs, induit peut-être ce doute, plus facilement qu'à Bretonneau où la proximité des autres soignants permet une vie collective, à tout le moins, le sentiment d'une présence.

Les chants des oiseaux sont agréables et bienvenus au petit matin.

5.5. Question de l'éloignement des chambres

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- fond sonore calme, voire silencieux dans les espaces centraux
- drône sonore de la nuit portes des chambres ouvertes dans les couloirs – ronflements, gémissements…
- ponctuellement agitée

Perception – appréciation

- habitudes, connaissance des patients
- suspicion, surveillance accrue, pour personnel affecté ponctuellement au service

Production – gestion

- émergences vocales des patients – cris, gémissements… –, portes des chambres ouvertes
- émergences vocales des soignants – parfois, discussions dans les espaces collectifs
- signalétique, sonnettes, pneumatique, assez rares
- téléviseur – dans la salle à manger, faible propagation

Sociabilité

- relatif isolement des soignants

Rapport à l'environnement

- familiarité pour la plupart des soignants rencontrés
- actif en début de nuit

Enjeux

Les limites de la surveillance sonore

La configuration spatiale et, certaines nuits, le manque de personnels, posent la question de la surveillance dans des chambres. Si, d'un côté, l'éloignement des chambres favorise le repos des patients, de l'autre, les soignants n'ont pas le don d'ubiquité . Le sonore reste un moyen privilégié de surveillance, mais il suppose que les manifestations sonores soient suffisamment audibles et surtout que la majorité des portes soient ouvertes ou entrouvertes ; or, nous l'avons constaté dans les trois terrains d'enquête, cette thématique de l'ouverture des portes pose des problèmes relatifs au confort du patient et d'ordre déontologique.

SERVICE DE GERIATRIE AIGUË

1. PRÉSENTATION

1.1. Création du service

Le CHU de Bichat est implanté dans un secteur géographique où réside un grand nombre de personnes âgées (arrondissement le plus âgé de Paris et un des plus pauvres). Cet hôpital était mal préparé à la prise en charge de cette population qui présente des problèmes médicaux mais aussi psycho-sociaux, notamment lorsqu'elle arrivait aux Urgences. Aucun service spécifique ne pouvait les accueillir et elles étaient dirigées soit en médecine, soit en chirurgie où elles pouvaient rester longtemps en l'absence de pathologie bien identifiable. Ou bien, au terme de 24 heures passées au service « Portes » (aval des Urgences), dans l'attente d'une prise en charge sociale, elles étaient dirigées vers des hôpitaux extra-muros. Créée en 1999, l'unité de gériatrie aiguë, médicalisée, répond donc, partiellement au vu du nombre de personnes âgées (17e, 18e, 19e, un peu Saint-Ouen), à un besoin réel d'accueil et de diagnostic. C'est par le biais du réseau Urgences-médecins traitants que les personnes âgées qui nécessitent une hospitalisation rapide parviennent dans cette unité qui dispose de 20 lits distribués dans une douzaine de chambres.

Le cadre de proximité définit les trois diagnostics principaux qui y sont effectués : « bilan de chute, bilan de démence, altération de l'état général. Mais sous cette appellation-là se cachent des pathologies diverses et variées, cardiaques, pulmonaires, etc. ». Ensuite, l'avenir du patient, selon le degré de sa pathologie, de son autonomie, de sa situation familiale, etc., est décidé : « soit c'est un patient qui reprend vite des forces et qui peut rentrer au domicile où il avait déjà des aides ; soit c'est un patient qui va rentrer chez lui, mais pour lequel il faut instaurer des aides, infirmière, kiné, aide ménagère ; soit c'est un patient qu'on est obligés de mettre en institution, parce que le maintien à domicile n'est pas possible. ». La durée moyenne du passage dans l'unité est de 10 à 12 jours. La moyenne d'âge des patients est de 87 ans. Enfin, parmi les patients, nombreux sont les déments.

1.2. Environnement sonore

La tour dans son environnement sonore

Construite à la fin des années 70, elle est située au nord de la zone hospitalière et domine le boulevard périphérique parisien, non loin de l'avenue de la porte de Saint-Ouen, du boulevard Ney et de la rue Arthur-Ranc. Dans le service de gériatrie aiguë, dans la partie ouest de la tour, les sons continus du périphérique sont quasiment inaudibles, comme attendu dans un IGH. Quand une fenêtre est entrouverte, ils peuvent évoquer une puissante VMC si on n'en est pas informé (ce qui nous a trompés à plusieurs reprises dans la salle de repos).

Descriptif d'un parcours du parvis à une chambre dans la tour au 14e étage

Nous percevons une succession d'effets de « compression » et « expansion » avant de parvenir dans le service :

- **compression** en passant des bancs et des bacs paysagers à l'espace sous la marquise qui devance le bâtiment ;
- **compression** forte en passant par le tambour (effet de sas) ; le tambour est arrêté vers 20h ;
- **expansion** dans le hall, au temps de réverbération peu important en comparaison avec des espaces similaires comme le hall de gare. L'animation dans la journée est forte (forte présence vocale) ; on passe successivement devant l'Accueil général de l'hôpital, une cafétéria, une Maison de la presse, des bancs regroupés en plusieurs "U" ;
- **compression** dans les ascenseurs, récemment rénovés, où sont diffusées des annonces préenregistrées du numéro de l'étage, de l'ouverture et de la fermeture des portes, du sens de la marche, sans compter les sonals correspondants et la musique d'ambiance ; auto censure des conversations typique des ascenseurs collectifs ;
- **expansion** à l'arrivée dans le hall des ascenseurs, puis l'espace de distribution central de la tour (temps de **réverbération** important dans ces grands espaces vides) ;
- **compression** dans le couloir d'entrée de la gériatrie aiguë en passant par 2 séries de portes coupe-feu ouvertes (fermées seulement la nuit pour éviter les fugues nous dit-on ; en ce cas il y a un phénomène de sas acoustique) ; section des couloirs constante et basse (faux-plafonds) ;
- **émergences** vocales et techniques – dont le téléphone provenant du bloc central du service (Accueil et poste de soin) ; **irruption** de la sonnette signalant l'arrivée d'un pneumatique ;
- **bourdon** léger dans les couloirs qui sont discrètement ventilés ;
- **bourdon** notable au-dessus de la porte d'entrée de chaque chambre où est installée une climatisation individuelle souvent bruyante ; l'interruption de la climatisation à 2 heures est repérée.

Un seul espace est plus vaste, à l'ouest du bâtiment, lieu en principe destiné aux repas, au séjour, aux activités et aux exercices (dans la réalité peu pratiqué).

Les chambres sont tournées vers l'extérieur de cet espace. Il n'y a pas de fenêtre ouvrable ni de faux-plafond. Chaque chambre est climatisée individuellement.

La salle de repos du personnel dispose d'un panneau vitré qui peut être ouvert : en ce cas, la forte rumeur du périphérique s'engouffre par la faille.

Equipements techniques audibles

La climatisation à l'entrée des bureaux et des chambres se fait entendre dès qu'on entre dans ces espaces. Les VMC sont quasiment inaudibles même sous les bouches (basses fréquences faibles).

On entend parfois le bullement de l 'oxygénothérapie.

La fréquence des signaux de téléphonie et d'intercommunication peut varier : appels téléphoniques à l'accueil et appels des patients répercutés au poste de soins. Le signal de l'arrivée d'un pneumatique est situé près de l'accueil.

On notera un téléviseur dans l'espace salon (son peu élevé en général, semble-t-il) et de rares téléviseurs dans les chambres (un téléviseur à un fort niveau sonore au moment de l'enquête).

2. PARCOURS SONORE DU PARVIS JUSQU'AU SERVICE

En gériatrie aiguë, 6 personnels sur les 7 interviewés (l'infirmière de nuit n'a pas quitté le service et nous a parlé des ambiances du parvis et du hall de mémoire) et 2 visiteuses ont effectué un « parcours commenté ». Le seul patient que nous avons pu rencontrer au moment de l'enquête était alité.

2.1. Mise à distance de l'environnement et projection fonctionnelle

Le parcours effectué présente une diversité d'ambiances qui se succèdent assez rapidement. Nos interlocuteurs n'ont pas le temps ou ne prennent pas le temps de s'attarder dans l'une ou l'autre. Nous pouvons nous interroger sur l'attractivité qu'exercent les espaces sonores concernés et sur l'espace-temps nécessaire à la transition entre l'accueil et les services. Nos interlocuteurs traversent en effet ces ambiances avec un détachement qui convient à l'expérience du parcours commenté mais sans abandonner vraiment l'objectif fonctionnel qui est le leur dans l'établissement – le parcours jusqu'aux pavillons en ce sens permettait ce que nous avons appelé une échappée.

Ce sont les bruits de conversation qui dominent sur **le parvis** ainsi que les bruits de pas, *les talons des dames*, dira une visiteuse. Il est vrai qu'il fait beau lors des parcours et, personnels, malades qui pour certains d'entre eux tirent le portique de leur perfusion, parlent, rient, se déplacent, rentrent ou sortent de l'hôpital. Le bruit des voitures (périphérique légèrement audible et visible) est mentionné par 2 personnes sur 8 tandis que l'animation de la dalle retient l'attention :

C'est plutôt sympathique. En plus il y a du soleil, donc ça aide. C'est plutôt une ambiance de jardin où il y a beaucoup de monde […] mais ici généralement, c'est calme. J'arrive ici vers 13h, de temps en temps, il y a des taxis qui montent, mais à part ça il n'y a pas grand-chose. (4)

L'une des visiteuses entend ses propres pas et, attentive au sol, remarque :

Mes propres pas, je les entends bien. Donc peut-être que c'est assez sonore, les petits pavés sont assez sonores. Sur le tapis [sous la marquise] on n'entend pas les pas. Par contre, quand on aborde la partie marbrée devant les tambours, ça résonne aussi. (V1)

Le roulement du tambour est perçu par quelques-uns ; il exerce en fait une **attraction**, rappelant le sens de la marche. Pour certains, on suppose que c'est l'annonce du passage dans l'hôpital qui favorise la perception sonore :

J'entends les portes coulissantes, tournantes, au fond. Là on commence à changer, à rentrer vraiment dans le monde de l'hôpital, c'est vraiment marqué par les portes qui tournent. (2)

Le franchissement des tambours est peu commenté, nos interlocuteurs **anticipant** leur entrée dans le hall. *Un brouhaha* caractérise **le hall** qui n'est pas pour autant très bruyant, diront plusieurs personnes. Les conversations qui restent inintelligibles, les bruits qui proviennent de la cafétéria, les talons qui sonnent moins qu'à l'extérieur selon l'une des 2 visiteuses, les annonces des ascenseurs audibles lorsqu'on s'en approche, créent une ambiance de *hall de gare* (4 personnes) jugée *assourdissante* par certains. L'espace et la présence du public qui n'est pas concentré (sauf devant les ascenseurs) contribuent davantage à cette association que la réverbération – qui accompagne en général la représentation sonore du hall de gare. En effet, nos interlocuteurs ne mettent pas en cause directement la réverbération, et en ce sens confirme notre appréciation – voir descriptif –, tandis que, nous l'avons vu, nos interlocuteurs des pavillons remarquaient tous et à juste titre que *ça résonnait dans le hall*.

Ça peut évoquer un hall de gare, tout simplement, parce que c'est grand, il y a des espaces assez importants. C'est vrai que les bruits ne se concentrent pas, se dispersent un petit peu. J'ai l'impression que c'est un peu comme s'ils voletaient. Oui, ça peut être tout à fait une gare. (V1)

Là on n'entend plus tellement les gens qui parlent, mais il y a une sonorité particulière, les sons en permanence, les bruits ® On entend les gens qui marchent, les appareils, c'est un bruit non identifié, un brouhaha permanent. [Associations ?] Ça fait hall de gare. C'est assourdissant ici, ce n'est pas agréable. (1)

Les personnels ont tendance à comparer l'ambiance qu'ils rencontrent en entrant avec celle qu'ils connaissent lorsqu'ils arrivent ou quittent le travail. Pour les soignants de l'équipe de l'après-midi, le hall est plus animé que le parvis avec les visiteurs et la file d'attente à la cafétéria, tandis que pour l'infirmière de nuit, *c'est relativement calme, silencieux, enfin normalement plus calme qu'à l'extérieur (6)*. D'ailleurs, elle voit dans ce calme un indice de son entrée dans l'hôpital.

Nous attendons en général **l'ascenseur**, ce qui est une des caractéristiques de la montée dans les étages, nous dit-on. Pourtant, les ascenseurs ont été refaits récemment et leur fréquence a augmenté, précisent certains de nos interlocuteurs. La nouveauté largement commentée est, suite au signal sonore qui annonce l'arrêt de l'ascenseur, l'introduction de la musique et de messages à chaque étage indiquant : l'ouverture des portes, l'étage, la fermeture des portes, et la direction – « sens montée ou descente ». La musique est appréciée, détend ; en revanche, les annonces répétitives peuvent agacer. Leur utilité pour les malvoyants qui permet de les accepter est toujours mentionnée (personnels et visiteurs) mais parfois discutée :

Là on prend l'ascenseur, qui est lui-même bruyant puisqu'il y a la musique et les paroles de l'hôtesse. Mais c'est bien pratique pour les gens qui ne savent pas trop se servir de notre ascenseur. ® Nous, personnels, ça ne nous sert pas tellement, on est

tellement habitués à naviguer […] « Ouverture » et « fermeture des portes », je me demande si c'est bien utile (3)

La voix entendue est jugée par certains *trop forte* et *métallique*. Son statut est ambigu ; synthétique et désincarnée, elle peut être attribuée, par défaut, à une hôtesse (citation précédente) ; de toute façon, elle échappe aux relations interpersonnelles et on ne peut que la subir. D'une certaine manière, elle relève d'une entité abstraite et puissante, inatteignable : une des visiteuses se demande d'ailleurs *comment la voix sait que la cabine est disponible* ; *est-ce qu'il n'y a pas une petite caméra (V1)*? Dans le prolongement de cette question, nous relevons le « *ils* » dans la citation suivante, sujet capable de choisir des musiques douces et implicitement de produire des annonces impersonnelles :

*La musique j'aime bien, mais alors la voix pas du tout ! [rire], ça me stresse déjà, déjà rien que l'entendre ça ne me plaît pas. La musique au contraire j'aime bien, c'est une petite note, en plus c'est des musiques relativement douces et calmes qu'**ils** nous passent, donc c'est plutôt sympa. Je trouve que la voix elle tranche complètement, c'est une voix qui est quand même relativement aiguë, qui fait plutôt informatisée, enfin quelque chose de froid, ça fait vraiment très froid. (6)*

L'arrivée au 14e est saluée par nos interlocuteurs sur un mode exclamatif exprimant le soulagement. En outre, c'est le visuel qui l'emporte puisqu'en sortant de l'ascenseur, les grandes baies vitrées donnent à voir Paris vers le sud (Tour Eiffel).

J'ai toujours eu l'impression de calme par contre [par rapport à ce qui précède] quand j'arrive ici, le 14e, c'est souvent calme quand on arrive. Ici, ce n'est pas les sons, mais on a une vue géniale sur Paris, qui est drôlement agréable. (2)

C'est superbe comme vue. Paris est toujours agréable à voir, la Tour Eiffel, le Sacré-Cœur, automatiquement on regarde. (V2)

Quant au hall qui précède le service, lors des parcours, il est calme également. On nous signale qu'il peut être *agité*, parce que les brancards et chariots arrivent là (autre bloc ascenseurs). C'est donc une alternance d'ambiances plus ou moins animées et bruyantes que nous rencontrons, celle de l'ascenseur apparaissant comme la plus éprouvante. Le hall du 14e marque par son calme, voire son silence, le terme du parcours et l'arrivée dans le monde hospitalier médical.

Le **sas** qui sépare l'unité de gériatrie aiguë du hall du 14e, ouvert dans la journée, n'est pas mentionné dans le parcours ; à l'exception d'un interlocuteur qui indique l'action de rentrer dans le service, les autres évoquent déjà l'intérieur du service. Le cadre infirmier et les infirmiers relèvent le bruit habituel de la sonnette et des conversations et ont tendance à occulter le calme ponctuel du service au moment de l'entretien :

Et puis, à l'intérieur du service, eh bien ça va recommencer. Tout le monde vaque à ses occupations, tout le monde a quelque chose à dire. Il y a une sonnette à laquelle personne ne répond ! (3)

L'infirmière de nuit s'attend également à entendre les bruits de téléphone, de sonnettes, même si *c'est beaucoup plus silencieux que dans la journée*. Les autres membres du personnel n'opèrent pas cette projection dans l'activité et évoquent une atmosphère sonore souvent calme, même si cela dépend des jours. Les 2 visiteuses (parcours en milieu d'après-midi) diront également que le service est calme, voire assez silencieux.

2.2. Visiteurs et patients en attente

Les personnels et les 2 visiteuses que nous avons interviewés ne fréquentent ni le parvis ni le hall. Les uns sont accaparés par leur travail et les autres vont voir des patients qui ne peuvent quitter leur chambre. Ils reconnaissent que l'animation du parvis est agréable lorsqu'il fait beau ; celle du hall ne les attire pas et aucun ne souhaite s'y attarder. C'est une sociabilité propre à ces espaces semi-publics qui est évoquée par nos interlocuteurs : les conversations constituent la dominante sonore des ambiances qu'ils décrivent et qu'ils traversent.

Un personnel transversal (travaille dans la tour et dans les pavillons) parlera cependant d'activités exceptionnelles : sur le parvis, une animation musicale – un quatuor l'été dernier sous l'auvent devant la tour – et les réunions pour le départ des manifestations en cas de grève ; dans le hall, en l'absence de salle, les Assemblées Générales, *sans mégaphone, sans rien, à la force de la voix, et c'est assez pénible*, dit-il.

Enfin, on retiendra le commentaire de ce même personnel qui emprunte parfois l'escalier pour éviter l'ascenseur ; il y dénonce une sociabilité bruyante qu'il juge socialement exhibitionniste :

Je trouve qu'on est très agressés dans les ascenseurs. ® L'intensité, les gens qui parlent fort ® Pas tellement ce que les gens racontent, mais la façon dont ils le racontent. C'est souvent assez fort. Et les médecins parlent entre eux, les trucs parlent entre eux, on voit les castes dans les ascenseurs hein. Ce n'est pas ce que je préfère. (3 enquête pavillons)

2.3. Abandon de la ville vers l'univers construit de l'IGH

Le parvis : continuité sonore avec la ville

Ceux qui arrivent de l'extérieur quittent l'avenue de la porte de Saint-Ouen, bruyante, pour s'engager dans l'impasse, large et plus tranquille, qui mène à l'entrée de l'hôpital et à un petit jardin public [entrée discrète sur la gauche]. Comme le rappelle une visiteuse :

L'hôpital Bichat est un peu excentré par rapport à la rue, donc il n'y a pas de rupture brutale […] les bruits s'éteignent petit à petit, au fur et à mesure que l'on monte la pente où il y a les fleurs. C'est relativement silencieux lorsqu'on est sur le parvis.(V2)

Le parvis constitue alors la dernière frange urbaine, protégée et agréable, puisque nous avons franchi l'entrée et que nous rencontrons un espace qui par beau temps offre une *ambiance de jardin où il y a beaucoup de monde (4)*. Le périphérique n'est pas mentionné sinon par un personnel transversal qui l'estime peu bruyant – *on ne l'entend pas tant que ça*, dit-il. Ce sont les sons humains qui sont privilégiés. Rappelons que plusieurs soignants des pavillons signalaient le bruit des voitures dont celui du périphérique. Le parcours effectué pour démarrer l'entretien – des pavillons au parvis pour nos interlocuteurs des SLD et SSR, du 14e étage de la tour au parvis pour ceux du service de gériatrie aiguë – peut rendre compte de cette distinction dans la perception des espaces extérieurs : les uns, après le calme du cheminement, entendent les voitures, les autres, après la traversée du hall, sont d'abord immergés dans l'animation du parvis. Mais, même si le bruit des voitures n'est jamais explicitement mentionné, on peut dire que pour les personnes interviewées, le parvis annonce la tour et constitue une transition entre l'extérieur, les bruits de la ville qu'on laisse progressivement, et l'intérieur qui signifie ici entrée dans un univers clos et climatisé [n'oublions pas qu'une marquise recouvre partiellement la dalle]. Certains évoquent la rapidité du passage vers l'entrée de l'hôpital et, avec regret, d'autres entrées hospitalières où on peut entendre les oiseaux :

J'étais à la Salpêtrière où, quand on rentre, c'est des grands jardins, des petits pavillons, c'est beaucoup plus vivant, il y a beaucoup de pelouses où il y a des gens qui sont allongés, il y a des parties de boules, des choses comme ça, ça fait beaucoup moins « soins » au premier abord que quand on rentre [ici]. Mais c'est très très espacé, donc on entend les oiseaux, il y a des arbres. Ici je ne suis pas sûr d'avoir entendu les oiseaux une fois ! Et puis, comme il y a des espaces, les gens sont beaucoup plus écartés les uns des autres, donc les bruits sont beaucoup moins rapprochés. Alors qu'ici on sait vraiment qu'on rentre dans un hôpital. 4

J'étais à la Salpêtrière, je trouve ça quand même plus agréable. Ici il n'y a pas de verdure du tout, c'est vraiment quelques pots de fleurs, un peu de pelouse… ! (1)

<u>Le hall : entrée dans un univers clos</u>

En entrant dans le hall, personne spontanément n'évoque une ambiance hospitalière, à l'exception de l'infirmière de nuit qui déclare : *on sent qu'on rentre dans un hôpital, enfin dans un endroit assez calme*. L'indice est à peine suffisant et renvoie à une représentation classique de l'hôpital = silence. L'une des visiteuses, sur relance, notera qu'il n'y a pas d'odeur particulière dans le hall. Nous l'avons vu, l'Accueil de la tour est associé à un hall de gare.

Mais, contrairement au parvis où se rencontre une ambiance conviviale, *le hall d'entrée est plus fonctionnel*, *les conversations y sont plus fonctionnelles, moins agréables (4)*. La question de savoir s'il fait ou non hôpital n'est pas posée. Pourtant, chacun sait qu'il est à l'hôpital parce que les objectifs qui mènent dans la tour sont fonctionnels. *On rentre pour travailler, en gros c'est ça (3),* déclare un soignant. La publicité du lieu a ici pour corollaire son impersonnalité – *grands espaces, architecture métallique des années 70 (2)*. Les ascenseurs bruyants et peu agréables confirment l'entrée dans un monde fermé qui trouve sa raison d'être lorsqu'on parvient à l'étage désiré.

2.4. À la recherche de transition

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- animée et conviviale : ambiance de « jardin public » avec dominante des sons de conversation
- ambiance « hall de gare » : volume, présence dispersée du public et réverbération qui apparaît relativement faible dans ce type d'espace

Perception – appréciation

- parvis agréable
- processus de mise à distance d'un environnement peu attractif (hall)
- l'IGH n'est pas compensé par un espace « naturel », un parc

Sociabilité

- convivialité sur le parvis
- publicité impersonnelle dans le hall

Rapport à l'environnement

- du parvis vers les étages : traverser sans possibilité de s'attarder – à l'extérieur, parvis agréable mais réduit et à l'intérieur, dans le hall, sentiment de dispersion, absence d'« offrande »
- fixation sur l'objectif poursuivi : rejoindre son travail, rendre visite à un patient ou se faire hospitalisé

Enjeux

Importance des espaces extérieurs

Le parvis apparaît trop étroit pour favoriser « l'oubli », la distraction, du milieu fermé dans lequel chacun évolue diversement selon le rôle qu'il y tient et pour permettre aux patients, visiteurs, personnels, de sortir, de « changer d'air » et de séjourner dans un cadre agréable à différents points de vue dans le cas de la tour : phonique mais aussi aéraulique. L'idée de « jardin public », d'espace protégé, peut être développée diversement en fonction des dimensions rencontrées dans les lieux hospitaliers.

Le hall : entre extérieur et intérieur

L'IGH renforce la coupure entre le monde de la ville et l'hôpital. S'il apparaît que c'est au niveau des ascenseurs [espace aveugle] que chacun pénètre vraiment dans la tour, une fois les tambours franchis, on se trouve déjà dans un autre univers sonore. Comment éviter l'effet hall de gare dans un lieu où les relations à l'autre ne sont pas celles d'un hall de gare ? Ces questions rejoignent les objectifs de l'Assistance Publique qui cherche à humaniser les espaces de référence négative (dont les halls) dans les hôpitaux. Les activités – boutiques et cafétéria – ont un rôle à jouer. L'une des patientes des pavillons disait d'ailleurs aimer venir ici à la cafétéria, pour voir du monde et retrouver le mouvement de la ville. Tous les facteurs d'ambiance sont ici convoqués pour concevoir un espace pour le public : comment éviter le sentiment de dispersion et l'impersonnalité propre à cet espace ?

Deux orientations sont possibles :

- soit éviter une coupure sonore aussi nette entre l'extérieur et l'intérieur
- soit revendiquer la coupure et créer un dispositif architectural original, attractif, susceptible d'ambiances diversifiées

Alléger l'ambiance sonore des ascenseurs

Dans l'ascenseur, les annonces des étages sont quasiment incessantes. Une partie des messages ne pourrait-elle être supprimée ?

3. APRÈS-MIDI

3.1. Une perception liée à l'activité

Lors de l'enquête, les soignants, en arrivant à l'Accueil de la gériatrie aiguë, perçoivent d'abord le service en se projetant dans l'activité ; ils ont tendance à repérer et à énumérer les signes sonores de l'activité – sonnettes, téléphone, conversations, etc. En dépit de ces sources sonores, ils notent le **calme ambiant** et s'en étonnent avant de rappeler que la veille plusieurs entrées avaient créé du mouvement. Les autres interlocuteurs – médecins, visiteuses – évoquent d'emblée ce calme. Il es un point sur lequel tous s'accordent dans leur appréciation sonore : ce sont **les cris** qui menacent l'ambiance du service. La semaine précédant l'enquête, *une patiente criait beaucoup et tout le service était excédé (2)*.

[L'ambiance sonore] dépend du monde qu'il y a dans le service, du personnel, des malades, il y en a qui sont angoissés, qui appellent pour ci pour ça. Là en ce moment c'est un peu calme. ® Ça dépend des patients (5)

Tout est calme, je ne peux pas dire autre chose. On entend évidemment le son des appareils [sonnettes], mais ça c'est normal. (V2)

La **surveillance sonore** passe par la signalétique et par les cris et les appels. Les dimensions du service de gériatrie aiguë et l'ouverture des portes de chambre évitent la crainte de ne pas entendre une chute, un appel… On peut supposer qu'enveloppés dans l'ambiance sonore de l'activité, les personnels exercent en même temps une relative **hyperacousie** sur le reste du service, en tout cas sur l'espace sonore perceptible.

Dans ce service dont les chambres bordent deux couloirs séparés par un bloc central – voir descriptif –, les ambiances sonores sont moins centralisées que dans les unités où les espaces collectifs sont fortement investis. Au niveau de l'Accueil qui ouvre sur le poste de soin et se trouve face aux bureaux des médecins et de la surveillante, les conversations sont parfois plurielles. Cette **dominante vocale relativement localisée** est bruyante, en début d'après-midi, au moment des transmissions. En cours d'après-midi, elle anime l'entrée sans ostentation : *Là, c'est des conciliabules apparemment de personnel hospitalier […] on ne distingue pas ce qu'ils disent, on saisit un mot par ci par là. (V1)*. Les émergences des **diverses sonneries** – sonnettes, pneumatique, téléphone, parfois bip – sont fréquentes, aléatoires, mais peuvent se faire plus rares au cours de l'après-midi. Le **pneumatique,** bien distinct **des sonnettes,** n'est audible qu'à proximité de l'Accueil, nous dit-on. **Les bips** dont peu de personnes disposent (chef de clinique, cadre de proximité, psychologues) *ont des sons agréables, ce sont des petites musiques, ce n'est pas un bruit de bip*, commente l'interne. Le chef de clinique qui en a un supporte, quant à elle, difficilement la *surutilisation* de cet objet. De toute façon, la signalétique est inhérente au service hospitalier et en ce sens ne gêne pas vraiment sauf

si les sonneries durent longtemps. Leur fréquence risque cependant de provoquer une illusion sonore de sonnerie, un acouphène ponctuel.

Une visiteuse remarque qu'*avec le sol, on n'entend pas le bruit des infirmières qui circulent, ça compte beaucoup,* ajoute-t-elle, *je me souviens avoir entendu ça dans une clinique, où elles avaient des « tangs » en bois ou autre, alors là on entend le bruit, c'est vraiment désagréable (V2).*

Au-delà de l'Accueil, le drône du périphérique, contrairement à toute attente dans ce milieu clos, est perceptible dans le couloir et s'intensifie dans la salle de repos où la fenêtre est entrouverte. Les personnels reconnaissent l'intensité sonore de ce bruit de fond mais ils ne se disent pas pour autant gênés, ayant choisi d'ouvrir pour évacuer plus rapidement la fumée de cigarette. En poursuivant notre parcours dans le couloir, c'est **un son de téléviseur** d'un niveau plus ou moins élevé en provenance d'une chambre qui peut se faire entendre sans toutefois contrarier complètement le calme perçu en entrant – ce bruit familier en fait partie. Toutefois, les soignants signalent que les patients manipulent souvent avec difficulté la télécommande et parfois, *on a des télés qui hurlent à tue-tête (3)*. Ce sont les médecins qui disent être gênés lors de leur visite – le matin en général – si les téléviseurs ou postes de radios marchent. Le poste du « salon », seule source sonore évidente dans cet espace, fait l'objet des commentaires : souvent allumé le matin et en permanence l'après-midi et le soir jusqu'à 20h - 20h30, il fonctionne parfois sans que personne ne le regarde. Le volume varie selon les moments, sachant que les personnels peuvent le baisser et des patients l'augmenter ; le plus désagréable étant *la cacophonie (1)* engendrée par le mélange des sons des téléviseurs du salon et de chambres ouvertes donnant sur cet espace. Inversement, il arrive que des patients ne supportent pas le téléviseur du salon.

Enfin, il est un bruit caractéristique de la tour : celui de **la climatisation**. Deux personnes sur six, dont l'infirmière de nuit – voir ci-après « endormissement » – le mentionnent spontanément. Il faut savoir que les entretiens, après le parcours, se terminaient dans un petit bureau (à l'exception de l'entretien de nuit) où la climatisation est audible (comme dans les chambres) tandis qu'elle est imperceptible dans le couloir. Ce qui témoigne de l'habituation, dans la journée, à ce bourdon qui, lorsqu'on en prend conscience *n'est pas forcément très agréable en fait à la limite (1)* et qui, par ailleurs, peut présenter une certaine variabilité selon un soignant.

Et puis on a le bruit permanent de la climatisation qu'on entend là [dans un bureau]. Je m'y suis habituée ® dans le couloir on ne l'entend pas ; je suis plus souvent dans le couloir que dans les chambres, c'est peut-être pour ça que ça me gêne moins. (2)

Elle s'entend dans cette pièce-là, et elle s'entend quand elle est mal réglée, quand on a des problèmes de fuites. Sinon je n'y fais plus attention, ce n'est vraiment pas du tout un bruit qui [me dérange]. Pourtant là je l'entends, parce que je pense qu'elle est réglée fort. Autant dans les chambres, les portes sont ouvertes généralement quand on y est,

donc on l'entend moins. Les seuls moments où je l'entends, c'est quand on a des problèmes de condensation et qu'il y a des gouttes, là ça fait du bruit. Ça peut arriver. (4)

Quant aux patients, se plaignent-ils de leur environnement sonore ? Comme dans tout service hospitalier, ils sont gênés par un téléviseur trop fort mais surtout par les cris de leurs voisins. *Par rapport à notre patient que se plaignait – semaine précédente –, ils étaient franchement embêtés, ils nous demandaient « mais qu'est-ce qui se passe ? », « pourquoi il crie ? », il y en a qui ferment la porte (2)*. Ils seraient, nous dit-on, très peu nombreux à mentionner la climatisation.

Le seul patient que nous avons pu interviewer dans ce service ne se plaint pas de l'environnement sonore ; il confirme le calme ambiant que nous avons rencontré pendant la période d'enquête : *il n'y a pas tellement d'activités dans la journée, voyez comme c'est calme,* dit-il. Il remarquera cependant, sur une relance relative aux sons des personnels dans le couloir : *on croirait qu'ils s'entraînent pour un véritable marathon, ils sont toujours en train de marcher, de courir* – sa chambre se trouve face à l'une des ouvertures du poste de soins.

3.2. La production sonore d'un service médicalisé

Les ambiances sonores relevées au long du parcours définissent un service en activités, même l'après-midi. Globalement, on parle, ça sonne, des patients crient, des portes claquent, des bruits techniques liés aux soins font irruption et la climatisation s'entend si l'on y prête attention ; le bruit du périphérique vient rappeler le monde extérieur qui n'existe que visuellement – l'ouest de Paris et la Tour Eiffel depuis l'extrémité du service dans le salon.

Il y a toujours un va-et-vient un peu permanent de personnes, on ne travaille pas isolément comme dans un bureau. Il y a forcément déjà des échanges ou des conversations qui vont rythmer toute la journée, sur lesquels peuvent se greffer tout ce qui est douleur, cris – ce n'est pas forcément les bruits les plus agréables. Ce n'est pas tout le temps, là par exemple, il n'y a pas du tout ce genre de bruit. Il peut y avoir éventuellement des bruits de machines, des bruits sonores, un peu d'alerte, des perfusions terminées, des choses comme ça, les sonnettes aussi qui sonnent. C'est à peu près tout. Et puis on a le bruit permanent de la climatisation qu'on entend là [dans un bureau], qui n'est pas forcément très agréable en fait à la limite. (1)

On retiendra les remarques d'un soignant au sujet des portes, non des chambres, mais des bureaux et des réserves : *les portes claquent, se referment, ça on l'entend beaucoup, beaucoup ® Elles sont toutes équipées d'un ressort, donc elles reviennent et ça fait du bruit, on entend la porte qui se ferme, ce n'est pas la porte qui claque […] Et parfois en une minute on peut avoir 15 portes qui se referment (4)*. On notera également que les portes des chambres, très lourdes et munies de ce système, sont maintenues ouvertes par des cales qui lorsqu'elles s'avèrent inefficaces sont remplacées par des chaises.

Nous venons de voir que **la production sonore utile à la surveillance des patients** est d'ordre technique et vocale. Le poste de soin étant ouvert, les sonnettes se font entendre dans le couloir et sont associées à un signal lumineux au-dessus des portes, comme dans les unités de SSR et SLD d'ailleurs.

Nos interlocuteurs ont conscience de **parler fort** dans l'ensemble aux personnes âgées ; ils évaluent avec indulgence ce mode vocal qui risque de devenir un automatisme, disent-ils, et qui parfois les fait sourire lorsqu'ils s'entendent. Ils se montrent moins indulgents lorsqu'ils évoquent leur manière de s'interpeller d'un bout du couloir à l'autre. Mais, la convivialité du service, son échelle, favorisent certainement des pratiques sonores qu'il est difficile de maîtriser.

La particularité de la **gestion des téléviseurs** dans ce service tient au besoin de l'éteindre ou d'en baisser le volume lors d'une consultation ou d'un soin important. Sinon, comme dans les autres services, c'est au cas par cas que se règlent les problèmes relatifs au niveau sonore. Quant au téléviseur du salon, là aussi, les pratiques diffèrent mais aboutissent dans l'ensemble à laisser le poste allumé.

Enfin, nous apprenons que le service dispose d'un **poste radio-cassette** ; mais son utilisation est rare : de temps à autre dans le salon ou dans la salle de repos. Nos interlocuteurs n'évoquent pas le besoin de musique et craignent que dans le salon le niveau sonore d'un fond musical ne convienne jamais à tous. Ce que confirme d'ailleurs une visiteuse qui se projette du point de vue sonore dans l'hôpital : *il faudrait séparer des salles, une pour des gens qui veulent vraiment être au calme, recevoir leurs amis, pouvoir parler, sans musique, sans rien ; et puis mettre un petit salon avec une télé pour ceux qui aiment, mais il ne faudrait pas que ce soit les deux salles mélangées, parce qu'on est obligés de subir ce bruit (V2).*

3.3. Des échanges autour des soins

La sociabilité en gériatrie aiguë est celle d'un service hospitalier où la plupart des patients restent en chambre ; *généralement ils arrivent soit pour des bilans et là, ça va , soit ils arrivent quand même dans des conditions qui ne sont pas bonnes, donc c'est vraiment du soin invasif, on fait vraiment beaucoup de soins rapprochés (4).* Des patients sont dans l'échange, d'autres, mutiques, ne parlent qu'au bout d'une semaine… Le cadre de proximité estime que les patients, souvent seuls chez eux, aiment l'animation du service, l'activité qu'ils perçoivent dans le couloir ; les portes maintenues ouvertes ne répondent pas au seul désir de surveillance des soignants. La cohabitation en chambre double est plus ou moins bien supportée. Dans ce service de court séjour destiné aux soins, l'animation n'est pas une priorité, d'autant qu'il y a pénurie de personnels – plusieurs soulignent ce critère. Repas de fête, et parfois le week-end, soins des mains, shampoings, brushings, constituent les animations exceptionnelles et ordinaires.

Pourtant, nos interlocuteurs manifestent une volonté de réunir les personnes âgées, de les mettre en situation d'échange. Ils ont tendance à idéaliser à la fois le potentiel de convivialité des patients et l'attrait que peut exercer l'espace salon et salle à manger – dont l'existence, dans ce cadre hospitalier, témoigne d'un réel souci de sociabilité tourné vers les patients et les visiteurs – dans lequel ils conduisent les plus valides pour les repas ou pour regarder de temps à autre la télévision.

« On les met » entre guillemets devant la télé pour qu'ils puissent être un petit peu ensemble et qu'ils puissent faire autre chose que d'être tout seuls dans leur chambre. C'est vrai que cette pièce est très conviviale. (2)

Même si, dans le salon qui manque un peu d'intimité, selon une visiteuse, le téléviseur allumé, *ça fait une petite ambiance sonore, c'est un petit peu comme chez soi (V1),* nous avons pu observer un effet de **décontextualisation** – vide vocal des patients, téléviseur qui marche pour rien – qui traduit la difficulté à mettre en pratique cette volonté des soignants. **La diffusion ponctuelle de musique** pour animer cet espace n'est pas à l'ordre du jour – nous avons vu que le combiné radio-cassette était peu utilisé et qu'il n'était pas envisagé dans l'immédiat d'y recourir davantage – est évoquée par très peu de nos interlocuteurs C'est une visiteuse qui développe cet aspect :

Il pourrait y avoir une après-midi par semaine où on pourrait faire entendre aux personnes âgées par exemple des chansons qui évoquent leur jeunesse, ça leur plaît toujours, pourquoi pas. Au contraire, je pense que ça pourrait leur stimuler la mémoire… (V1)

Il est important d'ajouter que les **relations entre personnels**, peut-être un peu sonores parfois, sont plutôt cordiales : *Je crois que c'est un des seuls services dans lesquels je n'ai pas rencontré de difficulté inter-équipe, je trouve que ça aide beaucoup (3)*. Les petites fêtes qui se déroulent dans la salle de repos laissent entendre *des rires, des éclats de rire, et ça c'est agréable*.

3.4. Un service agréable dans un environnement « impersonnel »

Une distinction émerge dans les propos des personnes interviewées : le service de gériatrie aiguë est plus calme que les autres services de la tour, c'est-à-dire moins bruyant et moins agité même s'il s'apparente à *une ruche* le matin. Par définition même, il est destiné aux soins, mais il échappe à la comparaison de Bichat avec une « usine ». Plusieurs de nos interlocuteurs évoquent les unités de SLD et SSR et ne peuvent s'imaginer y travailler ; ils préfèrent une activité diversifiée et tournée vers les soins – une infirmière a retenu d'un passage en SLD que les personnels débordés avaient une activité essentielle, les changes. *C'est un service où on se sent bien*, dira l'interne, exprimant sans doute un sentiment partagé.

Les autres facteurs d'ambiance, en particulier le fait de travailler dans un monde clos et climatisé, sont laissés au second plan, après l'activité, dans l'appréciation. Nous avons

vu que nos interlocuteurs se sont habitués au bourdon de la climatisation ; certains critiquent le facteur thermique ; *il fait trop chaud* par exemple au moment de l'enquête, disent-ils. Pour les patients, c'est le facteur aéraulique le plus important, semble-t-il ; ils regrettent de ne pouvoir *ouvrir les fenêtres pour avoir un peu d'air, un petit peu une sensation de vie (4)*. En outre, selon certains on retrouve dans le service le côté impersonnel du hall : *couleurs, la couleur des portes par exemple, c'est le sol, c'est le plafond avec des dalles comme ça (V1)* ; *les chambres manquent de décor, de personnalisation… (4)*. La dynamique obligée mais chaleureuse des personnels compense ces aspects environnementaux qui, de toute façon, pour nos interlocuteurs, et surtout les personnels, restent secondaires dans le contexte actuel de la Santé publique.

3.5. Vers une convivialité partagée – ambiances musicales

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- calme – émergences vocales et techniques à l'Accueil et quelques sources sonores audibles et atténuées, le long du parcours dans le service, en provenance du poste de soins, des chambres, de la salle de repos, du salon
- plus ou moins agitée – mouvement dans les couloirs

Perception – appréciation

- service perçu comme sonore par les soignants – projection dans l'activité
- tendance à l'hyperacousie (portes des chambres ouvertes)
- cris des patients « lancinants » parfois, pour tous
- gommage du bourdon de la climatisation

Production – gestion

- répondre aux divers signaux sonores
- baisser le volume des téléviseurs ou les éteindre – conditions d'exercice de l'activité médicale
- ouverture des portes de chambres : une pratique habituelle, considérée comme légitime pour la surveillance sonore
- tendance à parler fort reconnue et considérée avec une certaine indulgence

Sociabilité

- Convivialité qui passe par le sonore entre personnels
- Idéalisation du rôle du salon – salle à manger
- Pour les patients, échanges plus ou moins réussis dans les chambres à deux
- Pour quelques patients, fréquentation du salon (repas, télévision, visites)

Rapport à l'environnement

- actif, tonique
- contrôlé
- limité pour les patients

Enjeux

Des intermèdes musicaux

Dans un service médicalisé, ce sont les soins qui requièrent toute l'attention et, dans cette période de pénurie de personnels, une pression pèse sur le déroulement de l'activité. Toutefois, il serait peut-être agréable pour tous de prévoir ponctuellement, comme le suggérait une visiteuse, une plage musicale destinée aux personnes âgées. Cela suppose certes un peu de temps mais également une reconnaissance par les personnels de l'intérêt de ce qui apparaît secondaire.

5. ENDORMISSEMENT

Pour rédiger cette partie, nous disposons de quelques commentaires de la part de personnels de jour et d'un entretien auprès d'une infirmière de nuit. Nous nous attacherons ici aux spécificités du service.

5.1. Calme avec « bourdon »

Lorsque l'équipe de l'après-midi quitte le service, *les gens commencent à dormir*. L'équipe de nuit à son arrivée rencontre ses collègues pour les transmissions, peut entendre *des sonnettes, des cris, la télévision quand elle est allumée*. Lors de l'entretien avec l'infirmière, vers 23h30 après le tour des chambres, notre interlocutrice parle du **calme** qui s'instaure normalement et qu'elle peut percevoir après cette première activité de la nuit. Spontanément, elle évoque alors le bruit de la ventilation et de la climatisation dont elle ne connaît pas précisément la localisation respective :

Les seules choses vraiment qu'on peut entendre quand c'est très calme comme ça, eh bien c'est tous ces petits bruits qu'on entend, la ventilation, la climatisation. Il y a la ventilation qui doit être par là [les bouches]. Dans chaque chambre, il y en a. Et les clim, je ne sais pas trop où elles sont par contre en revanche. (6)

Concernant ce petit bruit que le calme permet de détecter, elle reconnaît que dans une chambre, porte fermée, on l'entend bien. Elle ajoute cependant, comme ses collègues de jour, qu'elle n'y prête plus vraiment attention. Ce bourdon rassure sur le bon fonctionnement technique du système ; elle imagine d'ailleurs avec crainte ne plus l'entendre. Elle n'évoque pas pour autant l'interruption de 2 heures (entre 2h et 4h), ponctuelle semble-t-il, mentionnée par d'autres personnels.

La nuit elle s'arrête de temps en temps, à 2h du matin, ça se bloque, donc là il n'y a rien. Et parfois, je crois qu'on avait des histoires d'incendie, machin, ça se bloque aussi, et tout d'un coup ça tombe, et là parfois ça donne une, comment vous expliquer. Là, j'ai une impression d'être enfermée dans Bichat, que je n'ai pas quand j'entends ce bruit. Tout d'un coup, j'ai l'impression, POUF, il y a tout qui se ferme. Et là je n'aime pas ça du tout. (2)

Le calme ambiant assure également les **conditions d'écoute pour la nuit**. Cette infirmière nous dit s'installer dans la salle de repos où les sonnettes parviennent. Elle ferme la fenêtre pour éviter l'effet de masque du bruit du périphérique et peut ainsi exercer la surveillance sonore.

Elle parle de la **signalétique sonore** : sonnettes, au timbre aigu, pneumatique qui a *un autre son plus violent*, mais rare la nuit, téléphone, de manière exceptionnelle de la part de familles très inquiètes ou alors d'origine interne (coordination, urgences, collègues) ;

enfin, signalétique liée au médical qui peut être plus ou moins sonore selon les appareils en fonction (ainsi, à propos d'un saturomètre).

Il est très difficile de connaître **la perception des patients**. Ici, le patient interviewé ne signale pas de gêne particulière la nuit. Quant à une patiente interrogée par sa petite fille (visiteuse qui avait accepté l'interview), elle parle de *remue-ménage* mais n'a pu en dire plus.

5.2. Couloir et chambres potentiellement sonores en début de nuit

Comme dans les autres services, en début de nuit, la **gestion de l'intensité des téléviseurs** consiste à baisser le volume et à l'éteindre vers 1h du matin, à la fin des programmes, sachant que dans ce service, les patients qui disposent d'un poste sont plus nombreux qu'en SLD ou SSR. Si un patient refuse de diminuer le son, dans ce cas, nous dit l'infirmière, *on laisse le son élevé parce qu'on ne va pas non plus l'empêcher de regarder la télé et on ferme la porte momentanément, de celui qui regarde **et** de la patiente qui réclame (6).* La gestion passe finalement par **l'ouverture ou la fermeture des portes** lorsqu'il y a plainte.

Les portes ne sont pas toutes ouvertes, mais on les laisse régulièrement ouvertes comme on a des patients relativement agités dans l'ensemble, ou il y en a d'autres qui préfèrent ne pas avoir les portes fermées. Donc c'est vrai que la plupart du temps, pour pas mal de patients, on les laisse ouvertes, parce que quand on a des patients à surveiller… (6)

La gestion de l'éclairage du couloir accompagne ces pratiques : une lumière sur deux est allumée et la porte des toilettes est ouverte pour faire masque.

Quant au problème du bruit en provenance des couloirs – soignants avec leur chariot et propagation depuis d'autres chambres –, il est évoqué globalement par les cadres à propos des pratiques d'ouverture ou de fermeture des portes de chambres.

5.3. Isolement

Rappelons que les portes du sas sont fermées la nuit. L'infirmière et l'aide-soignante sont isolées par rapport aux autres services de la tour, dans une configuration spatiale de surveillance non pas centralisée comme dans les maisonnées de Bretonneau mais potentiellement contrôlable (échelle). Cet isolement diffère aussi de celui des soignants dans les pavillons : services de grande dimension et proximité des unités de même nature.

L'infirmière apprécie *l'espace repos qui casse un peu le climat hôpital* et en surévalue sans doute l'emploi dans la journée.

5.4. « Les petits bruits de la nuit »

Le calme ambiant ne s'apparente pas au silence ; il favorise l'émergence de multiples petits bruits, dont « la clim ». Ce bourdon dont on peut craindre l'arrêt associe

implicitement la tour à un organisme. Mais ce n'est pas cet aspect que met en avant notre interlocutrice à propos de l'ambiance du service : elle associe Bichat à une « usine », comme plusieurs de nos interlocuteurs soignants à Bichat ; et, ajoute-t-elle, la gériatrie serait épargnée (moins de rendement, moins de bruit, moins de passage…).

5.5. Question de la surveillance sonore

Fiche récapitulative

Ambiances sonores rencontrées

- calme avec en bruit de fond le bourdon de la ventilation et de la climatisation
- ponctuellement agitée

Perception – appréciation

- gommage relatif du bourdon dans le calme de la nuit
- surveillance sonore – portes ouvertes pour la plupart
- plaintes de patients – téléviseurs des autres chambres

Production – gestion

- négociation du volume des téléviseurs
- fermeture ponctuelle des portes en cas de plainte d'un patient
- effet psycho-moteur des émergences techniques, notamment celles liées au médical et des cris des patients

Sociabilité

- isolement

Rapport à l'environnement

- actif, fonctionnel

Enjeux

Nous retrouvons la question de l'ouverture des portes et de la surveillance sonore posées avec plus d'acuité dans ce service médicalisé.

LES ENJEUX PARADOXAUX DES AMBIANCES SONORES

1. L'HÔPITAL ET LA VILLE : SÉPARER – RELIER

1.1. Rapport à l'espace urbain

Les terrains que nous avons étudiés présentent deux types de rapport à l'espace urbain :

- Bretonneau : immédiat,
- Bichat : progressif.

Quel que soit le rapport spatial à la ville, le fait de rentrer dans l'enceinte de l'hôpital marque une rupture : on passe du milieu urbain au milieu hospitalier. Du point de vue sonore, qu'en est-il ?

À Bretonneau, la coupure sonore, concrétisée par le sas, n'est pas signalée en tant que telle, mais elle contribue au passage à un autre univers. On peut dire également que c'est le nouvel espace sonore, les ambiances du hall d'accueil, qui retiennent l'attention et engendrent instantanément l'oubli de la rue – ceci est confirmé lors de l'enquête : en dépit de l'ouverture exceptionnelle du sas pendant la période de chaleur, le bruit des voitures est gommé sitôt que nos interlocuteurs se trouvent dans le hall. Le bruit extérieur menace les chambres et les bureaux qui donnent sur la rue (isolation conséquente) ainsi que les cours intérieures ; il peut déranger l'activité de kinésithérapie dans la cour (bruit en provenance de la rue Joseph de Maistre) aménagée à cet effet pour l'hospitalisation de jour, mais, en revanche, il rappelle l'implantation de l'hôpital en ville lorsqu'on se trouve dans le jardin situé entre les bâtiments gériatriques récents et les bâtiments anciens de Bretonneau (bruit moindre en provenance de la rue Carpeaux) et en ce sens évite le repli de l'hôpital sur lui-même – la vue des immeubles y contribue également.

À Bichat, l'estompage du drône urbain au cours du cheminement vers les pavillons est apprécié. Le bruit de fond, remarqué lors du parcours focalisé sur le sonore mais

oublié au quotidien dans l'enceinte de l'hôpital, n'est pas dénoncé comme gênant. D'ailleurs, même occulté, il reste présent et témoigne de la proximité de la ville que les patients connaissent ; en revanche klaxons et sirènes peuvent en rappeler négativement l'existence. En rapport avec l'environnement, **l'écoute est plutôt orientée vers les sons de la nature** – oiseaux, vent dans les arbres. Ce terrain offre un **espace de transition qui a valeur d'espace de protection** entre la ville et les services hospitaliers. Du point de vue sonore, sans nier l'évidence de la ville puisque le son franchit les limites de l'hôpital, cet espace la tient à distance, sur le mode du jardin public.

L'aménagement de cet espace constitue un véritable enjeu : il s'agit d'offrir aux personnes âgées, aux personnels qui à l'heure du déjeuner aiment prendre l'air, aux visiteurs qui peuvent s'installer avec les patients à l'extérieur, un lieu où « la nature » devient sensible – visible, sonore, olfactive. Comment organiser la présence et la présentation de la nature ? La question est bien sûr à considérer dans chaque contexte – époque, bâti, rapport à la ville… De la conception d'espaces collectifs et conviviaux préservant en certains points l'intimité sonore – converser sans être forcément entendu de tous, ce qui pose un problème avec les personnes âgées souvent sourdes – à l'artificialisation sonore, les propositions qui relèvent de différents registres sont à associer. Quant à l'artificialisation, elle doit assurer, durablement, le renouvellement de la sensation ; nous pensons ici aux installations sonores telles que développées par exemple dans les jardins de la cité de la Villette à Paris qui mettent en jeu timbre, rythme, etc. Si on les fréquente quotidiennement font-elles partie d'un décor qui devient ennuyeux et qu'on finit par gommer ou déprécier parce que trop connu et répétitif ? Ou prend-on plaisir et choisit-on d'aller vers telle installation ? Il est des sons fondamentaux que chacun a rappelés lors des parcours : les oiseaux, le vent, et à Bretonneau l'eau de la fontaine – fontaine architecturée, cohérente dans le contexte, qui constitue un fond sonore reposant, stable, et contribue au masque des conversations, sans oublier la fraîcheur que l'eau apporte les jours d'été.

Signalons que ces espaces de transition qui ont vocation à donner une échappée à tous ceux qui fréquentent ces lieux, doivent intégrer des signes annonciateurs de l'hôpital, notamment la circulation intérieure. Même partiellement gommée par une écoute sélective, l'aménagement judicieux des « stations » de détente peut contribuer au confort et à la fantaisie sonores.

Quant au **parvis de la tour à Bichat**, animé lorsqu'il fait beau et chaud, il marque une **transition trop rapide entre la ville et la tour** ; et ce, d'autant que l'univers clos de cet immeuble de grande hauteur stimule l'envie de respirer. Un « morceau de nature » compenserait l'enfermement auquel sont soumis les patients et les personnels.

1.2. Rappeler la ville

Si marquer la coupure entre l'hôpital et la ville apparaît nécessaire, relier l'hôpital à la ville l'est tout autant. Le bruit de circulation prolonge l'espace urbain dans l'enceinte de l'hôpital, et les halls accueillent un public qui a pour point commun d'être concerné par

la situation hospitalière. Si les espaces extérieurs peuvent s'apparenter à des jardins publics, comment les halls d'accueil rattachent-ils l'hôpital à la ville ?

Publicité des halls d'accueil

Ouverture sur l'extérieur, passage obligé vers l'intérieur, les halls d'accueils jouent un rôle important dans les trois terrains. Espace public de transition, c'est bien le degré et les modalités de la publicité qui sont en question. Configuration spatiale, volume, aménagement, le rendent attractifs ou non ; du point de vue sonore, c'est un **effet de réverbération** plus ou moins important qui joue à cet égard – « brouhaha assourdissant » disaient nos interlocuteurs dans le hall de la tour, qu'ils associaient spontanément d'ailleurs à un hall de gare (dont la valeur paradigmatique est ici aussi confirmée en matière d'acoustique des espaces publics). Absence d'intelligibilité des conversations dans le hall de la tour, qu'on rencontre à un degré moindre dans le hall des pavillons, tandis qu'à Bretonneau, c'est plutôt une distinctibilité discrète sur fond sonore musical du « Petit Bretonneau » qui se manifeste : telles sont les caractéristiques sonores de la communication dans des espaces aux échelles et aux temps de réverbération différents. À quels types de publicité correspondent-elles ?

Si l'aspect positif de la réverbération peut être de préserver l'intimité de la conversation, c'est l'**anonymat et l'impersonnalité**, plutôt négatifs dans ce lieu d'accueil et accompagnés d'une menace de déréalisation, qui sont désignés pour qualifier la sociabilité à l'œuvre. Dans le hall des pavillons à Bichat et dans la Rue intérieure à Bretonneau, nous avons relevé une **publicité d'interconnaissance**[20] qui suppose dans ce milieu un potentiel de rencontres et d'échanges. Du point de vue sonore, ce type de publicité dispose à Bretonneau de conditions d'émergence plus favorables que dans le hall des pavillons : le grand espace de la Rue intérieure, d'une certaine manière, contient, préserve, ne disperse pas – ambiance feutrée, animée par le bruit des pas sur le parquet selon leur intensité. Nous y rencontrons cette qualité de **contenant** – concernant ici l'espace sonore – mise en avant par les musicothérapeutes. Parler dans un milieu modérément réverbérant ne contrarie pas le calme ambiant et peut induire un contrôle spontané de la voix ; il en va de même pour les pas et d'autres gestes sonores.

[20] Nous reprenons ici les distinctions établies par Sennett Richard, 1979, *Tyrannies de l'intimité*, Seuil, Paris.

Anonymat et impersonnalité d'un côté caractérisent l'expression sociale dans l'espace public tel qu'il s'est constitué historiquement ; et de l'autre, interconnaissance et transparence marquent « le déclin de l'homme public » à l'avènement de l'ère industrielle et le soumet aux « tyrannies de l'intimité ».

Il est intéressant de noter, pour affiner cette idée de publicité dans les halls d'accueil hospitaliers, les critiques que L. Quéré formule à l'encontre de cette terminologie - voir Quéré Louis, 1982, *Des miroirs équivoques, aux origines de la communication moderne,* Aubier Montaigne, Paris. La notion d'impersonnalité qui maintient « la théâtralité du jeu social » n'est pas le propre de l'anonymat mais se retrouve dans certaines sociétés locales où la publicité se développe sur le mode de l'interconnaissance ; en d'autres termes, chacun préserve certaines de ses particularités. À l'hôpital, il en va de même, la rencontre avec les autres n'oblige qu'à une « transparence de la présentation de soi ».

Du point de vue sonore, relier = rappeler

Le bruit des tasses de la cafétéria de la tour de Bichat et du Petit Bretonneau sont bienvenus : ils rappellent le café, l'ambiance bistrot à Bretonneau. Ce rappel, du point de vue sonore, nous semble intéressant : les sons ne transportent pas ailleurs dans le sens où ils n'engendrent pas la nostalgie d'être ici plutôt qu'ailleurs ; ils ont un pouvoir immédiat d'évocation et d'actualisation d'une situation agréable. Le sonore a, en comparaison avec le visuel, la possibilité d'échapper à la référence. Nous ne faisons pas « comme » en ville, nous entrons de plain-pied dans le sonore urbain, tout en étant à l'hôpital. Nous accordons au bruit des tasses une valeur de paradigme. C'est en ce sens que nous soulignions précédemment l'importance du sonore dans la Rue intérieure de l'hôpital Bretonneau où les boutiques et l'aménagement, dépourvus de cette dimension, risqueraient tout en étant très agréables de constituer un décor.

« Faire » ou « ne pas faire hôpital »

Qu'en est-il des expressions « faire hôpital » ou au contraire « ne pas faire hôpital » ? À quoi leur emploi fait-il référence ici ? Au cours des entretiens, ce sont les halls d'accueil qui ont suscité le recours aux représentations hospitalières[21]. En ce qui concerne Bretonneau, l'aménagement de la Rue intérieure et l'unité du concept qui y a présidé, la faible réverbération, le calme qui y règne souvent, la présentation de soi demandée à chacun (au moins la déclinaison de l'objectif de sa venue à l'hôpital), la publicité d'interconnaissance telle qu'elle s'y manifeste, contribuent à dire que « ça ne fait pas hôpital ». Dans le cas du hall des pavillons, l'interconnaissance tient à la configuration du bâtiment et au regroupement des services, mais son aménagement et sa réverbération en font aussi un espace public impersonnel ; il peut alors « faire » ou « ne pas faire hôpital » selon les interlocuteurs. Quant au hall de la tour, espace réverbérant, où les relations apparaissent fondées sur l'anonymat, aménagé sur le modèle d'autres halls jugés impersonnels, il répond à l'acquis perceptif dans ce domaine et échappe à cette qualification : il ne surprend personne en tant que hall d'hôpital.

2. LES SERVICES HOSPITALIERS : APAISER – ANIMER

2.1. Amplitude de la notion de calme

Lors des entretiens, plusieurs des personnes interviewées rencontrent **une ambiance calme** et s'en étonnent. Elles évoquent alors instantanément d'autres situations plus bruyantes comme les activités du matin (toilettes, soins) ou le repas. Selon nos observations, ce calme n'est pas exceptionnel mais les personnels, et en particulier ceux qui habituellement sont plongés dans l'activité d'une unité (infirmier et aides-

[21] Ceci confirme les études faites en milieu hospitalier et en particulier à l'Institut Gustave Roussy, op. cit. L'expression « ça fait hôpital » concerne les halls et les espaces d'attente, elle relève de la représentation ; tandis que l'expression « c'est l'hôpital » concerne les espaces médicaux et traduit l'évidence du vécu.

soignants), y sont sans doute moins perceptifs à l'ordinaire que dans cette situation d'écoute distanciée propre au parcours commenté. Mais, ce qualificatif qui revient dans tous les discours se colore de nuances et finit par prendre des sens différents et repérables dans le milieu hospitalier où nous avons enquêté. Quels sont-ils ?

Sérénité : À Bretonneau, la Rue intérieure, sitôt franchi le sas qui la sépare de la rue Joseph de Maistre, évoque le « calme ». Cette notion est déclinée en « calme moral », « ambiance détendue, apaisante » ; elle s'apparente à la « sérénité » et suppose une activité discrète et une présence humaine peu importante. Versus : animation

Quiétude : calme du début de l'après-midi ou de la nuit lorsque les personnes âgées sont assoupies ; cela correspond au calme perçu comme la résultante de la tranquillité de chacun malgré « les petites manies sonores » qui s'expriment pendant cette période. Ce type de calme est perceptible dans l'espace de la maisonnée où la plupart des personnes âgées sont rassemblées, plus rarement dans les unités où la configuration spatiale permet une dispersion entre salle à manger et « espace-salon » situé devant les ascenseurs. La quiétude suppose une oreille bienveillante et coordinatrice en quelque sorte, donneuse de sens ; **l'enveloppement** accompagne ce sentiment. La nuit, les soignants dans les maisonnées entendent le sommeil de chacun et de tous (portes entrouvertes pour la plupart) ; l'éloignement des chambres dans les pavillons de Bichat ne contribue pas en revanche à ce sentiment de quiétude, tandis qu'au 14^{e} étage, en gériatrie aiguë, la surveillance médicale l'emporte sans doute et ne laisse pas la place à cette perception des soignants – on ajoutera que l'alignement des chambres, leur linéarité, ne constitue pas non plus une condition d'émergence. Versus : agitation

Vacuité : ce terme désigne un calme vide, proche de l'ennui, qui laisse émerger un **effet de perdition** – dès lors, les « petites manies sonores » renvoient à la solitude et à la coupure avec autrui. Un **effet de décontextualisation** peut également se manifester – par exemple, un fond sonore de téléviseur allumé sans que personne ne le regarde. Versus : plénitude

Calme par défaut : lorsque nos interlocuteurs signalent le calme et ajoutent immédiatement que pendant la période d'enquête, il y a peu de cris, ils rendent plutôt compte de l'inconfort que produisent les cris que de l'ambiance calme. Ce sont les patients qui créent l'ambiance selon cette approche. Ce calme, nous nous en doutons, est précaire et c'est le degré de menace de sa rupture qui permet ou non de dire, « c'est calme en ce moment ». Versus : émergences sonores incontrôlables des patients

Silence : Le calme n'est jamais le silence. Nous avons d'ailleurs peu rencontré ce terme dans les discours et il est intéressant de considérer l'emploi qui en est fait – dans deux entretiens. Une infirmière de nuit dans une unité de Gériatrie à Bichat, mentionne le « silence de la nuit » qui prend manifestement une valeur symbolique puisqu'il renvoie à la mort potentielle dans ces services, mais il est également perceptible dans l'espace des unités qui tient à distance les chambres du poste de soins. Ce terme polyvalent est

lourd dans ce contexte. Nous rencontrons le terme dans l'entretien avec une personne âgée de Bretonneau : elle appelle « silence » l'ambiance qu'elle trouve à la sortie de l'ascenseur au second étage (SSR) ; « les couloirs sont très agréables parce qu'ils sont silencieux, pour des malades c'est très agréable, c'est reposant », poursuit-elle. On peut se demander si le terme de silence ne renvoie pas à un calme souhaité mais impossible dans le contexte des maisonnées où les moments d'accalmie ne sont jamais garantis, menacés par des émergences de diverses natures (bruit de pas, voix, mouvements dans la cuisine…) qui ont alors un effet d'irruption ou d'intrusion. Elle exprime en tout cas un besoin qui mérite de retenir l'attention des concepteurs. Versus : bruyant

À l'exception du silence qui met en jeu explicitement le facteur acoustique d'intensité, les autres acceptions du terme intègrent un **bruit de fond** qui donne vie, présent et oublié en même temps – l'ensemble des « petits bruits » des personnes âgées, des activités tranquilles en fin d'après-midi par exemple dans une maisonnée sur fond d'accompagnement musical de faible volume… Une ambiance qualifiée de calme a une certaine amplitude du point de vue perceptif et peut finalement supporter des émergences sonores dont le timbre et l'intensité « n'agressent pas ». Mais, d'une part, le calme est menacé et d'autre part, au cours d'une journée, les périodes d'accalmie succèdent aux périodes d'activités plus intenses. Les ambiances sonores hospitalières, parfois calmes, sont fréquemment métaboliques et laissent place, comme nous l'avons suggéré, à des émergences perturbatrices.

2.2. Mélange sonore ordinaire

Nos interlocuteurs ont souvent énuméré les différentes sources sonores qu'ils entendaient en arrivant dans un espace et mentionné le « mélange des sons », leur « juxtaposition ». Ce mélange prend souvent une **forme métabolique**[22] et caractérise, aux dires des soignants, l'ambiance de l'hôpital. Il peut donner l'impression d'une confusion qui, à l'excès, fera « cacophonie ». Un brouhaha indistinct de gens qui laisse entendre une sonnette si on y prête attention par exemple, ou pendant les repas, la superposition et l'addition des voix, des bruits de vaisselle, du son du téléviseur ou de la musique, composent un effet de métabole ; difficile alors de nommer ce qui est figure et ce qui est fond, le rapport structural qui lie les parties étant instable. Nous rencontrons plus fréquemment cet effet sonore dans les maisonnées que dans les unités de Bichat où la distinction des espaces ne concourt pas à cet assemblage permanent. Dans les maisonnées, on peut dire que la position sonore des personnes, leur tolérance vis-à-vis de ce milieu, se manifeste dans les moments métaboliques qui se développent dans une certaine densité spatiale : elles les perçoivent avec désagrément ou bien acceptent l'enveloppement qu'ils peuvent produire.

Si le mélange sonore apparaît inhérent à la vie hospitalière, un niveau sonore moindre, ou une localisation et une propagation des sources maîtrisées peuvent le rendre plus

[22] Voir en annexe la liste des effets sonores et pour plus de détails *À l'écoute de l'environnement sonore*, op. cit.

agréable. Lutter contre la confusion sonore à l'hôpital, représente également un objectif lié aux pratiques sonores – production vocale, gestuelle…

2.3. Émergences

Cris

En milieu gériatrique, de la plainte au cri, en passant par le gémissement, ces signes sonores de la part des personnes âgées affectent la perception, parce que « derrière il y a un appel, une souffrance ». Les cris sont les émergences sonores les plus difficiles à supporter pour tous. Ils font irruption, imprévisibles, et les soignants disent leur impuissance face à ces manifestations. L'isolement des patients très bruyants n'est jamais envisagé. Toutefois, la question de l'isolation des chambres ou de quelques chambres est discutée pour préserver notamment les chambres voisines.

La voix des soignants

De rares remarques – moins encore à Bichat qu'à Bretonneau – sur les timbres et l'intensité des voix des personnels susceptibles de produire des ambiances sonores différentes d'une équipe à l'autre indiquent l'importance de ce facteur et la difficulté à la reconnaître dans une interview relative cependant à l'environnement sonore ! En parler reviendrait-il pour les personnels à mettre en question certains de leurs collègues, pas nécessairement d'ailleurs d'origine antillaise ou africaine, qui ont tendance à parler fort ? La question est occultée. Ou bien, ce facteur d'ambiance est-il à peine conscient chez la plupart d'entre eux ? Ceux-là mêmes qui reconnaissent leur tendance quasi immédiate et partagée par les autres à **parler fort** aux personnes âgées pour pallier les surdités existantes. Nous noterons que reconnaître cette tendance n'induit pas que les personnels réalisent l'effet que cela peut avoir dans le contexte gériatrique ; parler fort relève pour beaucoup de l'évidence. Or, une voix forte peut être perçue comme violente et agressive par les personnes âgées, notamment les personnes âgées démentes ; celles-ci « réagissent beaucoup plus à l'intonation d'une voix, c'est-à-dire à l'aspect non verbal du langage, aux expressions non linguistiques. Une voix douce les calme alors qu'un ton élevé les effraie, les rend agressives »[23]. On notera encore que le « parler fort » peut s'accompagner d'une modification de la manière de s'adresser à l'autre : des aides-soignants considèrent les personnes âgées « comme des enfants », ou encore comme « des papis et des mamies »[24]. Les cadres et les infirmiers se montrent critiques à l'égard de ces productions vocales que certains adoptent spontanément et qui sont susceptibles d'évolution.

La gestuelle sonore est plus ou moins bruyante. La rapidité et la détermination des gestes liés en particulier au repas (manipulation de vaisselle, ouverture et fermeture des

[23] Laeng Nathalie, 1990, « Sensibilité des personnes âgées démentes à la voix », *Revue de Musicothérapie*, vol X, n° 2.

[24] « Le retour en enfance » est l'un des trois stéréotypes de la vieillesse que décrit dans : Jacques Gaucher, juin 2002, « La maladie, le handicap ou la régression… quelle vieillesse ? » *Gérontologie et société*, n° 101, Fondation nationale de gérontologie.

placards…) contribuent à l'irruption de bruits de forte intensité. Les matériaux et matériels ont un rôle à jouer mais ils ne peuvent qu'amortir les bruits.

Signalétique

À l'exception des signaux d'alarme liés au médical, les sonnettes constituent des émergences « lancinantes », au timbre trop aigu mais qu'on peut oublier dans les unités de Bichat parce que le système est défaillant. Le bip adopté à Bretonneau pose un problème aux personnels ; sonnerie là aussi lancinante mais dont l'appréciation du timbre tient davantage à sa durée et à la difficulté de gestion des appels des personnes âgées.

Télévision et musique amplifiée

Télévision et musique amplifiée émergent dans un espace sonore lorsqu'elles sont audibles, au risque parfois de couvrir d'autres sources sonores et d'obliger à élever la voix. Comme nous avons eu l'occasion de le mentionner au cours de l'analyse des situations, notamment celle de l'« après-midi », volume et choix de programme pour la télévision ou de type de musique varient plus selon les soignants que selon les patients et font l'objet de dissensus, de réflexion et de négociations entre les soignants – des rapports de pouvoir se manifestent à cet égard. Ces émergences peuvent occuper l'espace sonore, s'y perdre, sans oreille attentive pour les recevoir. Elles s'ajoutent aux sons existants et contribuent au mélange sonore, quasiment à l'insu de tous, jouant le rôle de fond sonore et d'ailleurs utilisées comme tel le plus souvent – en particulier la télévision. Ces émergences sonores prennent sens lorsqu'elles répondent à une volonté d'animation – la télévision qui a rassemblé patients et soignants au moment de la coupe du monde, musique écoutée ensemble au moment du goûter… On peut dire qu'à l'intensité des émergences doit correspondre une dynamique de convivialité.

2.4. Fond sonore / animation

Animation et fond sonore constituent deux pôles qui relèvent de la gestion sonore. Le premier cherche à revitaliser, le second à apaiser et à pallier une vacuité potentielle due à une co-présence pas toujours souhaitée de personnes ayant des pathologies diverses.

Dans le cadre des animations, la palette musicale susceptible de plaire aux personnes âgées est large : une ambiance conviviale peut ouvrir les goûts et contribuer à rendre agréable un moment musical. On pense au « zouk » organisé à Bretonneau lors de l'enquête ; la musique antillaise, contestée par certains, devenait l'occasion d'un rassemblement chaleureux et, du point de vue musical, dans ce contexte de fête, les vibrations perçues par les personnes les plus sourdes sollicitaient la « pulsation », « base biologique de toute musique »[25].

[25] Lecourt Edith, 2003, « Pulsations de groupes et temporalité. Le groupe fatigué ». Article qui paraîtra dans la *Revue de Psychosomatique*.

À propos de la musicothérapie, E. Lecourt distingue : « la pulsation qui est cette régularité, ce mouvement uniforme, sans début ni fin, base biologique de toute musique, le rythme qui est directement issu de cette

« Le fond sonore, imbriqué dans un fonctionnement préconscient, fait pour ne pas être entendu »[26] a une fonction d'accompagnement. Ne peut-on dire qu'il soutient et relie les éléments qui composent le « bruissement »[27] des personnes âgées réunies dans les espaces collectifs ? Les musiques d'ambiance un peu planantes, comme on en trouve dans les centres commerciaux, sont à proscrire car elles dispersent, elles déréalisent. En revanche, musique classique, musiques de leur temps, sons de la nature peuvent rasséréner, apporter un tempo joyeux… Mais, comme le remarquaient plusieurs de nos interlocuteurs, un fond sonore musical est intéressant lorsqu'on en choisit la musique et le moment de diffusion.

pulsation, mais introduisant justement un début et une fin de séquences reproductibles. […] Il faut encore noter le tempo qui lui, donne une indication de la vitesse du mouvement, donc de la dynamique ».

[26] Extrait de l'entretien que nous avons eu avec Mme Edith Lecourt, professeur à l'Université Paris 5, en juillet 2003.

[27] Terme défini par Edith Lecourt : « c'est la façon dont le groupe habite l'espace sonore. Il est l'effet de la co-présence multiple. Les êtres vivants sont bruissants. Le bruissement appartient à l'identité sonore du groupe, dans laquelle une oreille exercée peut percevoir la vitalité, la densité, la dynamique, l'excitation ou l'apathie, le temo de la pulsation du groupe, etc. ». Op. cit.

On peut penser que le « bruissement » rend compte de la remarque de la plupart de nos interlocuteurs de Bretonneau selon laquelle les maisonnées ont des ambiances sonores distinctes mais difficiles à définir.

Deuxième partie

LES AXES DE LA CONCEPTION SONORE

METHODOLOGIE

1. ENQUÊTE SELON LA MÉTHODE DES ENTRETIENS SUR ÉCOUTE RÉACTIVÉE

1.1. Une autre approche du vécu sonore

L'entretien sur écoute réactivée consiste à faire écouter aux personnes interviewées les sons de l'environnement sonore auquel elles sont habituées au point de ne plus l'entendre. Le recours à cet artifice poursuit, comme la méthode des parcours commentés, deux objectifs : solliciter l'expression du vécu sonore et la distanciation nécessaire à la représentation de cet environnement. Il a pour but ici de valider et d'affiner les résultats obtenus précédemment. À la perception *in situ* se substitue la restitution par une bande-son des situations quotidiennes de nos interlocuteurs. Comment cette méthode enrichit-elle les résultats ?

Tout d'abord, lors de la première phase, la perception *in situ* focalisée sur le sonore dans le cadre de cette étude ne pouvait supprimer la sollicitation poly-sensorielle inhérente à la méthode des parcours commentés. L'écoute réactivée plonge l'auditeur dans le son, l'oblige à une écoute sans distraction ; des situations ordinaires sont réactualisées par ce médium.

En outre, le son entendu incite à rechercher les éléments contextuels qui contribuent à l'émergence de certaines caractéristiques sonores des fragments soumis à l'écoute. Nous pensons notamment aux configurations spatiales que les personnes interviewées lors des parcours commentaient peu dans leur rapport aux sons. L'écoute, au contraire, invite à imaginer l'espace dans lequel le son se déploie.

Enfin, cette méthode favorise la projection sonore. L'écoute peut faire tomber certains préjugés relatifs en particulier à la production sonore des soignants et conduire alors à une prise de conscience de sa propre production sonore.

1.2. À l'écoute des situations sonores

Des enregistrements sonores furent effectués au cours de la première phase. Nous avons pu disposer d'une chambre la nuit à Bretonneau et dans le service de gériatrie aiguë à Bichat.

Nous avons retenu des séquences en relation avec les situations sonores évoquées et avec les enjeux émergents des entretiens de la première phase. Le CD produit[28] se compose de 11 fragments ; d'une minute environ, à l'exception des parcours depuis l'entrée de l'hôpital jusque dans les services qui sont un peu plus longs, ils illustrent les situations analysées précédemment et/ou mettent en évidence des aspects acoustiques ou des usages sonores abordés dans la première phase et jugés importants par la maîtrise d'œuvre :

- parcours,
- repas en SLD,
- calme du début de l'après-midi avec musique antillaise,
- la réverbération dans le hall des pavillons de Bichat,
- production sonore lors du transfert d'un patient,
- isolement acoustique d'une porte de chambre,
- ambiance de l'accueil en gériatrie aiguë,
- visite dans le salon du service de gériatrie aiguë.

Selon les terrains, nous avons proposé aux personnes qui ont accepté ce type d'interview une écoute au casque – afin de préserver la qualité sonore – de 4 ou 5 fragments choisis parmi les 11. Ils soumettaient aux auditeurs leur propre environnement sonore ou bien celui de l'autre hôpital, selon l'intérêt qu'ils présentaient. Chacun a écouté le « parcours », le « repas » (pour Bretonneau et pour les pavillons de gériatrie), l'« accueil » et l'« espace-salon » (pour le 14^{e} étage), de son propre environnement. En revanche, les autres fragments enregistrés dans l'un des deux hôpitaux ont été soumis à tous ou bien aux personnes de l'un ou l'autre terrain. Le détail est précisé dans le compte-rendu des résultats.

Avant l'entretien, nous avons signalé aux personnes interviewées que les fragments qu'ils allaient écouter avaient été enregistrés à Bretonneau ou à Bichat. Il leur était demandé de les commenter très librement. Les relances visaient d'abord à susciter l'évocation, en particulier sur la matière sonore, l'espace, la situation, et s'adaptaient ensuite plus précisément aux thèmes abordés par les auditeurs.

Nous avons interviewé individuellement ou en petits groupes des membres des personnels soignant et administratif, exceptionnellement une visiteuse et une patiente (voir liste des personnes interviewées en annexe 2) :

[28] Production audionumérique DAT-Pro Tools sur CD

- Bretonneau : 11 personnes dont 2 groupes – 2 et 3 personnes
- Bichat SSR et SLD : 12 personnes dont 2 groupes de 2 personnes
- Bichat service de Gériatrie aiguë : 2 personnes

2. ANALYSE ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les entretiens retranscrits ont été dépouillés selon une grille qui s'intéresse à l'analyse des fragments effectuée par les auditeurs : qu'ont-ils entendu, retenu, des différentes séquences et comment ont-ils entendu ? Il s'agit en quelque sorte de décomposer l'écoute des personnes interviewées.

Identification

Chacun essaie de localiser le fragment, d'identifier une situation, un scénario, de nommer les acteurs dans certains cas. Il est intéressant de constater, à partir des indices qui justifient l'interprétation, la valeur discriminante des représentations de Bretonneau et de Bichat.

Matière sonore

Cette catégorie concerne aussi bien la définition des sources (matériaux en question parfois) et des effets sonores des fragments que leur évaluation et appréciation : intensité, attraction, répulsion, effet psycho-moteur, étonnement, etc. Nous avons à faire à une description qualifiée.

Espace

Cette rubrique reprend les allusions à la configuration spatiale. Elle ne désigne donc pas des lieux mais plutôt une géométrie, un volume. Dans un discours, les termes de maisonnée ou d'unité peuvent avoir cette connotation spatiale.

Temps

Les indications temporelles, assez rares d'ailleurs, précisent le sens attribué au fragment.

Associations

Les entretiens sur écoute réactivée favorisent, plus que les parcours commentés semble-t-il, les associations à des lieux qui ont souvent une valeur paradigmatique en termes d'ambiances sonores, ainsi qu'à des situations réelles ou imaginaires.

Distanciation / implication

La matière sonore et l'interprétation qui en est faite suscitent souvent des questions de la part des auditeurs. Comment éviter tel son, améliorer telle ambiance selon les espaces

concernés ? Ces questions manifestent souvent une possibilité d'autocritique. Les thèmes abordés peuvent dépasser le cadre strict du fragment.

La mise à plat effectuée et organisée selon les catégories ci-dessus constitue, sous une forme cursive, les résultats. Deux rubriques complètent la présentation : au début, la **description du fragment** à laquelle il est possible de se référer pour saisir l'analyse qui suit et, à la fin, les **enjeux**, rubrique qui fait écho à celle des fiches récapitulatives des situations sonores (première phase).

Les résultats de cette seconde enquête qui complètent et ressaisissent ceux de la première nous permettent d'énoncer, au-delà des enjeux, les axes sonores de la conception architecturale.

RESULTATS

1. L'ANALYSE DES FRAGMENTS

Les résultats sont exposés ci-après. Voici la liste des fragments qui composent le CD :

- Parcours de la rue Joseph de Maistre à une maisonnée – Bretonneau
- Parcours du parvis principal jusqu'à une unité de SSR – Bichat
- Parcours du parvis principal jusqu'au 14e étage de la tour – Gériatrie aiguë – Bichat
- Hall des pavillons de Gériatrie – Bichat
- Avant le déjeuner – Bretonneau
- Dîner – Bichat
- Début d'après-midi dans une unité de SLD – Bichat
- Scène de brancardage dans une unité de SSR – Bichat
- La porte – Bretonneau
- Accueil du service de Gériatrie aiguë
- Espace-salon du service de Gériatrie aiguë

1.1. Parcours de la rue Joseph de Maistre à une maisonnée – Bretonneau

Description – 2'31''

Depuis le trottoir de la rue Joseph-de-Maistre jusqu'à la maisonnée Corot au 3e étage, en passant par la Rue intérieure et les ascenseurs ouest.
Au départ, point fixe, avec sons automobiles et circulation distante. Entrée, avec claquement dans le sas (ouvert exceptionnellement pendant les chaleurs élevées du début du mois de juin 2002), échanges à l'Accueil. À droite, sons de talons sur le parquet d'un membre du personnel qui se rend dans les pavillons administratifs. On croise des personnes qui discutent. Motocyclette perçue depuis l'intérieur. Claquement de porte. Bourdonnement électrique qui s'élève. Sonnerie de téléphone en provenance de l'Accueil. Claquement métallique indéterminé. Ambiance du Petit Bretonneau (placards, réverbération, couverts, fontaine). Pas du preneur de son sur le parquet, puis sur le revêtement plastique vers les ascenseurs. Appel et arrivée d'un ascenseur avec son sonal, ouverture et montée dans l'ascenseur, appel de l'étage, fermeture des portes, grincements, forte ventilation intérieure, ouverture, grincement et couinement plastique (précision : il n'y a pas de chariot dans le fragment). Arrivée dans les couloirs du 3e étage, pas du preneur de son. Arrivée dans Corot : télévision et/ou musique enregistrée, voix, couverts, patient qui grommelle et aide-soignante qui s'adresse à une personne âgée : « avec la chaleur, on dort mal, on va aller dans votre chambre, je vais vous prendre la tension, vous voulez bien, je n'en ai pas pour longtemps, on y va ? je vous suis ». Claquements de portes de placards. Ronronnement d'un ventilateur électrique (exceptionnel).

Identification

8 entretiens (11 personnes) – Bretonneau
3 personnes sur 11 reconnaissent le parcours sonore de Bretonneau avec précision.
5 pensent d'abord qu'il s'agit de Bichat : bruit de circulation et surtout sons dans le hall jugés trop bruyants pour coller à l'image de Bretonneau ; le bruit des ascenseurs conduit à imaginer un parcours depuis les Urgences jusque dans un service de la tour (Bichat).
Lorsque les personnes interviewées n'identifient pas la dynamique du fragment, elles évoquent les sons de fort niveau et cherchent parfois des logiques susceptibles de les associer [fenêtre ouverte, bruit de l'étage du dessus…] : voitures, pas, chariots [qui désignent les craquements de l'ascenseur] ; elles reconnaissent souvent les sons familiers d'une maisonnée ou d'un service.

Matière sonore

Fragment considéré comme « riche » par effet d'**accumulation** des sons en particulier pour ceux qui ne repèrent pas vraiment le parcours
L'intensité perçue ne correspond pas au vécu des personnes interviewées – à l'exception de celles qui reconnaissent le parcours. Plusieurs sons de forte intensité sont repérés :

- bruit de la circulation qui surprend – « nous ne sommes pas habitués au bruit des voitures à Bretonneau »
- **talons** qui sonnent : « sabots qui heurtent le sol », bruit « impensable à Bretonneau » ; c'est à propos de ce bruit qui se produit au niveau du salon vitré de l'Accueil que deux personnes mentionnent un faible effet de **réverbération**
- « bruit incroyable » de chariots [imaginaires], c'est-à-dire les craquements de **l'ascenseur** [indice de Bichat, lorsque le bruit est identifié, pour certains]
Dans la maisonnée, ambiance « un peu plus calme qu'en bas » bien que bruyante ; **voix** jugées fortes en général qui renvoient les soignants à leur manière de parler

Espace

Coupure avec l'extérieur admise et non dite en général : le bruit de circulation n'appartient pas au monde de l'hôpital, sauf à l'entrée si on imagine les Urgences par exemple
« Grand hall d'entrée » d'hôpital, « grand espace »
Rétrécissement vers les ascenseurs perçu par une personne – « impression d'un sas »
Coupure entre ascenseurs et maisonnée : bruits en provenance des ascenseurs peu audibles dans les maisonnées

Associations

Bichat = hall d'hôpital = hall de gare
Parcours sonore : voyage
Craquements dans l'ascenseur et « bruit de machinerie avec un soufflement comme un coussin d'air » : science-fiction, vaisseau spatial qui s'envole
La Rue intérieure : galerie commerciale, lieu public
Craquements du parquet et sons du Petit Bretonneau : « ambiance un peu rétro, Paris 1900-1920, grands salons, grands appartements parisiens »
Début de la Rue intérieure : « impression qu'on peut être alpagué », « vie trépidante » ; le rythme des pas et les sons de l'Accueil peuvent faire penser aux Urgences – « précipitation »

Distanciation / implication

Espace : volume de la Rue intérieure apparaît grand ; évaluation sonore positive de la distance entre maisonnée et bloc ascenseurs
Production sonore : autocritique, voix et gestuelle remises en question, « nous, on parle fort aussi, parce qu'on ne s'entend pas parler », « On fait autant de bruit que ça ? »
Amortir des bruits : « petits coussinets » à fixer sur les portes de placards, réflexion sur les chaussures et les sols – parquet généralement peu mentionné à cet égard [est-ce le tapis qui est supposé créer l'ambiance ?], reconnu comme une exception en milieu hospitalier par un cadre
Questions sur la physiologie de l'audition : comment les patients malentendants qui disposent éventuellement d'un appareillage auditif perçoivent-ils ces sons d'un fort niveau ?

Sons anxyogènes : bruits de l'ascenseur angoissants « pour quelqu'un qui n'a pas trop ses repères » ; signification des ambiances sonores : après la traversée du hall, « ça se calme, mais du coup, comme ça se calme, d'une manière bizarre ça devient presque inquiétant »
Gestion : l'ambiance sonore est-elle inéluctable ?
Révélation des petits bruits familiers et créateurs d'ambiance : petite sonnerie de l'ascenseur, craquements du parquet, bruits de vaisselle… évoquent une ambiance « rétro »

Enjeux

Question de la **distance des ascenseurs aux maisonnées ou chambres** : quel dispositif pour assurer le confort sonore ?
Par rapport à la rue : effet de coupure réussi entre l'extérieur et l'intérieur ; oubli du bruit des voitures au point que les « écoutants » n'y font plus référence dans la suite de l'entretien une fois leur surprise exprimée. L'intérieur mobilise, attire. Nécessité de créer une ambiance suffisamment attractive pour faciliter l'entrée dans l'hôpital.
Réflexion sur les **matériaux des sols** : rapport matité/réverbération à explorer
Palette de bruits créatrices d'ambiances sonores spécifiques, géographiques, thématiques, etc. : design sonore, déclinaison d'objets

1.2. Parcours du parvis principal jusqu'à une unité de SSR – Bichat

Description - 2'46''

Sur le parvis, drône du périphérique et activité locale (pas, sifflottement, véhicules, sonnerie de portable). Atténuation progressive des sons du périphérique en s'engageant sur la passerelle et apparition de ceux du boulevard Ney. Une personne nous dépasse (sonnerie de portable et crissements de ses vêtements synthétiques, « bonjour ! »). Sons de la ventilation du bâtiment de Médecine tropicale. Émergence des chants d'oiseaux. Sons de chantier de la nouvelle Maternité. Pas du preneur de son quand il marche sur une dalle disjointe devant les pavillons. Corbeau, passage d'un véhicule sur la voie intérieure. Puis entrée dans le hall, et les pas du preneur de son couinent. Une patiente bougonne. On se rapproche, puis entre dans Vivaldi, où une cireuse se fait entendre, puis s'arrête. Voix des soignants, et fin devant la porte de la salle à manger, sons de dîner.

Identification

9 entretiens (12 personnes) – SLD et SSR Bichat
Certains imaginent que l'enregistrement a été fait en point fixe à l'intérieur d'un service avec fenêtre ouverte.
Première partie du fragment : les espaces extérieurs sont en général identifiés comme étant ceux de Bichat ; pour quelques-uns, l'environnement sonore entendu appartient à la ville.
Focalisation sur la deuxième partie du fragment : divers sons repérés et localisés dans le hall des pavillons ou dans une unité ; cette partie du fragment pourrait se dérouler dans un service de la tour.

Matière sonore

Espaces extérieurs :
Drône de circulation, bruit de fond « pesant » pour certains, reconnu et non qualifié pour d'autres ; « fait partie de l'environnement, de la vie parisienne » ; parcours « calme » cependant jusqu'aux pavillons
Émergences agréables des **oiseaux** et des « corneilles de Bichat »
Travaux de la Maternité qui ont fait mémoire

Pavillons :
Par souci d'identification : « chariots », « brancards », « machines », « aspirateur » ou « lave-vaisselle » désignent la cireuse
Agitation, mouvement, pas [notamment ceux du preneur de son qui accrochent, « couinent » sur le sol du hall des pavillons], « il y a des gens qui naviguent beaucoup »
Voix de la patiente dans le hall parfois identifiée et localisée ; faible intelligibilité de la voix et bruits des pas, comme révélateurs de **réverbération** : « c'est résonné, comme un écho », « il y a une résonance dans l'hôpital » ; effet de réverbération reconnu qui

correspond au vécu des soignants et à la représentation que certains ont des halls d'entrée publics
Métabole pas très agréable à la fin du fragment : « Brouhaha », « tout se mélange », ambiance sonore familière de l'activité pour quelques-uns, « ça appartient quand même à l'hôpital ce côté un peu mélangé plein de choses, les pas un peu rapides, les discours des uns et des autres qu'on n'arrive pas bien à distinguer, ce côté un peu mélangé »
Voix des soignants perçues parfois comme « agressives », « pas très calmes »
Absence de cris contrarie la représentation sonore des unités pour un personnel transversal
Soliloque des patients : représentatif des ambiances dans les services

Espace

Juxtaposition des espaces : extérieur calme d'une part, intérieur actif et plus bruyant d'autre part
« Grand couloir », hall des pavillons ou hall [non situé]
Le passage du hall au service est exceptionnellement repéré ; « il y a un **rétrécissement** à la fin du parcours »

Temps

« Ce n'est pas en été » [espaces extérieurs]
Moment animé qui précède le repas « Là, ça serait l'heure juste avant l'apothéose »
Mémoire du chantier

Associations

Cafétéria
Hall de gare

Distanciation / Implication

Espaces extérieurs
Peu de commentaires, calme souhaité pour « arriver au travail » et besoin d'avoir « un coin de verdure près de l'hôpital »

Pavillons
Par rapport à la réverbération : effet absorbant remarqué par quelques-uns des trémies des escaliers vers le hall inférieur (niveau 0) ; effet souhaité : propagation maîtrisée avec une légère réverbération : « un environnement qui transporte le son mais qui ne l'amplifie pas »
Isoler le sous-sol en fermant l'escalier : hypothèse évoquée par les responsables
Prise de conscience du bruit des pas : une intervention sur le sol est-elle envisageable ?
Sociabilité en relation avec la réverbération : elle exacerbe la solitude de la voix de la patiente et brouille la communication ; mise en évidence de l'importance du contexte sonore dans la communication avec les patients

Jugement négatif porté sur l'**absence d'échanges** à la fin du fragment
Ambivalence de la référence à Bretonneau que certains connaissent : modèle, notamment pour l'animation et la convivialité, ou exemple isolé et éloigné de la réalité de Bichat ? Bretonneau est imaginé « moins bruyant », « c'est aseptisé, les gens font attention »

Enjeux

Les **espaces extérieurs** tels que décrits manifestent la reconnaissance de la situation urbaine de l'hôpital ; c'est l'intérieur qui retient l'attention. Pourtant, reconnaissance implicite d'un espace-temps de transition calme, même si le fond sonore de la ville est présent. L'**aménagement de cet espace** qui laisse émerger des signaux naturels est à promouvoir.
La réverbération s'avère une fois de plus importante – voir ci-dessus les remarques des personnes interviewées relatives à la communication.
Marquer les transitions peut améliorer la qualification des espaces et diminuer la propagation sonore entre eux : le passage entre le hall et les unités par exemple gagnerait à être plus absorbant.
Importance des sols : reconnue à Bretonneau, confirmée à Bichat. Un espace n'est-il pas qualifié ou disqualifié par la qualité des sols ?

1.3. Parcours du parvis principal jusqu'au 14e étage de la tour gériatrie aiguë – Bichat

Description – 3'29''

Départ sur le parvis par beau temps. Dialogues de personnes qui se détendent, des véhicules déchargent leurs passagers sur fond de drône urbain (périphérique dominant).
Puis on arrive sous la marquise (bribes de discussions), pénètre dans le tambour, puis dans le hall, marqué par sa réverbération, les discussions, les pas et les rires des personnes croisées.
Puis on arrive devant l'ascenseur (au fonctionnement silencieux), caractérisé par sa ventilation, son sonal et sa voix de speakerine, qui annonce les ouvertures-fermetures des portes, les étages et les sens de fonctionnement, ainsi que par sa musique d'ambiance. Un passager se moque de cette prise en charge vocale.
Arrivée au 14e. Les pas du preneur de son sont devenus audibles. Entrée en gériatrie aiguë via son sas, puis passage devant l'accueil, émergence du périphérique à travers une fenêtre entrouverte dans la salle de repos. On termine dans l'espace-salon sur fond de télévision.

Identification

2 entretiens – service de gériatrie aiguë
Parcours bien identifié par une personne
Interrogation de la seconde : hall de gare, hôpital ? Départ dans des sous-sols (« résonance »)

Matière sonore

Voitures qui passent au début : pas commentées
Bruit du hall : **intensité choquante** pour une personne : « personnes qui ne parlent pas, qui crient » ; bruit de fond, **métabole, inintelligibilité**, « bribes de conversations partout, ça fait fourmilière un peu » ; **synesthésie tactile** : « espèce de brouhaha général, qui pèse vraiment sur les épaules, nerveusement c'est fatigant » ; **répulsif** ; mise entre parenthèses de la traversée du hall en allant travailler
Bruit de pas dans le service : « **ça résonne bien**, on dirait qu'on marche sur un sol mal lavé », crissement ; gommage pendant l'activité
Musique dans les ascenseurs : plutôt agréable, mais pourquoi la radio, station Énergie ?
Voix dans les ascenseurs : pour les aveugles
Service : « plutôt calme »

Espace

Hall
Sous-sol

Associations

Hall de gare
Centre commercial

Distanciation / implication

Seuil de l'hôpital : distinction entre visuel (blouses blanches, la tour…) et sonore (niveau des ascenseurs)
Les bancs sur le parvis : agréable l'été

Enjeux

Comment rendre hospitalier ce hall dont le volume et les effets sonores sont ceux d'un hall de gare ?

1.4. Hall des pavillons de gériatrie – Bichat

Description – 0'38''

Prise de son effectuée à proximité des automates de boisson. Râclement de chaise. Une patiente discute avec un membre du personnel. À la fin du fragment, un soignant s'apprête à jouer un morceau.

Identification

7 entretiens (10 personnes) – Bretonneau
Difficultés à localiser et identifier la situation ; s'agit-il de la salle de spectacles où se trouve le seul piano de l'hôpital ou, pour trois personnes, d'un parcours [personne en fauteuil que l'on conduit] dans la Rue intérieure vers la salle de spectacles ? Hésitation parce que la « résonance » y est différente. Le piano peut évoquer une animation qui se prépare. Bruit de fond des automates : rarement mentionné. Dominante acoustique de l'interprétation.

Matière sonore

Réverbération remarquée par tous : « résonance » pas agréable ; associée à quelque chose de froid ; le piano semble accentuer l'effet de réverbération ; engendre un malaise, ambiance stressante
Peu de sources sonores : effet de calme pour les personnels qui sont en psycho-gériatrie
Effet d'attraction du message plus ou moins intelligible ; attention portée aux propos d'une personne âgée qui se confie, parasités par le piano à la fin, personne âgée est trop proche du piano
Problème de la distance et de l'intimité : « C'est assez désagréable d'entendre quelqu'un qui raconte des choses et qui est si loin que ça »
Idée d'un parcours : « quelqu'un avance avec le micro fixe ? »
Bruit de fond : « continu, un peu sourd, perturbe la séquence »

Espace

Un espace vide : petit ou grand l'espace imaginé est un peu vide et résonne – appartement, hall, salle de spectacles ; potentiel : « impression que, s'il y avait du monde, ça pourrait être bruyant, désagréable »
Configuration spatiale : plus haut de plafond qu'une maisonnée ; espace long [impression de distance entre bruit de fond et dialogue] ; longs couloirs [« comme en psychiatrie »]
Ambiance et matériaux : un endroit un peu froid, un peu métallique ; comme un hall, un parking, « un endroit en pierre froide comme dans un sous-sol ou un parking », « presque du fer, de la tôle » ; les sols : « évoquent des choses un peu vieilles », carrelage, pas du plastique ou de la moquette comme à Bretonneau qui engendrent une ambiance feutrée

Après présentation du fragment : lieu pas bien défini, de passage, « le piano n'a rien à faire là »

Temps

Pas mentionné sauf scénario d'angoisse pour une personne qui imagine la nuit

Associations

Appartement vide
Parking, sous-sol
Église
« Des choses où ça résonne bien, comme les salles de bain, les toilettes »
« Longs couloirs comme en psychiatrie, dans le noir »
Films d'épouvante

Distanciation / implication

Solution : un tapis « pour amortir »
Problème de l'**intimité des conversations** : il est peut-être plus important pour les soignants que pour les personnes âgées souvent sourdes
Question de l'**intelligibilité dans son rapport au bruit de fond** : le bruit de fond peut perturber, disperser l'écoute ; problème qui prend plus d'acuité avec des personnes souvent malentendantes
Plurifonctionnalité des espaces : désapprouvée dans ce cas précis, lieu ambivalent – spectacles, passage…
Nostalgie du calme pour les soignants de psycho-gériatrie

Enjeux

La réverbération, motif du choix de ce fragment, s'avère effectivement être un enjeu majeur dans la recherche d'ambiances pouvant être agréablement animées et apaisantes dans un même espace.

1.5. Avant le déjeuner – Bretonneau

Description - 0'45''

Déambulation dans la salle à manger de Corot au moment de la préparation du dîner en juin 2002. Claquement de porte de placard, télévision (avec voix, sonnerie de téléphone et applaudissements), dialogues entre membres du personnel qui dressent les tables, (assiettes, verres et couverts), râclement de chaise, le tout en présence des patients déjà en place, silencieux.

Identification

7 entretiens (10 personnes) – Bretonneau
La plupart des personnes interviewées parlent d'une maisonnée au moment du repas (préparation ou repas lui-même). Une personne pense, en fonction du volume sonore, qu'il s'agit de Bichat. Enfin, quelques personnes, avant même d'évoquer une maisonnée, pensent à un bistrot.

Matière sonore

Hyperlocalisation, hyperréalisme, « C'est tellement près »
Bruyant : plus bruyant que certains ne l'imaginent dans l'action
Effet de synchronisation des sons de télévision et des bruits de vaisselle – intensité qui paraît identique des deux sources sonores, tandis qu'ensuite les sons semblent plus « doux » [voix]
Chaises que l'on traîne repérées par une personne
Bruit de porte « un peu dur » peu mentionné
« **Le niveau** un peu fort » du téléviseur masque les voix
Ambivalence des bruits de vaisselle pour les patients selon les soignants : « bruyant mais aussi annonce du repas, moment privilégié » ; ambiance calme « et tout d'un coup il y a ça qui les anime, c'est brusque, c'est agressant »
Voix des soignants qui parlent entre eux, peu intelligibles
Ambiance familière

Espace

« Ça a l'air grand »
« Ça ressemble à l'entrée d'un lieu de vie, d'un espace de vie »

Temps

Repas, préparation du repas
Il s'agit plutôt du déjeuner parce que « c'est plus calme le soir »

Associations

« Bistrot », « brasserie où il y a la télé »

« Pas comme dans un restaurant chic, où on entend juste le petit tintement des couteaux sur l'assiette » ; « pas dans un café où il y aurait encore plus de bruit »
[Bruits de vaisselle] « ça a un côté réconfortant de la maison », mais « les gestes sont faits plus rapidement qu'à la maison, c'est plus bruyant »

Distanciation / implication

Révélation du bruit pour certains personnels
Gestion sonore : elle concerne surtout l'usage de la télévision, « dérivatif, pour que les personnes âgées ne s'ennuient pas en attendant le repas », mais qu'il convient sans doute d'éteindre pendant le repas et de remplacer par un fond musical ; bruits de vaisselle pendant le repas : obligation de servir et de faire la vaisselle en même temps
Manipulation de la vaisselle : molleton qu'il y avait sur les tables amortissait le bruit ; mais questions sur la gestuelle propre à chacun et le manque d'attention au bruit lors de l'activité – gommage, oubli ?
Réflexions sur la **perception des patients** : « Un peu bruyant pour le patient », mais la succession des ambiances évite que cela devienne « insupportable » ; les bruits de vaisselle constituent un repère temporel et rythment la journée, « moment qui stimule, qui réveille » ; plaisir du repas, « le repas est un moment apprécié par le patient »
La philosophie de Bretonneau : « que les gens soient aussi bien, quasiment presque, que chez eux » ; les sons du repas sont acceptables car donnent du sens à la journée

Enjeux

Gestion sonore du téléviseur et de la musique : thème récurrent des entretiens
En amont, réflexion sur le **dispositif de diffusion**
Questions sur la production sonore : **gestuelle et voix** ; formation ?
Matériaux utilisés : revêtements des tables…

1.6. Dîner – Bichat

Description - 0'45''

Dîner à Ravel en septembre 2002, sur une ambiance musicale provenant du poste de télévision. Présence vocale d'un visiteur, puis d'un cadre qui s'informe de la santé des patients présents, bruits de couverts. Demande d'une aide-soignante à un patient : « vous voulez de la tomate farcie, de la purée ? », exclamation satisfaite d'une patiente. Fin du fragment sur une publicité à la télévision.

Identification

9 entretiens (12 personnes) – SLD et SSR Bichat
Identification aisée du repas dans une unité ; trois interviewés reconnaissent les voix de personnels de Ravel.
Un soignant arrivé récemment identifie la situation de repas mais pas forcément à l'hôpital.
Personnels de nuit imaginent qu'il s'agit de Bretonneau (indice : choix des plats tandis qu'à Bichat il n'y en aurait pas).

Matière sonore

Ambiance sonore du fragment appréciée par la majorité
Ambiance de repas, bruyante sans excès, « conviviale », voire « assez familiale » ; correspond au vécu des personnels qui connaissent la situation
Pas de métabole : « Je n'avais pas l'impression que c'était la cacaphonie comme dans une grande cantine »
Ambiance sonore perçue comme « plus concentrée », « plus homogène » ; sons distincts sans « cette espèce de réverbération qu'il y avait dans le parcours [fragment précédent] »
Voix des soignants qui s'adressent aux patients ; selon les projections de chacun, voix jugées artificielles, un peu forcées, ou au contraire témoignant d'une certaine proximité avec les patients
Niveau sonore du téléviseur « n'est pas trop fort pour une fois » selon certains, un peu fort pour les autres, mais ceux-là estiment qu'« on pourrait s'abstenir de télévision pendant le repas »
Bruits de couverts associés à la situation

Espace

La plupart visualisent les salles à manger des pavillons de Bichat
Il ne peut s'agir d'une grande cantine : pas de métabole et l'ambiance y est plus chaleureuse que dans un grand espace ; « un milieu, pas confiné, mais pas impersonnel »
Configuration assez étrange : les piliers ne favorisent pas la vue ni l'échange

Temps

Repas

Associations

[Voix des infirmières] « Ça fait un peu commercial »
Espace : « n'est pas comme une grande cantine »
« Assez familial, comme la maman peut demander à n'importe qui : tu veux des tomates ? »
« Une colonie », « un restaurant », « des lieux de convivialité », « salle de repas de famille, chez un particulier avec beaucoup de monde »

Distanciation / implication

Repas : moment d'échanges qui exige une grande disponibilité psychique de la part des personnels
Gestion du téléviseur : en général allumé pendant les repas ; niveau alternativement fort et faible selon les soignants ; question abordée récemment en réunion – risque de combler un vide, fond sonore musical plus adéquat à la situation ?
Questions sur les voix et les paroles des soignants dans ce contexte : risques d'infantilisation, d'élever la voix, de crier « à la cantonade »…
Proximité des lave-vaisselle : bruit de la manipulation de la vaisselle en plus du bruit des machines
Question sur le nombre de soignants dans la salle à manger pour le repas : plus de personnels ne règlent pas tous les dysfonctionnements, organisation à revoir et risques de discussions entre personnels
Question de la pertinence du regroupement des patients déments et bruyants : « petits îlots »

Enjeux

Intérêt d'une salle à manger fermée (vitrée à mi-hauteur, maintien du rapport visuel avec l'extérieur) est-il sa structure contenante ?
Ouverture ou fermeture des espaces office/salle à manger ?
Éviter les piliers
Diversifier les espaces de la salle à manger du point de vue sonore, notamment en protéger certains et favoriser ainsi la vie sociale ou l'écoute du téléviseur…
Double injonction contradictoire : cloisonnement et plaisir du rassemblement

1.7. Début d'après-midi dans une unité de SLD – Bichat

Description – 0'34''

Séquence enregistrée dans l'espace devant les ascenseurs de Trénet. Après le déjeuner, une quinzaine de patients sont réunis contre les murs et autour d'une table, sur fond de musique antillaise. Une sonnette se fait entendre régulièrement. Echanges entre le personnel de l'Unité et une personne d'un autre Service, qui a fini sa journée. Toux et petits sons produits par les patients. Claquement d'une porte de placard.
La partante dit " au revoir, bonne après-midi ! " aux personnes âgées, qui ne se manifestent vraisemblablement pas. Une soignante l'avertit : " Ne t'attends pas à des réponses ! ". Elle insiste et obtient des réactions d'un ou de plusieurs d'entre eux : " ah, quand même ! ", dit-elle, réconfortée.

Identification

7 entretiens (10 personnes) – Bretonneau ; 9 entretiens (11 personnes) – SSR et SLD Bichat
Les « écoutants » de Bichat reconnaissent l'hôpital et plusieurs cherchent à identifier l'unité (voix, style de musique) ; moment du changement d'équipe évoqué
Ceux de Bretonneau ont tendance à projeter le fragment dans une maisonnée ; trois personnes se demandent s'il s'agit de Bichat ou de Bretonneau ; pour eux, petite fête ou concert

Matière sonore

Sonnette « agaçante », qui « occupe l'espace », entendue par plusieurs personnels de Bichat et par l'infirmière de nuit de Bretonneau ; « compétition » entre fond sonore musical et sonnettes
Ambiance musicale « agréable », « relaxante » pour plusieurs, malheureusement interrompue par la voix
Concert ou petite fête dans une maisonnée imaginée par les interviewés de Bretonneau
« Musique antillaise » incongrue, « trop forte et pas adaptée à l'heure de la sieste » pour quelques-uns ; musique qui ne correspond pas au goût des personnes âgées, disent certains ; « on a mis ça pour notre plaisir à nous en fait ! », reconnaît une soignante ; racisme latent ou discours sur la musique antillaise évité parfois – en question dans les deux hôpitaux
Fond sonore jugé « bruyant » par plusieurs ; conséquence : « les gens sont obligés d'élever la voix pour se faire entendre » et ne sont pas forcément entendus !
Voix forte, « poussée »
Sens attribué au « Au revoir » insistant : signe de sociabilité mais potentiel agressif face à la non reconnaissance (pas de retour !) ; méconnaissance de la gériatrie pour les cadres ; infantilisation

Espace

« Hall d'accueil et de passage, espace de transition »
Réflexion d'un soignant sur la localisation de la source : entre deux maisonnées ?
« Quelque chose d'un peu confiné »
[Une pièce] assez grande, pas dehors »

Temps

Après-midi qui se décline : sieste, changement d'équipe, fin des visites, après-midi festif

Associations

« Au thé dansant version antillaise »
« Pas forcément un contexte d'hôpital : « salle de concert », « salle de musique »

Distanciation / implication

Musique : un besoin pour les soignants et pour les patients en Long séjour, « c'est triste ici » ; animations musicales sont agréables
À Bichat, projet d'évaluation financière d'une ambiance musicale dans les unités, centralisée, mais avec souplesse locale
Choix de la musique : la consigne est de « laisser le choix » aux personnes âgées ; dominante musicale connue : accordéon, chansons de leur époque, « les personnes âgées savent par cœur les chansons de leur enfance » ; éviter la répétition aussi bien des chansons de Noël que de la musique antillaise ; sentiment chez les personnels de décider bien souvent, mais personnes âgées sont capables de réagir vivement « j'ai vu des résidents qui hurlaient « mais arrêtez cette musique ! »
Périodes : rareté, manque de musique par rapport à la télévision à Bichat ; parfois, musique et horaire inappropriés ; pas tout le temps, laisser si « quelqu'un accroche »
Manque de matériel de diffusion à Bichat
Du point de vue spatial : musique enveloppante et ubiquitaire recherchée ; fond sonore partout ?
Associer la **motricité** à l'écoute de la musique
Gestion musicale : enjeu de négociation entre cadres et soignants et entre les soignants
À propos des sonnettes : en fonction de la configuration spatiale, le **système des bips** serait peut-être plus intéressant

Enjeux

Ici, sont en jeu les différents aspects liés à l'animation musicale : sélection, volume, moment propice à l'écoute, utilisation de la musique comme fond ou comme stimulant, contexte (volume et effet de métabole à maîtriser, ne pas « mélanger » des sons différents). En amont, sont en jeu : acoustique de l'espace concerné, dispositif de diffusion, mise à disposition de matériel et de CD ou cassettes.

1.8. Scène de brancardage dans une unité de SSR – Bichat

Description – 1'05''

Fragment enregistré dans l'espace devant les ascenseurs sur fond de musique de Vivaldi diffusée par un lecteur radio-CD placé devant l'ascenseur.
Discussion dans le poste de soin, le couloir, puis devant les micros, entre les soignants, aide-soignants et brancardiers au moment du départ d'un patient pour examen dans la tour. Animation correspondante. Crissement très émergent d'une chaussure sur le revêtement de sol et claquements de la ridelle du brancard.
Plus loin, un patient crie « j'ai peur ! » en tapant sur la table ou la tablette de son fauteuil.

Identification

3 entretiens (5 personnes) – Bretonneau, 7 entretiens (9 personnes) – SSR et SLD à Bichat, 2 entretiens en gériatrie aiguë
Situation et localisation reconnues (voix de l'infirmier et du patient souvent identifiées) par les personnels de Bichat sauf par une stagiaire du 14e étage qui dit n'avoir jamais entendu de musique à Bichat
Scène sonore difficilement concevable à Bretonneau, pour les personnes de Bretonneau

Matière sonore

Contraste entre « la fluidité » de la musique et la scène de brancardage , « acte médical » ; incohérence, les sons sont mélangés, « ça va dans tous les sens », « chacun dans son monde, dans son corps de métier »
Agitation exagérée, « beaucoup de gens qui brassent de l'air »
Musique plus ou moins appréciée, considérée comme un fond sonore « qui a du mal à se faire entendre » ; jugée inopportune par certains tandis que d'autres estiment qu'elle est la « seule source apaisée de fragment »
Voix trop fortes : des soignants mais surtout des brancardiers
Cri du patient : « patient dément » qui donne des coups sur la tablette
Sentiment que les personnels ne s'occupent pas du patient agité, tandis que « tout le monde est concentré sur le brancardier »
Dans cette scène, absence de rapport avec le patient qu'on va transférer pour une radio
Sons « claquants », métalliques, qui désignent le bruit des ridelles, « ça grinçotte de partout », matériel vétuste, « déclic des ridelles : il faut bien verrouiller », par comparaison au 14e « les patients partent directement en lit »
Le **crissement des chaussures** est rarement repéré comme tel, mais discussion sur les chaussures

Espace

« Un peu comme un couloir mais avec des ouvertures »
« Soignants qui font la conversation d'un côté à l'autre »

Associations

Musique : « Un peu de douceur dans un monde de brutes »

Distanciation / implication

« Situation connue » : ironie, « situation de brancardage dans le couloir, 80% des cas », devrait se faire en chambre
Espace ambivalent : espace devant les ascenseurs reconnu, « zone où il y a du trafic, où il y a du va-et-vient », manque de confort pour les personnes âgées, nécessité de distinguer les espaces, marquer les transitions
Musique : manque d'objectifs, « trouver des plages horaires pour que la musique trouve sa place », l'utiliser ou non en bruit de fond ?
Rapport au patient : que faire lorsqu'un patient est agité par rapport aux autres patients, pour poursuivre l'activité ?
Les pratiques sonores des brancardiers : parlent fort, véritable intrusion dans le service
Matériel : assez ancien, les brancards « modernes » ont des ridelles plus faciles à manipuler
Chaussures : faut-il imposer des chaussures ? Délai très longs de l'administration pour fournir les chaussures aux soignants
Ambulance pour les transferts : pas confortable

Enjeux

Concevoir des espaces dédiés : cette proposition ne va pas à l'encontre de la conception de lieux de vie qui se prêtent à de multiples usages à l'exclusion du passage ; elle suppose au niveau de la configuration spatiale qu'une centralité soit préservée
Prise en compte de la dimension sonore des matériels : les matériels s'améliorent et leur remplacement est progressif ; toutefois, on peut s'interroger sur la prise en compte de ce critère dans les achats de l'Assistance Publique.
Réflexion sur la gestion de la musique : thème récurrent en gériatrie en SSR et SLD ; le type de musique, les plages horaires, l'utilisation de la musique comme fond sonore ou en animation, sont des questions à envisager, mais le lieu de la diffusion contribue au sens attribué et mérite également réflexion.

1.9. La Porte – Bretonneau

Description – 1'00''

Fragment enregistré depuis une chambre donnant sur le lieu de vie de la maisonnée Cézanne (1er étage, psycho-gériatrie). Les micros sont placés sur une tablette sur le lit d'un patient à la hauteur d'oreille quand il est allongé. Discussions détendues entre personnel et personnes âgées dans la salle à manger avant un petit spectacle. Tapotements sur une table. Une patiente profère des appels et des insultes de façon répétitive. Une soignante l'interpelle pour la ramener à la raison.

La première partie est enregistrée porte ouverte, la seconde porte fermée. On entend donc les sons filtrés de la salle de séjour, ainsi que, pendant les dernières secondes du fragment, des sons de talons provenant de l'étage supérieur par transmission solidienne.

Identification

7 entretiens (10 personnes) – Bretonneau, 8 entretiens (10 personnes) – SSR et SLD Bichat , 2 en gériatrie aiguë
À Bretonneau, reconnaissance de Bretonneau (tous), de la maisonnée et de la patiente (5 personnes)
Scénario difficile à comprendre pour les personnes interviewées
Scénario imaginé : dans un espace collectif (couloir, salle à manger, maisonnée), une personne âgée trouble une réunion (staff à Bichat, réunion dans le poste de soin à Bichat ou à Bretonneau) ; pour préserver une certaine tranquillité :

- on la met à l'écart, on la conduit dans sa chambre,
- ou on ferme la porte (du poste de soin, de la salle à manger, de la chambre).

3 personnes pensent qu'il s'agit d'un médecin qui passe du salon ou de la maisonnée à son bureau.
4 entendent les bruits de pas (2 à Bretonneau, 2 à Bichat)
Après explication du fragment, les personnes interviewées ont du mal à concevoir la situation (personne dans la maisonnée et micro dans la chambre). Mais commentent tous l'isolement.

Matière sonore

« **Cris** », effet de masque : « voix qui couvre tout »
« Ambiance psycho-gériatrique », bruits gênants auxquels personnels et patients s'habituent plus ou moins (Bretonneau)
Impuissance, « on ne peut pas faire baisser le volume sonore » (Bretonneau)
Absence de réactions face à cette patiente remarquée par plusieurs
Fond sonore de voix, de personnes âgées et de personnels qui discutent, « sons habituels »
Décalage entre ce fond sonore et l'absence de réactions
Bruits de talons en provenance de l'étage supérieur : mauvaise isolation
Isolation : effet de coupure entendu par plusieurs, isolation jugée efficace

Effet de filtrage apprécié : permet d'entendre malgré tout la personne âgée
Donc, compromis de la double contrainte – isoler, surveiller – réalisée

Temps

Heure du repas, « moment où beaucoup de patients sont rassemblés »
Transmission
Cris : la journée, mais ça arrive aussi la nuit
Durée : « parfois c'est comme ça, ça n'arrête pas »

Associations

Sources sonores : les maisons de retraite
Talons : « ça me rappelle mon appartement ! »
Isolation : retranchement (médecin qui se retrancherait dans son bureau mieux isolé que le reste du service)

Distanciation / implication

Discussion des principes qui déterminent le degré d'isolation : surveiller / protéger
- Isolation jugée suffisamment efficace par la majorité : favorise le repos des personnes âgées et permet aux soignants malgré cette isolation d'écouter, de surveiller
Effet de filtrage ne coupe pas complètement les personnes âgées du monde extérieur (opinion moins représentée que la précédente)
- Ceux qui jugent insuffisante l'isolation de la chambre abandonnent ensuite cette opinion car « si ça isole trop, la personne se sent vraiment solitaire dans sa chambre » et « le fait d'entendre, pour les gens désorientés, ça permet de garder une continuité, justement de ne pas avoir l'impression de changer de lieu radicalement »
Isolation jugée trop importante (opinion minoritaire) : « c'est le bruit qui crée le réflexe, là, on risque d'oublier la malade »

Constats et hypothèses :
Reconnaissance de la nécessité de « travailler sur l'isolement phonique des patients, parce qu'il y a trop de bruit dans les services de soins pour que les personnes puissent se reposer ». Or, l'impératif de la surveillance conduit les soignants à laisser la porte ouverte, notamment la nuit en gériatrie aiguë à Bichat où les portes sont lourdes, dit le cadre supérieur infirmier, et réveillent les patients. Les solutions ne sont jamais complètement satisfaisantes pour les soignants et les patients. En vue des travaux dans les unités dans cet hôpital, des **portes avec oculus** fermés par un petit rideau, refusées au 14^{e} étage en gériatrie aiguë, sont en discussion. Cette solution permettrait de ne laisser la porte ouverte que dans quelques chambres – patients agités, risques de passer par-dessus les ridelles… **L'interphonie,** installée au 14^{e}, pourrait être un bon outil pour l'équipe de nuit en particulier, mais elle n'est ni mentionnée par les soignants lors des entretiens, ni utilisée selon le cadre. Les personnels ont-ils besoin d'entendre une production sonore qui n'est pas médiée ? Le corps du patient doit-il être appréhendé visuellement et phoniquement lors de tours de garde réguliers au cours de la nuit ?

Stratégie à adopter ponctuellement avec les personnes démentes
- Essayer de comprendre ce qui les fait crier
- Parler avec le patient et recourir à « l'accordage » – diminuer la voix progressivement comme avec les enfants qui sont très excités
- « Éloigner » le patient, le conduire dans sa chambre : solution difficile car nécessité de ne pas l'isoler ; or, à Bichat, les chambres sont éloignées du poste de soins ; recours ponctuel et exceptionnel à cette solution lorsque des « crises stéréotypées » insupportent tout l'entourage, mais solution toujours discutée (Bretonneau)

Portes ouvertes ou fermées ?
« On ne sait jamais ce qui peut arriver », argument qui plaide en faveur de l'ouverture des portes ; mais « la chambre, c'est aussi le domicile »
Une visiteuse : « quand il est tout seul dans sa chambre, on ne ferme pas les portes, on n'a pas le droit » (Bretonneau)
Portes entrouvertes la nuit : prise de conscience du bruit de la maisonnée lors d'une expérience d'écoute des personnels depuis une chambre au moment de la préparation du petit déjeuner (Bretonneau)

Distribution des patients dans les unités ou les maisonnées : souci d'équilibrer les services
Envisager des **lieux de repos suffisamment bien isolés** pour le personnel

<u>Enjeux</u>

Oculus et système d'interphonie : ces hypothèses évoquées plus haut méritent d'être approfondies, leurs usages n'étant pas évalués.
Quel degré et quel type d'insonorisation permettraient de laisser une porte de chambre ouverte pour le bien-être du patient qui a besoin d'être rassuré et de voir ou d'apercevoir le mouvement dans les couloirs ou les espaces collectifs (exemple de la maisonnée) et pour le soignant qui pourrait rapidement vérifier si tout va bien pour le patient ?
Une isolation différente des portes selon l'emplacement des chambres dans le service concerne une configuration spatiale type maisonnée – isolation plus efficace pour les portes de chambre donnant sur la salle à manger.
Envisager une ou des chambre(s) très bien insonorisée(s) dans un service pour y installer des patients très bruyants pendant la durée de leur séjour ou quelque temps. Reste à envisager le degré de matité de la chambre dans le souci du confort des patients.

1.10. Accueil du service de gériatrie aiguë

Description – 1'30''

Discussion à l'accueil entre l'hôtesse, un correspondant au téléphone et une collègue. Changement d'équipe. Discussions au second plan entre soignants et visiteurs avant leur départ (bruits de pas et " au revoir ! "). Sonnerie de téléphone et roulement d'un chariot. Pendant toute la séquence, on entend la sonnerie régulière du pneumatique et le bourdonnement de la climatisation.

Identification

2 entretiens en gériatrie aiguë
Le service est reconnu

Matière sonore

Sonnettes « stridentes », « bruyantes » ; son « dérangeant » qui stimule pour répondre
Téléphone : fort niveau de la sonnerie utile pour entendre jusqu'au bout du couloir
Étonnement à l'écoute du bruit des pas [du preneur de son]
Voix audible et intelligible de la secrétaire
Les voix donnent de la vie dans le service

Distanciation / implication

Problème de **confidentialité** de l'accueil
Voix forte, mais il est difficile de la corriger
Remplacer les sonnettes par des bips, tout au moins pour la nuit
Question des **chaussures** : sabots trop bruyants
Les sonneries des téléphones portables lorsqu'ils ne sont pas sur vibreur s'ajoutent aux autres signaux sonores

Enjeux

Questions du **timbre des différents signaux sonores** et du système le plus performant et le moins gênant pour tous (bip ?)
Configuration de l'accueil pour tempérer la propagation

1.11. Espace-salon du service de gériatrie aiguë

Description – 0'40''

Sur fond de feuilleton télévisé, une patiente reçoit la visite de ses enfants. Lui critique l'équipement télé et son positionnement. On entend des appels en provenance d'une chambre donnant sur l'espace-salon. La climatisation fonctionne discrètement.

Identification

2 entretiens en gériatrie aiguë
Télévision du salon

Matière sonore

Volume des téléviseurs critiqué : souvent fort mais on n'y prête pas forcément attention
Bruits des **talons** des visiteurs
Relations entre les personnes et la patiente : « une espèce de chaleur » qu'on peut attendre également des soignants

Distanciation / implication

Gestion du volume des postes
Usages dans l'espace-salon ?

Enjeux

Question de l'**investissement des espaces collectifs** dans un service de soins

AXES SONORES DE LA CONCEPTION

De l'acoustique à l'esthétique

1. « RÉVÉLATION » DES SONS HOSPITALIERS ORDINAIRES

« Qu'est-ce qu'on entend bien ! Le son est impressionnant ! » Cette réaction spontanée d'une auditrice à l'écoute des fragments sonores est partagée. Certains auditeurs d'ailleurs confondent réel et virtuel et, lors de la passation de l'entretien, se retournent à l'écoute de voix qu'ils perçoivent comme provenant de derrière eux. Tous s'étonnent de l'émergence et de l'intensité de sons qu'ils gomment dans le quotidien, à l'exception des insultes et des cris émis à un fort niveau par des personnes âgées (fragments 8 et 9) ; ils en connaissent la portée et les redoutent. Quelle est la matière sonore qui retient leur attention et/ou choque parfois leurs oreilles ? Que met-elle en question ?

L'intensité de certains sons ne correspond ni au vécu des auditeurs ni à la représentation qu'ils ont de leur environnement sonore. Ceci apparaît à Bretonneau, lors de l'écoute du « parcours » : les réactions à l'égard du bruit des voitures de la rue Joseph de Maistre confirment l'oubli du bruit extérieur, constaté dans la première enquête, une fois franchi le sas de l'hôpital. Plusieurs personnes de Bretonneau imaginent l'environnement de Bichat [service des Urgences par exemple] ou bien estiment que ce bruit provient bien de la rue mais le micro se trouve, dans ce cas, à côté d'une fenêtre ouverte, disent-ils. De même, les craquements de l'ascenseur de Bretonneau, impensables, deviennent des bruits de chariots ou éventuellement l'indice des ascenseurs de Bichat. À propos du bruit des voitures et des bruits techniques, une image sonore plutôt négative de Bichat se substitue à la représentation de Bretonneau ; Bichat ne se trouve-t-il pas à côté des boulevards extérieur et périphérique et d'autre part ne dispose-t-il pas de matériel ancien ? Bretonneau est parfois, mais rarement, cité par des personnels de Bichat qui ont eu l'occasion d'y passer, non pas à propos des ambiances extérieures mais de celle d'un hall ou d'un service ; ils estiment globalement que c'est moins bruyant. Est-ce une question d'échelle [à Bichat, environ 27 personnes dans une unité de SLD ou SSR, 15 dans une maisonnée à Bretonneau], l'impression favorable que donne la Rue intérieure,

ou encore l'image d'un hôpital neuf ? Il n'est pas certain que leur opinion soit vraiment fondée en termes de décibels.

À Bichat, le drône urbain est accepté comme étant celui de la ville et de « la vie parisienne », et les oiseaux entendus dans les espaces extérieurs sont toujours valorisés, confirmant les résultats précédents.

Les talons qui sonnent [parcours Bretonneau], les pas audibles du preneur de son dans la plupart des fragments, sont remarqués – peu mentionnés dans la première enquête. Ils sont perçus comme perturbateurs surtout lorsqu'ils surgissent dans un milieu réverbérant et suscitent quelques commentaires – chaussures fournies par l'AP un an après l'arrivée dans l'hôpital, nature des sols, talons des visiteurs, etc.

L'intensité de la production sonore des soignants – voix, gestuelle, volume des téléviseurs ou de la musique amplifiée – prête à discussion : comme nous le pensions, nombreux sont ceux qui disent réaliser les effets de ces sons quotidiens et s'interrogent sur la possibilité de corriger leur pratiques. L'écoute réactivée montre ici son intérêt pédagogique : elle agit comme un révélateur, l'auditeur devenant l'autre de sa propre production sonore.

Du point de vue acoustique, l'effet de réverbération est en général repéré et désigné pour rendre compte d'une communication peu conviviale [fragments 3 et 4 en particulier], de la perception d'un espace qui paraît « froid » et s'apparente au parking… On notera encore l'effet plutôt désagréable de l'effet de métabole (mélange instable des sons) décrit par certains (fin du fragment 2, « parcours » de Bichat notamment).

Les remarques et commentaires concernent également, à côté des caractéristiques d'ordre acoustique, la signification et les enjeux des situations sonores : appréciation des scènes qui donnent à entendre des bribes de conversation ou suggèrent les relations entre soignants et patients par exemple.

Au terme des deux enquêtes, nous nous proposons de dégager, à partir des résultats précédents, des axes de conception sonore. Analyse des situations sonores et mise à plat des réactions à l'écoute de divers fragments familiers de l'environnement sonore en milieu gériatrique, permettent d'énoncer des orientations capables de répondre aux enjeux sonores de la vie hospitalière.

2. QUATRE AXES DE CONCEPTION SONORE

L'intérêt de la notion d'axe sonore tient à l'idée de gradation qu'elle suppose entre deux pôles. Ce qui ne signifie pas pour autant que la maîtrise d'œuvre a toute latitude pour choisir tel degré d'isolation ou temps de réverbération. Certes, comme nous l'avons vu précédemment à la fin de la première partie, les enjeux des ambiances sonores hospitalières relèvent du paradoxe. Sur les axes retenus, le choix de la maîtrise

d'œuvre peut se situer dans un créneau étroit, apparemment celui du compromis ; l'objectif est d'opter pour une solution qui soit au plus près de la « juste mesure » telle qu'elle sera définie dans un contexte donné.

Ces axes sonores sont d'ordre quantitatif et qualitatif : ils relèvent de la métrologie acoustique et de la création de dispositifs techniques, spatiaux, et d'ambiances sonores. Ils sont à considérer dans leurs interactions et non séparément : ils peuvent converger vers un même objectif.

Enfin, ces recommandations concernent les différents espaces hospitaliers gériatriques. De toute façon, le besoin des personnes âgées d'entendre la vie autour d'elles, de ne pas être écartées des gestes de la vie quotidienne – que le concept de maisonnée actualise de façon maximale – engendre contraintes et paradoxes dans la gestion sonore des services gériatriques. Comment préserver un espace-temps calme ? Si des périodes d'accalmie sont bien sûr observées, qu'en est-il de ce calme, voire de ce silence, dont parle une patiente de Bretonneau qui aime l'animation et remarque qu'elle ne cesse jamais ? Comment isoler et surveiller les patients ? Telles sont les questions qui seront posées à l'équipe de maîtrise d'œuvre.

2.1. Isolation – protection

Le thème de l'isolation n'a pas été abordé directement dans les entretiens, à l'exception du commentaire relatif à « la porte » (fragment 9) d'une chambre qui met en évidence des exigences contradictoires. Mais il est évoqué indirectement lorsqu'il est question d'effet de coupure ou de transition entre deux espaces. L'isolation acoustique protège donc un espace du bruit alentour et inversement protège l'extérieur des sons engendrés dans cet espace. La mise en œuvre de cet axe dispose aujourd'hui de matériaux performants. Elle travaille sur les limites, la configuration spatiale et les matériels :

- les limites
  - sas (effet de coupure réussi à Bretonneau entre la rue et l'accueil)
  - fenêtres isolantes
  - portes (importance des portes de chambres)
  - murs mitoyens (isolement entre les chambres)
  - cloisonnement amovible
  - rôle du visuel important (frontière végétale par exemple dans les espaces extérieurs pour délimiter des ilots)

- la configuration spatiale
  - transition (rétrécissement, matité pour limiter la propagation)
  - mise à distance (ascenseurs / maisonnées)

- les matériels
  - les matériels électro-ménager de collectivité ne comportent pas nécessairement de qualités acoustiques (les lave-vaisselle de Bretonneau, modèle domestique,

sont moins bruyants que les modèles pour collectivités) ; mais l'AP s'intéresse-t-elle à cet aspect ?

Usages

Accueil : possibilité de trouver des îlots calmes dans les espaces extérieurs ; coupure franche avec la rue pour rentrer dans l'hôpital en cas d'absence d'espace de transition
Nuit ou moment de repos dans la journée : isoler pour favoriser le calme et surveiller – voir 1.9. analyse du fragment « La porte », importance du sonore (hyperacousie spontanée des soignants)
Repas : considéré comme moment privilégié de sociabilité (être ensemble et pour certaines personnes âgées, échanges), comment maintenir une ambiance calme et servir, desservir, manipuler la vaisselle en même temps – rapport office/salle à manger avec une tendance à ouvrir cet espace pour faciliter le service et ne pas couper les personnes âgées des gestes quotidiens
Cris : présence d'une ou de plusieurs chambres très isolantes pour les personnes démentes dont les manifestations sonores perturbent le service – ceci ne va pas à l'encontre du refus d'isoler des patients (au cours de la journée notamment), mais installer un patient bruyant dans une chambre plus isolante que les autres peut améliorer le sommeil des voisins par exemple.

Qualités recherchées

tranquillité, voire silence
communicabilité
intimité
clarté sonore – éviter le mélange de sons, la porosité

2.2. Réverbération – confort

L'expression « ça résonne » que nos interlocuteurs empruntent au langage courant revient souvent dans les entretiens, qu'il s'agisse des parcours commentés ou de l'écoute réactivée. Elle désigne en général l'effet de propagation primordial en architecture par lequel les sons perdurent après l'arrêt de l'émission ; plus rarement elle désigne la résonance, c'est-à-dire la mise en vibration par voie aérienne ou solidienne d'un élément solide (sols en particulier sous les pas). Les halls d'accueil ont souvent un temps élevé de réverbération.

Usages

Accueil : une faible réverbération peut améliorer l'hospitalité des halls d'accueil (voir Rue intérieure de Bretonneau)
Transition spatiale : l'axe réverbération/matité offre la possibilité de qualifier des espaces – du hall vers les services par exemple
Isolation en particulier celle des chambres : acoustique « contenante » mais pas éteinte, en d'autres termes, éviter une trop grande matité

Qualités recherchées

homogénéité
recentrement
confidentialité
intelligibilité

2.3. Diversification – dispositifs

Cet axe de recherche architecturale, qualitatif, concerne les dispositifs techniques et spatiaux susceptibles de répondre aux différents usages sonores des acteurs en présence. Il s'attache à résoudre les doubles, voire les multiples contraintes, inhérentes à la vie collective, dans des espaces qui ne sont pas forcément dédiés. La centralité propre aux maisonnées par exemple concentre les activités plus ou moins sonores ; par ailleurs, le cloisonnement n'est pas toujours souhaité, d'une part pour prêter l'oreille aux patients et, d'autre part, pour que ces derniers ne se sentent pas isolés. On peut imaginer des dispositifs d'« offrandes »[29] adaptés à cette situation, sachant qu'elle concerne peut-être moins les services SLD que les services SSR où les personnes sont plus autonomes et où, selon les informations recueillies auprès de l'AP/HP, des populations d'âges différents peuvent être rassemblées – l'expérimentation s'oriente vers un service de ce type.

Usages

Écoute de la télévision et de musique : intégration, orientation, des objets sonifères comme les téléviseurs, les combinés radio-cassette-CD pour éviter une propagation préjudiciable au reste du service surtout lorsque les espaces sont ouverts
Dispositif de sonorisation : très souvent, on pense à la sonorisation d'espaces publics comme les centres commerciaux pour évincer cette proposition ; or, le dispositif le plus globalisant peut comporter des solutions spatialement limitées ; de même, concernant le programme de musiques, il est possible d'éviter la centralisation du choix
Diversité d'usages dans un même espace : recours aux deux axes précédents pour créer par exemple dans la salle à manger des micro-espaces permettant de converser ou bien d'écouter la télévision ou de se laisser envelopper par l'ambiance du repas ; ou encore, des pôles, des niches d'écoute de la musique ou de tranquillité dans un espace ouvert…

Qualités recherchées

Polyfonctionnalité potentielle
Diversification spatio-temporelle des ambiances

[29] Voir note p. 6.

Création – concept

La création, qui peut user des dispositifs précédents, concerne aussi bien la création d'ambiances sonores que les bruitages ou bandes-sons ponctuellement diffusés. Elle vise également, au-delà de la recherche d'ambiance sonore, à décliner du point de vue phonique un concept architectural. Nous pensons ici à la Rue intérieure de Bretonneau aménagée selon le concept de « village » ; du point de vue sonore, c'est la présence du café, le Petit Bretonneau, qui restitue une ambiance ordinaire de bistrot et contribue en association avec les éléments visuels – décoration, ameublement, etc. – à évoquer la ville dans l'hôpital. La création dispose d'une palette de sons qu'elle peut associer ; sons de la vie quotidienne à intégrer à la vie hospitalière, design sonore qu'elle peut développer…

Usages

Espaces extérieurs et Accueil : création d'ambiances spécifiques, plus ou moins localisées
Signalétique : réflexion sur les timbres et le mélange de timbres
Animation : « sonorisation » potentielle d'espaces

Qualités recherchées

Cohérence des différents facteurs sensoriels des ambiances architecturales
Distraction, échappement de l'univers hospitalier

CONCLUSION

Ce travail sur les ambiances sonores en gériatrie doit permettre d'orienter la prise en compte du facteur sonore dans l'expérimentation architecturale prévue. Les résultats obtenus ne sont pas exprimés en décibels, mais en enjeux et axes sonores de réalisation. Si quelques principes acoustiques émergent clairement, les enjeux, comme nous avons pu le constater au terme de deux enquêtes sociologiques auprès des acteurs concernés, sont de nature paradoxale et placent la maîtrise d'œuvre face à des doubles contraintes. Avant de présenter brièvement les résultats et d'inviter à la lecture de ce rapport final, nous voudrions faire quelques remarques.

Tout d'abord, le commanditaire de ce travail[30] s'intéressait à une approche globale, et diversifiée selon les acteurs, du rapport à l'environnement sonore des personnes âgées et des personnels soignant et administratif. Il privilégiait notamment, en vue de l'humanisation des services, la question du bien-être sonore des patients en SLD ou SSR où ils vivent désormais pour la plupart. Les terrains dans lesquels nous avons enquêté nous ont amenés à multiplier le nombre d'entretiens prévus pour « entrer » dans le contexte gériatrique et ne pas négliger des aspects invisibles ou inaudibles à l'observation. Le nombre de personnes démentes, ou en tout cas peu susceptibles de dialoguer avec nous dans les maisonnées de Bretonneau, les unités de Bichat ou encore dans le service de gériatrie aiguë de Bichat, a conduit à un déséquilibre de l'enquête entre soignants et patients. Au vu de la spécificité du milieu gériatrique, nous reconnaissons la difficulté d'accès à « La parole des vieux »[31], et pensons que leur point de vue, de surcroît sur ce thème de la perception environnementale, fait l'objet d'une recherche en soi[32]. Toutefois, ces remarques situent les résultats mais ne les remettent

[30] Rappelons que l'AP/HP est commanditaire de l'étude ; toutefois, se demande était formulée en relation avec l'équipe concernée, en particulier la maîtrise d'œuvre.

[31] Argoud Dominique, Puijalon Bernadette, op. cit.

[32] Recherche qui aurait tout intérêt à se pencher sur les observations faites dans le contexte de la musicothérapie en maison de retraite ou services gériatriques hospitaliers. Voir en particulier les travaux de Edith Lecourt et Nathalie Laeng.

pas en cause : d'une part, observations et enregistrements sonores nous ont permis de découvrir le contexte sonore gériatrique dans son actualisation (intensité, effets sonores) ; d'autre part, le discours des personnels analyse ce qu'ils entendent, apprécie les ambiances sonores, rend compte de la production sonore, juge rarement ; enfin, les quelques patients que nous avons interviewés révèlent à quel point le sonore est associé aux gestes des soignants – à cet égard, la manière de s'adresser aux personnes âgées s'avère importante.

Par ailleurs, nous voudrions signaler qu'une approche des ambiances sonores tient compte également des autres facteurs d'ambiance. Même s'ils ne sont pas explicitement nommés – les consignes d'entretien focalisaient l'enquête sur le sonore –, ils contribuent à une perception et à une appréciation du contexte qui passent ici par l'expression relative au sonore.

Les résultats portent sur trois terrains de configuration architecturale différente – bâtiment de trois étages [Bretonneau], pavillons [Bichat SLD et SSR], service dans un immeuble de grande hauteur [service de gériatrie aiguë]. Le premier enjeu de la conception sonore concerne le rapport qu'entretient l'hôpital avec la ville : séparer et relier, telles sont les injonctions contradictoires qui l'expriment. Quel que soit le rapport spatial à la ville, le fait de rentrer dans l'enceinte de l'hôpital marque une rupture : on passe du milieu urbain au milieu hospitalier. Du point de vue sonore, qu'en est-il ? Un espace de transition extérieur qui a d'ailleurs valeur de protection est toujours apprécié : à Bichat, par exemple, le drône urbain s'estompe au cours du cheminement vers les pavillons et laisse entendre des sons de la nature – le parvis de l'hôpital que l'on franchit pour se diriger vers la tour constitue en revanche une transition trop rapide. Sans nier l'évidence de la ville puisque le son franchit les limites de l'hôpital, cet espace la tient à distance, sur le mode du jardin public. À Bretonneau, où l'on entre directement dans le hall d'accueil, c'est une coupure sonore franche qui contribue au passage à un autre univers.

Le degré d'hospitalité des halls d'accueil tient bien sûr à la configuration spatiale, au volume, à son aménagement ; du point de vue sonore, il tient à un faible effet de réverbération qui favorise l'intelligibilité des conversations et une publicité d'interconnaissance. Nous signalerons le pouvoir du son de rappeler la ville plus encore que le visuel. À cet égard, le bruit des tasses dans le hall acquiert une valeur de paradigme : il évoque et actualise immédiatement une situation agréable vécue en milieu urbain.

L'enjeu sonore dans les services de gériatrie peut s'énoncer, là aussi, sous forme paradoxale : apaiser et animer. Les personnes âgées apprécient de ne pas être écartées des activités du quotidien et se trouvent pour la plupart en espace collectif tout au long de la journée. Comment préserver des espaces-temps calmes dans un milieu où, d'une part, les plaintes et les cris de patients menacent les périodes d'accalmie, et où d'autre part, le « mélange des sons », la confusion qu'engendre leur juxtaposition, caractérisent

l'ambiance sonore ? Par ailleurs, comment développer des activités diversifiées sans augmenter le niveau et la confusion sonores ? La production sonore ordinaire qui varie selon les situations sonores que nous avons analysées – parcours, repas, sieste et activités de l'après-midi, endormissement – relève en partie de la gestion sonore ; voix des soignants, et bruit de fond de la télévision et/ou de la musique, constituent deux pôles d'une amélioration des ambiances. Mais, en amont, ne peut-on isoler et travailler sur les limites, les transitions ? Ne peut-on recourir à des matériaux absorbants permettant d'amoindrir les chocs et le temps de réverbération ? Ne peut-on enfin réaliser un aménagement et des dispositifs capables de limiter la propagation et de favoriser une pluri-fonctionnalité discrète et potentielle ou encore créer des ambiances sonores et, au-delà, décliner du point de vue phonique un concept architectural ?

Au terme de ce travail, nous proposons quatre axes sonores de conception. L'intérêt de la notion d'axe sonore tient à l'idée de gradation qu'elle suppose entre deux pôles. Sur les axes retenus, le choix de la maîtrise d'œuvre peut se situer dans un créneau étroit, apparemment celui du compromis ; mais l'objectif est alors d'opter pour une solution qui soit au plus près de la « juste mesure » telle qu'elle sera définie dans un contexte donné. Ces axes sonores sont d'ordre quantitatif et qualitatif et sont à considérer dans leurs interactions :

- Isolation – protection acoustique
- Réverbération – confort sonore
- Diversification – dispositifs techniques et spatiaux
- Création – concept architectural

ANNEXE 1

PLANS DES SERVICES DES TROIS TERRAINS

Bretonneau

Bretonneau

Bichat pavillons

Bichat 14e

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

Parcours commentés

Entretiens sur écoute réactivée

PARCOURS COMMENTÉS – BRETONNEAU

Cadre expert

1

Cadres infirmiers

2 SLD 1er étage, psycho-gériatrie
3 SSR 2ème étage
4 nuit
5 mission temporaire

Infirmières

6 SSR 2ème étage
7 SLD 3ème étage

Aides-soignants

8 SSR 2ème étage
9 SLD 1er étage, psycho-gériatrie
10 nuit SLD 1er étage, psycho-gériatrie
11 nuit SLD 1er étage, psycho-gériatrie
12 SLD 3ème étage
13 SLD 3ème étage

Maîtresses de maison

14 SSR 2ème étage
14 SLD 3ème étage

Personnels transversaux

16 kinésithérapeute
17 psychologue
18 musico-thérapeute
19 animateur
20 médecin

Patientes

P1 SSR 2ème étage – Picasso – 99 ans, depuis 6 mois dans le service, télévision
P2 SSR 2ème étage – Picasso – 82 ans, depuis un mois dans le service, télévision

P3 SLD 3ème étage – Sysley – depuis plusieurs mois dans le service, télévision
P4 SLD 3ème étage – Sysley – 99 ans, aveugle, télévision et radio
P5 SLD 3ème étage – Corot – arrivée à l'ouverture de Bretonneau, télévision

Visiteurs

V1 SLD 3ème étage
V2 SLD 3ème étage

PARCOURS COMMENTÉS – BICHAT

Cadre de proximité

1

Infirmiers

5 infirmier, SSR Vivaldi
6 infirmière, SLD Trénet
11 infirmière (équipe de remplacement), SSR Vivaldi, nuit
12 infirmière, SLD Trénet, nuit

Aides-soignants

7 aide-soignante stagiaire, SLD Ravel
8 aide-soignante, SLD Ravel
9 aide-soignante, SLD Trénet
10 aide-soignante, SLD Trénet
13 aide-soignante, SLD Trénet, nuit
14 aide-soignante, SLD Ravel, nuit
15 aide-soignante, SLD Ravel, nuit

Personnels transversaux

2 accueil pour les unités des pavillons (secrétariat situé à l'entrée de Vivaldi)
3 kinésithérapeute
4 médecin (avant au 14ème étage), SLD

Les patients

P1 patiente Ravel, 90 ans, assez valide – télévision et radio
P2 patient Ravel, assez valide – télévision et lecteur combiné radio-cassette-CD
P3 patient Trénet, 90 ans, en fauteuil – radio, ne veut pas la télévision
P4 patiente Vivaldi – télévision
P5 patient interviewé de manière informelle dans le hall – ne veut pas la télévision, était dans la chambre 418 « presqu'en bordure de virage » et venait de changer de chambre suite à sa demande

Visiteurs

V1 visiteuse Trénet
V2 visiteur Ravel

PARCOURS COMMENTÉS – 14E ÉTAGE - GÉRIATRIE AIGUË

Equipe médicale

1 chef de clinique
2 interne

Equipe soignante

3 cadre infirmier de proximité
4 infirmier
5 infirmière
6 infirmière de nuit

Patient

P1 patient, 90 ans,

Visiteuses

V1
V2

ENTRETIENS SUR ÉCOUTE RÉACTIVÉE

Bretonneau

3 infirmières dont une infirmière de nuit
2 maîtresses de maison interviewées ensemble
1 aide-soignante
1 psychologue
groupe : directeur des soins
orthophoniste
cadre expert
1 visiteuse

SSR et SLD Bichat

3 infirmiers dont 2 de nuit interviewés ensemble
1 stagiaire élève infirmière
2 aides-soignants
1 psychologue
1 kinésithérapeute
groupe : cadre supérieur infirmier
cadre de proximité
1 coordinatrice hôtelière
1 patiente

14e Gériatrie Aiguë – Bichat

1 infirmière
1 stagiaire élève infirmière

ANNEXE 3 - LEXIQUE DES EFFETS SONORES

Le lexique qui suit est un extrait de l'ouvrage collectif du CRESSON paru aux Éditions Parenthèses et intitulé « À l'Écoute de l'environnement — Répertoire des effets sonores ». La notion d'« effet sonore », inventée par J.-F. Augoyard, permet de réunir trois domaines généralement séparés : celui de la donnée sonore, celui de l'action sonore et celui de la perception sonore. Sont également pris en compte le rapport au contexte et à la situation, ainsi que la dimension affective et imaginaire.

Les effets recensés et présentés ici ont été repérés et définis au travers de plusieurs recherches du CRESSON sur l'environnement sonore urbain.

ANAMNÈSE : Effet de réminiscence. Un signal ou un contexte sonores provoquent chez un auditeur le retour à la conscience d'une situation ou d'une atmosphère passées. Effet de sens, il caractérise le déclenchement, le plus souvent involontaire, de la mémoire par l'écoute, et le pouvoir d'évocation des sons. EFFET PROCHE : Phonomnèse. EFFET OPP. : Anticipation.

ANTICIPATION : Dans l'attente d'une situation sonore à venir, une personne « pré-entend »— c'est-à-dire croit entendre effectivement — le signal attendu, alors qu'aucun son n'a encore été émis. Cet effet s'observe aussi bien dans des situations d'attente de sons inconnus, où le moindre bruissement devient indice, que dans des circonstances familières où l'auditeur anticipe un contexte sonore prévisible (pré-audible) dans sa mémoire. EFFET OPP. : Anamnèse, Rémanence.

ASYNDÈTE : Suppression de la perception ou du souvenir d'un ou plusieurs éléments sonores dans un ensemble audible. Complémentaire de l'effet de synecdoque, l'effet d'asyndète permet la valorisation d'une partie de l'environnement en évacuant de la conscience les éléments inutiles. ID. : Gommage.

ATTRACTION : Effet phonotropique par lequel, de manière incontrôlée ou consciente, un phénomène sonore émergeant attire et polarise l'attention. L'amplitude de cet effet peut aller de la captation passagère de l'intérêt jusqu'à la mobilisation complète de tout le comportement. EFFET OPP. : Répulsion.

BOURDON : Effet caractérisant la présence dans un ensemble sonore d'une strate constante, de hauteur stable et sans variation notoire d'intensité. Lié à la musique dans sa désignation (le bourdon est un son permanent grave sur lequel reposent certains morceaux), il s'observe également dans les paysages sonores industriels et urbains. EFFET PROCHE : Teneur, Continuum, Drône.

CITATION : Émergence dans un contexte présent d'un fragment sonore dont la référence sémantique est avérée. La citation est une reprise textuelle et n'implique pas de distance, comme l'imitation par exemple. Cet effet se repère aisément dans l'univers musical ou verbal, mais s'observe également dans l'environnement sonore quotidien.

COCKTAIL ou **COCKTAIL-PARTY** : « Dans un environnement bruyant, la perception de la parole repose en partie sur la faculté que nous avons de concentrer notre attention sur un interlocuteur, tout en ignorant les informations nuisibles provenant de l'entourage. Depuis la publication de Cherry (1953), ce phénomène est souvent désigné sous ce nom (voir aussi Plomb, 1977). Du point de vue physique, un des éléments prépondérants dans cet effet est la séparation spatiale du bruit et de la parole. Par conséquent, on peut penser que, du point de vue psychophysique, l'écoute sélective est régie par notre capacité à discriminer dans l'espace des sons de provenances différentes, autrement dit par notre capacité à localiser dans le bruit. » CANEVET (G.).- Audition binaurale et localisation auditive *in* Psychoacoustique et perception auditive.- Paris : INSERM-SFA-CNET, 1989, p. 107. EFFET PROCHE : Métabole.

COUPLAGE : Interaction de deux phénomènes sonores qui, sans nécessairement être dans un rapport causal l'un avec l'autre, sont perçus comme à la fois distincts et liés.

COUPURE : Chute soudaine d'intensité qui peut être associée à un brusque changement d'enveloppe spectrale ou à une modification de la réverbération (dans le sens réverbération -> mat par exemple). Cet effet est l'un des grands modes d'articulation sonore entre les espaces. Il établit clairement le passage d'une ambiance sonore à une autre. EFFET OPP. : Fondu enchaîné, Irruption. EFFET PROCHE : Parenthèse, Gommage, Estompage.

CRÉNEAU : Occurrence d'une émission sonore favorable au moment où le contexte est le plus favorable et ménage un écrin à son expression. Les créneaux peuvent s'opérer sur chaque composante du son : intensité, hauteur, timbre, rythme. Cet effet, croisant un message sonore et son contexte, est l'un des instruments-clés de l'action sonore. EFFET PROCHE : Coupure, Émergence, Enchaînement, Intrusion, Irruption, Synecdoque.

CRESCENDO : Indication musicale appelant à une augmentation progressive de l'intensité sonore. EFFET OPP. : Decrescendo.

DÉCALAGE ou **DÉCONTEXTUALISATION** : Intervention incongrue d'un son ou d'un groupe de sons dans le faisceau de cohérences caractérisant une situation déjà expérimentée, ou dans une situation dont le contenu sonore est prévisible. Par exemple, l'audition de sons de l'espace privé dans l'espace public.

DÉCRESCENDO : Indication musicale appelant à une diminution progressive de l'intensité sonore. EFFET OPP. : Crescendo.

DÉLOCALISATION : Forme minorée de l'effet d'ubiquité. S'il peut y avoir délocalisation sans ubiquité, il ne peut pas y avoir ubiquité sans délocalisation. Cet effet implique la reconnaissance d'une erreur dans la localisation de la source sonore : comme dans l'effet d'ubiquité, on ne sait pas d'où vient le son ; à la différence de l'effet d'ubiquité, on sait précisément d'où il paraît venir — tout en sachant que c'est une illusion. EFFET PROCHE : Ubiquité.

DÉSYNCHRONISATION : Effet de décontextualisation temporelle, il caractérise l'émergence d'une émission sonore qui rompt la régularité d'un rythme ou d'un calendrier sonore bien établis, et produit un sentiment d'incongruité par rapport à l'ordre précédent. La dimension sociale de cet effet est capitale. EFFET PROCHE : Décalage.

DILATATION : Sensation de l'émetteur concernant l'aire de propagation et la sensibilité auditive d'autrui : il a le sentiment que les sons qu'il produit porteront loin et seront bien entendus (mouvement de diastole). Cet effet agit autant dans sa dimension d'anticipation que comme mode de perception pour l'émetteur pendant l'action. EFFET OPP. : Rétrécissement.

DISTORSION : Déformation de certaines fréquences de l'enveloppe spectrale d'un son. Par rapport au filtrage, la distorsion agit davantage par addition que par soustraction. Comme effet électroacoustique, la distorsion se manifeste soit de manière involontaire dans la chaîne électrophonique lorsque des saturations se produisent au cours de l'amplification, soit comme additif spécifique destiné à déformer volontairement le son d'un instrument, la guitare électrique notamment. EFFET PROCHE : Filtrage, Fuzz.

ÉCHO : Phénomène observable dans la nature, l'écho est la répétition simple ou multiple d'une émission sonore, liée à une réflexion dans l'espace de diffusion. Nom d'une nymphe de la mythologie condamnée à ne jamais parler la première et à seulement répéter les dernières syllabes d'autrui.

ÉCHO FLOTTANT : Dans la réverbération d'une salle, émergence d'une fréquence particulière et de ses harmoniques qui stationnent entre deux murs parallèles et

réfléchissants. EFFET PROCHE : Écho, Réverbération.

ÉMERGENCE : Effet générique regroupant toutes les occurrences sonores apparaissant nettement dans un contexte donné. L'évidence de l'émergence ne concerne pas seulement le rapport faible intensité-forte intensité, mais aussi les différences de hauteurs, de timbres, de rythmes. C'est davantage l'affirmation d'un nouveau son qui marque cet effet que ses modalités d'apparition. EFFET PROCHE : Créneau, Intrusion, Irruption.

ENCHAINEMENT : Effet de réactions en chaîne. Un événement sonore provoque une réponse sonore qui en entraîne une autre, et ainsi de suite. Par exemple, des inductions successives réglées consciemment ou inconsciemment peuvent aboutir à un phénomène d'escalade sonore.

ENVELOPPEMENT : Sensation d'être environné par une matière sonore ayant la capacité de créer un ensemble autonome qui prédomine sur les autres éléments circonstanciels du moment. Cet effet s'applique parfois à des situations négatives, mais il provoque le plus souvent des réactions analogues à celles de l'envoûtement : sidération, ravissement.

ESTOMPAGE : Disparition d'une atmosphère sonore sans que l'auditeur s'en aperçoive. Ce n'est qu'après-coup qu'il en constate l'absence. EFFET PROCHE : Fading.

FILTRAGE : Renforcement ou affaiblissement de certaines fréquences d'un son. La modification de l'enveloppe spectrale peut être due à des déformations liées au mode d'émission, à l'espace de propagation ou à un filtrage électroacoustique, permettant d'agir volontairement sur la courbe de réponse. EFFET PROCHE : Distorsion.

FONDU ENCHAINÉ : Quand l'effet de coupure décrit le passage d'un état sonore à un autre, le fondu enchaîné s'applique à la transition progressive entre les deux, en croisant la décroissance du premier avec l'apparition croissante du second. EFFET OPP. : Coupure.

GOMMAGE : Évacuation de la perception ou du souvenir d'un ou plusieurs éléments sonores dans un ensemble audible. Cette figure d'asyndète est un effet fondamental de l'audition quotidienne. La très grande partie des sons audibles en une journée est entendue sans être écoutée et oubliée. ID. : Asyndète.

HYPERLOCALISATION : Effet psychomoteur lié au caractère ponctuel d'une source sonore, focalisant irrésistiblement l'attention de l'auditeur sur le point d'émission. Lorsque la source se déplace, le son continue d'être suivi à la trace. Habituellement lié à des transmissions solidiennes, comme une bille roulant à l'étage supérieur. EFFET OPP. : Ubiquité.

IMITATION : Effet de sens par lequel, de manière consciente, une émission sonore est

produite selon un style de référence. Cet effet implique l'intentionnalité de l'émetteur et, pour être convenablement perçu, la connaissance du référent de la part de l'auditeur. EFFET PROCHE : Citation.

IMMERSION : Dominance d'un micro-milieu sonore qui s'inscrit sur un champ perceptif lointain ou de second plan. Même si l'élément sonore immergé apparaît de manière temporaire, la perception majeure de cet effet est de le ressentir positionné en permanence sur une toile de fond.

INTRUSION : Effet psychomoteur lié à la territorialité : la présence intempestive d'un son ou d'un ensemble de sons à l'intérieur d'un territoire protégé donne le sentiment de la violation de cet espace, notamment lorsqu'il s'agit de la sphère privée. EFFET PROCHE : Irruption.

IRRUPTION : Événement sonore imprévu modifiant le climat du moment et le comportement de manière caractérisée. Cet effet est au temps ce que l'effet d'irruption est à l'espace. EFFET PROCHE : Intrusion.

MASQUE : Présence d'un son qui, par son niveau ou la répartition de ses fréquences, recouvre complètement ou partiellement un autre son. Cet effet, facile à mettre en évidence sur le plan de l'acoustique physique, comporte une correspondance subjective au plan psychophysiologique.

MATITÉ : Effet contraire de la réverbération, la matité absolue implique l'absence totale de réflexions d'un signal sonore. Une salle est jugée " mate " lorsque beaucoup de matériaux absorbants empêchent la diffusion des ondes réfléchies. EFFET OPP. : Réverbération.

MÉTABOLE : Incapacité à désigner de manière stable ce qui est figure et ce qui est fond dans un environnement sonore. La métabole caractérise l'instabilité dans le rapport structural qui lie les parties d'un ensemble, comme un état en perpétuelle transition.

MIXAGE : Compénétration de sources sonores différentes et simultanées. Cet effet suppose des niveaux d'intensité proches entre les divers sons en présence. Il se repère surtout dans des espaces de transition susceptibles de recevoir des ambiances sonores provenant de différents lieux. L'auditeur se trouve alors dans une situation paradoxale où il est difficile de choisir ce qu'il veut entendre, la concurrence des sons entraîne l'indécision.

MUR : Effet composite où une intensité forte et continue donne à l'auditeur l'impression que l'ensemble des sons se matérialise sous la forme d'un mur. Cette sensation de solidification du son s'accompagne d'un sentiment d'impuissance et d'écrasement.

PARENTHÈSE : Émergence d'un changement d'ambiance sonore momentanée dans une

organisation perceptive complexe, qui paraît ne pas affecter les conduites ni marquer le souvenir. La parenthèse est un effet de gommage à l'échelle d'une séquence toute entière. EFFET PROCHE : Gommage.

PERDITION : Effet sémantique attaché à un sentiment de perdition, au double sens de détresse de l'âme et de la dissipation d'un motif sonore. Le son semble émis pour rien, « à la cantonade », « à qui veut l'entendre ». C'est un son sans destination, « absurde » au sens étymologique, dont l'intensité renvoie à l'impuissance.

PHONOMNÈSE : Imagination d'un son sans écoute effective. La phonomnèse est une activité mentale qui utilise l'écoute intérieure pour rappeler à la mémoire des sons liés à une situation, ou pour créer des textures sonores, dans le cadre de la composition musicale par exemple. EFFET PROCHE : Anamnèse.

PHONOTONIQUE : Cet effet caractérise le sentiment d'euphorie provoqué par une perception. Il induit parfois directement un comportement : regain d'activité, mouvement collectif, gestes réflexes, etc.

RÉMANENCE : Perdurance d'un son qui n'est plus entendu. Après extinction de l'émission et de la propagation, le son donne l'impression d'être encore « dans l'oreille ». Cet effet mnémique est souvent utilisé en musique : permanence du climat tonal ou modal de référence, impression d'entendre toujours un bourdon arrêté, mouvement mélismatiques rendant virtuellement présent un son absent. EFFET PROCHE : Anamnèse, Bourdon, Phonomnèse, Reprise. EFFET OPP. : Anticipation, Gommage.

RÉPÉTITION : Réapparition d'occurrences sonores semblables. Cet effet joue sur un double registre : d'une part, il marque des phénomènes d'automatismes, machinaux, impliquant un assujettissement, et d'autre part, il caractérise les phénomènes de retour, de reprise, d'enrichissement par l'accumulation. EFFET PROCHE : Reprise, Vague.

RÉPULSION : Effet psychomoteur par lequel, de manière incontrôlée ou délibérée, un phénomène sonore provoque une attitude de rejet, ainsi que des conduites de fuite esquissées ou réelles. EFFET OPP. : Attraction.

RÉSONANCE : Mise en vibration par voie aérienne ou solidienne d'un élément solide. Pour qu'il y ait résonance, il faut la conjonction d'un niveau acoustique relativement élevé et d'un accord entre une fréquence excitatrice et l'objet mis en vibration. À noter que, dans le langage courant, le terme « résonance » désigne tout effet sonore repérable acoustiquement, et notamment la réverbération. EFFET PROCHE : Réverbération. EFFET OPP. : Coupure.

RÉTRÉCISSEMENT : Sensation du rapprochement des limites d'un espace que peut éprouver un émetteur à l'écoute du retour de son propre message. Cet effet de perception spatiale, caractéristique d'un milieu réverbérant, se situe sur l'échelle allant

de la réverbération à la matité. EFFET OPP. : Dilatation.

RÉVERBÉRATION : Effet de propagation par lequel les sensations auditives persistent après l'arrêt de l'émission sonore. Au signal direct s'ajoutent l'ensemble des réflexions du son contre les parois d'un espace. Plus celles-ci conservent longtemps leur énergie, plus le temps de réverbération est long. Dans le langage courant, la réverbération est souvent désignée sous l'appellation d'effet « cathédrale ». EFFET PROCHE : Écho, Résonance, Traînage. EFFET OPP. : Matité.

SUSPENSION : Effet de composition caractérisé par le sentiment d'incomplétude de la séquence sonore entendue : le son est comme suspendu et en attente d'une suite. Il laisse l'auditeur dans l'incertitude, l'indécision ou l'impuissance. Dans sa dimension esthétique, cet effet correspond au principe d'inachèvement de l'œuvre, et, dans sa dimension psychosociologique, aux situations d'attente. La signalétique sonore et les *jingles* sont un mode de suspension apprivoisée. Effet contraire : la parenthèse, qui n'affecte pas les conduites et entrouvre un continuum sans l'altérer. EFFET OPP. : Parenthèse.

SYNCHRONISATION : Effet psychomoteur par lequel le rythme d'apparition d'un phénomène sonore détermine celui d'une activité individuelle ou collective, perceptive ou motrice. Celle-ci peut elle-même être associée à une production sonore. La synchronisation est l'une des formes majeures de la chronophonie dans la vie sociale.

SYNECDOQUE : Pour l'auditeur d'une ambiance sonore complexe, faculté d'opérer une sélection valorisant un élément ou un autre. Fondamentale, l'écoute sélective traverse la globalité des conduites sonores quotidiennes. Elle s'opère soit par simple vigilance acoustique, soit par détermination d'un critère fonctionnel prédominant, soit par une adhésion à un schéma culturel établissant une hiérarchie.

TÉLEPHONE : Effet de propagation marquant le filtrage des fréquences graves d'un message et rapprochant son enveloppe spectrale de celle de l'écoute téléphonique. Très souvent repéré dans le domaine de la construction, l'effet téléphone est principalement évoqué à propos des diffusions intempestives et des déformations sonores qu'entraînent les gaines et les conduits dans l'habitat.

TRAINAGE : Effet acoustique qui décrit la durée résiduelle d'un son, depuis son arrêt jusqu'au silence ou au bruit de fond. Ce laps de temps, variable selon les sons et les espaces de propagation, recouvre les divers modes de disparition progressive d'un signal à travers les différentes zones fréquentielles. En lutherie acoustique, on appelle aussi *release* le temps d'extinction du son une fois qu'il n'est plus émis. À ne pas confondre avec la réverbération, qui concerne l'espace de diffusion.

UBIQUITÉ : Effet essentiellement lié à la propagation et marquant la difficulté ou l'impossibilité de localiser une source sonore, comme si le son venait de partout et de nulle part précisément. Au-delà de la seule logique des réflexions d'un son contre les parois

d’un espace qui rendent sa localisation plus ou moins facile, cet effet est une porte ouverte à la dimension métaphysique du sonore. EFFET PROCHE : Délocalisation, Enveloppement, Métabole, Téléphone. EFFET OPP. : Hyperlocalisation, Synecdoque.

ANNEXE 4 – GLOSSAIRE

AP/HP	Assistance Publique / Hôpitaux de Paris
PUCA	Plan urbain et construction architecturale
SLD	Soins de longue durée
SSR	Soins de suite et de réadaptation
IGH	Immeuble de grande hauteur

BIBLIOGRAPHIE

Amourous Charles, Blanc Alain (sous la direction de), 2001, *Erving Goffman et les institutions totales*. L'Harmattan.

Argoud Dominique, Puijalon Bernadette, 1999, *La parole des vieux,* Dunod.

Augoyard Jean-François, 1995, « L'environnement sensible et les ambiances architecturales », *L'espace géographique,* n° 4, pp. 302-318.

Augoyard Jean-François, 2001, « L'entretien sur écoute réactivée », In *L'espace urbain en méthodes*. Op. cit. p. 130.

Augoyard Jean-François, Torgue Henri, 1995, *À l'écoute de l'environnement. Répertoire des effets sonores*, Parenthèses, Marseille. Voir en annexe le lexique des effets.

Demazière Didier, Dubar Claude, 1997, *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Nathan, Paris.

Gaucher Jacques, juin 2002, « La maladie, le handicap ou la régression… quelle vieillesse ? » *Gérontologie et société*, n° 101, Fondation nationale de gérontologie.

Goffman Erving, 1968, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des maladies mentaux.* Ed. de minuit.

Joseph Isaac, 1977, « Prises, réserves, épreuves », *Communications*, n° 65, EHESS, Centres d'études transdisciplinaires, Seuil, p. 133.

Laeng Nathalie, 1990, « Sensibilité des personnes âgées démentes à la voix », *Revue de Musicothérapie*, vol X, n° 2.

Lecourt Edith, 2003, « Pulsations de groupes et temporalité. Le groupe fatigué ». Article qui paraîtra dans la *Revue de Psychosomatique*.

Léothaud Isabelle sous la direction de Augoyard Jean-François et Hégron Gérard, 2001, *Ambiances architecturales et comportements psycho-moteurs. De l'observation à l'aide à la conception. Le cas d'une structure pédo psychiatrique,* Travail de DEA, CRESSON, Grenoble.

Leroux Martine avec Bardyn Jean-Luc et Thibaud Jean-Paul, 1999, *Les ambiances des espaces d'accueil du service de radiodiagnostic de l'Institut Gustave Roussy*, CRESSON, Grenoble.

Leroux Martine, Odion Jean-Pierre *et al*., 1997, *Réduction des nuisances acoustiques en phase chantier – Hôpital local de Sainte-Maure-de-Touraine*, CRESSON, Grenoble.

Quéré Louis, 1982, *Des miroirs équivoques, aux origines de la communication moderne,* Aubier Montaigne, Paris.

Peneff Jean, 1992, *L'hôpital en urgence*, *étude par observation participante,* Ed Métaillé.

Sennett Richard, 1979, *Tyrannies de l'intimité*, Seuil, Paris.

Strauss Anselm, 1992, « L'hôpital et son ordre négocié », In Strauss Anselm, textes réunis et présentés par Baszanger Isabelle, *La trame de la négociation,* L'Harmattan, article de 1963, pp. 87-113.

Thibaud Jean-Paul, 2001, « La méthode des parcours commenté », In Grosjean Michèle et Thibaud Jean-Paul, *L'espace urbain en méthodes,* Parenthèses, Marseille, 174 p., p. 81.

Hôpital Bretonneau, Histoire des hôpitaux, Assistance Publique / Hôpitaux de Paris.

150 ans de l'AP-HP, Témoignages sur l'histoire du groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard, Assistance Publique / Hôpitaux de Paris, 1999.

TABLE DES MATIERES

Introduction **3**
Contexte 5
Positionnement 5
Objectifs 6
Méthodologie et déroulement de l'étude 7

Première partie AMBIANCES SONORES **11**
Méthodologie **13**
1. Enquête selon la méthode des parcours commentés 13
1.1. Parcours commentés à l'hôpital 13
1.2. Analyse du corpus d'entretiens 15
2. Organisation des résultats 17
2.3. Monographies 17
2.4. Situations sonores 18

Bretonneau **21**
1. Présentation 21
1.1. Les missions du nouvel hôpital Bretonneau 21
1.2. Environnement sonore 22
2. Parcours de la rue jusqu'aux maisonnées 25
2.1. Calme paradoxal et animation 25
2.2. Conscience de sa production sonore 29
2.3. Convivialité active 29
2.4. Une publicité réservée et préservée 30
2.5. Mise en valeur réciproque du bâti et de l'animation 32
3. Repas 34
3.1. Le repas : une situation sonore animée parmi d'autres 34
3.2. Les prémisses d'une gestion sonore 35
3.3. De l'empathie aux « ambiances conflictuelles » 36

3.4. Comme à la maison ou comme au restaurant ? 37
3.5. Vers un équilibre sonore 38
4. Après-midi 40
4.1. Confusion potentielle 40
4.2. Production – gestion sonores : une question de principes 44
4.3. La dynamique de Bretonneau 47
4.4. « Ambiance agréable – chaleureuse » 48
4.5. Ouverture spatiale et animation 49
5. Endormissement 51
5.1. La distinctibilité de la nuit 51
5.2. Production sonore discontinue 52
5.3. Répondre aux difficultés à l'endormissement 53
5.4. « La nuit, ça reste assez calme » 54
5.5. Une attention récente au calme – à poursuivre 54

Bichat - Pavillons 57
1. Présentation 57
1.1. L'hôpital Bichat - Claude Bernard 57
1.2. Environnement sonore 58
2. Parcours jusqu'aux unités 62
2.1. Filtrage et estompage de l'environnement sonore urbain 62
2.2. Jouer avec la réverbération 65
2.3. Une sociabilité potentielle 66
2.4. Ambiances hospitalières ? 68
2.5. Pour un cheminement attractif – continu/discontinu 70
3. Repas 72
3.1. Une immersion active et subie 72
3.2. L'inévitable production sonore 74
3.3. Les limites de la convivialité 74
3.4. Densité sonore 75
3.5. Vers une diversité des espaces sonores 76
4. Après-midi 78
4.1. Familiarité et vacuité sonores 78
4.2. Des pratiques sonores « unitaires » et individuelles 80
4.3. Des animations trop rares 83
4.4. Ennui 84
4.5. Animer 85
5. Endormissement 87
5.1. Habitudes sonores en SLD, suspicion en SSR 87
5.2. Une production sonore limitée 88
5.3. Un isolement familier 88
5.4. « Le silence de la nuit » 89
5.5. Question de l'éloignement des chambres 90

Service de gériatrie aiguë **91**
1. Présentation 91
1.1. Création du service 91
1.2. Environnement sonore 92
2. Parcours sonore du parvis jusqu'au service 94
2.1. Mise à distance de l'environnement et projection fonctionnelle 94
2.2. Visiteurs et patients en attente 97
2.3. Abandon de la ville vers l'univers construit de l'IGH 97
2.4. À la recherche de transition 99
3. Après-Midi 101
3.1. Une perception liée à l'activité 101
3.2. La production sonore d'un service médicalisé 103
3.3. Des échanges autour des soins 104
3.4. Un service agréable dans un environnement « impersonnel » 105
3.5. Vers une convivialité partagée – ambiances musicales 106
5. Endormissement 108
5.1. Calme avec « bourdon » 108
5.2. Couloir et chambres potentiellement sonores en début de nuit 109
5.3. Isolement 109
5.4. « Les petits bruits de la nuit » 109
5.5. Question de la surveillance sonore 110

Les enjeux paradoxaux des ambiances sonores **111**
1. L'hôpital et la ville : séparer – relier 111
1.1. Rapport à l'espace urbain 111
1.2. Rappeler la ville 112
2. Les services hospitaliers : apaiser – animer 114
2.1. Amplitude de la notion de calme 114
2.2. Mélange sonore ordinaire 116
2.3. Émergences 117
2.4. Fond sonore / animation 118

Deuxième partie LES AXES DE LA CONCEPTION SONORE **121**
Méthodologie **123**
1. Enquête selon la méthode des entretiens sur écoute réactivée 123
1.1. Une autre approche du vécu sonore 123
1.2. À l'écoute des situations sonores 124
2. Analyse et présentation des résultats 125

Résultats **127**
1. L'analyse des fragments 127
1.1. Parcours de la rue Joseph de Maistre à une maisonnée – Bretonneau 128
1.2. Parcours du parvis principal jusqu'à une unité de SSR – Bichat 131

1.3. Parcours du parvis principal jusqu'au 14e étage de la tour gériatrie aiguë – Bichat 134
1.4. Hall des pavillons de gériatrie – Bichat 136
1.5. Avant le déjeuner – Bretonneau 138
1.6. Dîner – Bichat 140
1.7. Début d'après-midi dans une unité de SLD – Bichat 142
1.8. Scène de brancardage dans une unité de SSR – Bichat 144
1.9. La Porte – Bretonneau 146
1.10. Accueil du service de gériatrie aiguë 149
1.11. Espace-salon du service de gériatrie aiguë 150

Axes sonores de la conception De l'acoustique à l'esthétique 151
1. « Révélation » des sons hospitaliers ordinaires 151
2. Quatre axes de conception sonore 152
2.1. Isolation – protection 153
2.2. Réverbération – confort 154
2.3. Diversification – dispositifs 155
Création – concept 156

Conclusion 157

Annexe 1 Plans des services des trois terrains **161**
Annexe 2 Liste des personnes interviewées - Parcours commentés entretiens sur écoute réactivée **167**
Parcours commentés – Bretonneau 168
Parcours commentés – Bichat 170
Parcours commentés – 14è Étage - Gériatrie aiguë 171
Entretiens sur écoute réactivée 172
Bretonneau 172
SSR et SLD Bichat 172
14e Gériatrie Aiguë – Bichat 172
Annexe 3 - Lexique des effets sonores **173**
Annexe 4 – Glossaire **181**

Bibliographie 183

Table des matières 185