



HAL
open science

Les ambiances des espaces d'accueil du service de radiodiagnostic de l'institut Gustave Roussy

Martine Leroux, Jean-Luc Bardyn, Jean-Paul Thibaud

► To cite this version:

Martine Leroux, Jean-Luc Bardyn, Jean-Paul Thibaud. Les ambiances des espaces d'accueil du service de radiodiagnostic de l'institut Gustave Roussy. [Rapport de recherche] 49, CRESSON. 1999, pp.97. hal-01364158

HAL Id: hal-01364158

<https://hal.science/hal-01364158>

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.



Centre de recherche sur l'espace sonore
et l'environnement urbain



Martine LEROUX

avec

Jean-Luc BARDYN

Jean-Paul THIBAUD

**Les ambiances des espaces d'accueil
du service de radiodiagnostic
de l'Institut Gustave Roussy**

novembre 99

Cette étude a vu le jour et a pris forme grâce :

- à Jean-Christophe Royoux et Mari Linnman, médiateurs de la Fondation de France, commanditaires de l'étude,*
- à Jean-François Augoyard, fondateur et directeur du CRESSON,*
- au professeur Robert Sigal, chef du service de radiodiagnostic de l'Institut Gustave Roussy,*
- et surtout à tous ceux, patients et professionnels de l'Institut, qui ont accepté de participer à l'enquête.*

Merci à tous

Martine Leroux, Jean-Luc Bardyn et Jean-Paul Thibaud

INTRODUCTION

Contexte

À l'Institut Gustave Roussy (IGR), le réaménagement du service de radiodiagnostic et l'installation de l'unité d'échographie dans les locaux du premier sous-sol, s'accompagnent d'une réflexion sur les modalités d'accueil des patients et de leurs familles. Ces deux services effectuent respectivement 40 000 et 15 000 actes par an et le service de radiodiagnostic reçoit plus de 300 personnes par jour qui y passent entre 20 minutes et 2 heures.

L'intervention d'artistes dans les nouveaux espaces d'accueil qui viennent d'être définis est souhaitée par l'IGR. Dans le cadre du **programme des "nouveaux commanditaires" lancé par la Fondation de France**, le service de radiodiagnostic de l'IGR et plus largement le département d'imagerie médicale auquel il appartient, est prêt, aidé par les médiateurs de la Fondation de France, à formuler un projet artistique et à en passer commande auprès d'artistes proposés par cette Fondation.

Point de vue méthodologique

Comment orienter, définir le projet artistique en adéquation avec ce lieu, entendu aussi bien au sens de configuration spatiale, espace fonctionnel, que lieu anxiogène par les enjeux qu'il comporte pour les patients ? Comment appréhender l'accueil et plus particulièrement les espaces d'accueil en tenant compte des attentes des différentes catégories de patients, des pratiques du service et de l'évolution des relations entre les professionnels et les malades, notamment à propos de la question de la transmission des résultats ?

D'un point de vue méthodologique, l'observation et la définition des **ambiances** de ce lieu permettent de répondre à ces questions, en d'autres termes d'aborder par le biais de la qualification de ces espaces les différentes composantes de l'accueil - usages propres à ces espaces, relations qui s'y développent ponctuellement entre les patients et le

personnel, caractéristiques de cet environnement, etc. Les ambiances de ces espaces d'accueil ne résultent pas des seules caractéristiques physiques mais de l'interaction entre les personnes qui sont amenées à y circuler ou y séjourner et l'environnement ; "notre relation avec l'environnement sensible et formel est à concevoir comme un échange, une circulation constructive entre le donné et le configuré, le senti et l'agi, le perceptible et le représentable"¹. Ainsi, loin d'être déterministe (stimuli environnementaux - réactions des sujets), l'approche des phénomènes d'ambiances permet de nommer du "sensible" toujours complexe.

Finalement, l'objet de cette enquête dans le service de radiodiagnostic ne porte-t-il pas sur l'hospitalité de cet espace ? Poser cette question, c'est "(...) s'interroger sur la politique de l'offre qu'il [l'espace] met en oeuvre, sur le degré auquel il nous regarde, nous invite à prendre place, par les yeux (c'est dans le domaine de la vision que les travaux de l'écologie de la perception se sont développés), mais aussi par les pieds, les mains"². Dans cette perspective, nous nous intéressons à un "être de locomotion"³ dont la perception se développe au cours d'une activité située et participe d'une intersensorialité mal connue...

Objectifs

À la conjonction des espaces tels que définis physiquement et des effets perçus et exprimés au cours des entretiens, quelles sont les ambiances de ces lieux ?

Les objectifs de l'enquête et des observations visent à :

- définir les modalités de la pratique quotidienne de l'accueil,
- saisir les perceptions et les représentations sociales associées à ce lieu - points de vue des patients et des professionnels - et qualifier les espaces de l'accueil,
- et, en fonction de l'ensemble des résultats dégagés précédemment, envisager des principes destinés à guider l'intervention artistique.

Par ailleurs, au-delà des résultats eux-mêmes, il est important de souligner que la participation à l'enquête des patients et des membres du personnel doit contribuer :

- à la formation du groupe des "nouveaux commanditaires",
- à la création d'une dynamique dont la finalité à court terme est l'élaboration collective d'un cahier des charges et, à long terme, la réflexion sur les pratiques de l'accueil qui ont pour cadre ces espaces.

¹ Jean-François AUGOYARD. Éléments pour une théorie des ambiances architecturales et urbaines. *Les cahiers de la recherche architecturale*, n° 42/43, éd. Parenthèses, Marseille, p. 21.

² Isaac JOSEPH. Prises, réserves, épreuves. *Communications*, n° 65, EHESS, Centre d'études transdisciplinaires, Seuil, 1997, p. 133.

³ Ibid., "Gibson (...) part d'un postulat qui fait de l'homme ou de l'animal percevant un "être de locomotion". p. 134.

Méthodologie

Pour répondre à ces objectifs, nous avons recouru successivement :

- à l'observation des espaces d'accueil et des activités qui s'y déroulent au cours de la journée ainsi qu'au recueil de données sensibles,
- à une enquête auprès des différents acteurs concernés : patients, membres du personnel et des représentants d'une association de malades.

Cette méthode, classique dans sa démarche, repose sur des **entretiens avec réactivation sonore et visuelle**. Les séquences sonores et les photos que nous soumettons à la personne interviewée ou à un petit groupe sollicitent une parole plus riche que le simple questionnement sur l'environnement. L'entretien sur écoute réactivée que le Cresson a mis au point dès le début des années 80, ici étendu au visuel par la médiation des photos, vise à lever les obstacles inhérents aux interviews ; il s'agit de replacer l'interlocuteur dans un contexte sensible pour qu'il puisse en parler sans recourir uniquement aux représentations que le discours est toujours prompt à utiliser. En fait, l'interviewé se trouve dans une double position :

- d'une part, l'environnement lui est restitué et il peut évoquer aussi bien sa perception que des anecdotes ayant trait à ses pratiques dans cet espace-là ... ;
- d'autre part, une distance s'établit nécessairement entre lui et ce réel qui n'en est pas un, l'invitant à sortir du contexte qu'il imagine ; son commentaire, en ce sens, ouvre sur d'autres perceptions, associations, représentations ...

Déroulement de l'enquête

Voir en annexe les données de terrain : échantillon et schémas d'entretien

PREMIÈRE PHASE

Après une brève recherche documentaire pour nous familiariser aux problèmes spécifiques du milieu hospitalier, nous avons réalisé une première série d'entretiens auprès de 8 membres des personnels d'accueil et soignant ayant une responsabilité dans le service et auprès de 2 représentants d'une association de malades. Organisation du service, problèmes rencontrés par les professionnels, perception et appréciation des espaces d'accueil existants, etc., tels étaient les thèmes abordés au cours des interviews et adaptés aux interlocuteurs. Parmi ces derniers, certains d'entre eux ont effectué un parcours commenté⁴.

Par ailleurs, nous avons interviewé de manière informelle 3 patients.

⁴ Méthode mise au point par Jean-Paul THIBAUD lors d'une recherche sur les ambiances souterraines qui consiste à demander à la personne interviewée de commenter, selon les différentes modalités sensorielles, les espaces qu'elle traverse. Voir CHELKOFF, Grégoire. THIBAUD, Jean-Paul. *Ambiances sous la ville*. CRESSON, sept. 1997.

Parallèlement, nous avons constitué un ensemble de données sur les espaces d'accueil : observations de type ethnographique, enregistrements sonores, photos des différents points de vue.

Au terme de cette pré-enquête, nous avons :

- sélectionné les fragments sonores et les images caractéristiques des lieux en vue de la seconde phase,
- élaboré le schéma d'entretien basé sur la réactivation.

DEUXIÈME PHASE :

Cette phase a été consacrée à l'enquête auprès :

- des patients (10 entretiens individuels et interview d'un petit groupe)
- des membres du personnel (3 entretiens individuels et interview d'un petit groupe).

Tous les entretiens ont été enregistrés. Dans le cadre des entretiens individuels, nous avons eu recours à des photographies couleur sur papier pour que l'interlocuteur puisse manipuler comme il le souhaitait ces documents ; en revanche dans le cadre des réunions de groupe, nous avons montré des diapositives.

TROISIÈME PHASE :

Analyse des entretiens et restitution des résultats ont constitué la troisième phase.

L'analyse des résultats, avant d'être complètement finalisée, a été discutée avec le médiateur de la Fondation de France et les architectes chargés de l'intervention artistique. En effet, le but de ce travail était de contribuer à l'élaboration du cahier des charges du projet artistique et de constituer une base de réflexion pour le groupe des "nouveaux commanditaires".

L'enquête a été réalisée au début du mois de mai (première phase) et les 30 juin, 1er et 2 juillet 1999 (seconde phase).

Plan des résultats

Première partie : toile de fond de l'analyse - présentation des locaux, des pratiques, et description experte des ambiances ;

Deuxième partie : analyse des entretiens des patients et des professionnels relatifs à la perception de ces espaces d'accueil et à leurs ambiances ;

Troisième partie : réflexion concernant l'aménagement des futurs espaces d'accueil.

Nous avons fréquemment recouru aux paroles de nos interlocuteurs (en italiques dans le texte) pour illustrer l'analyse.

Première partie

RESTRUCTURATION DES LOCAUX - ACCUEIL EN QUESTION

Pour appréhender les enjeux de la restructuration des locaux et de l'intervention artistique, cette première partie présentera :

- l'IGR et plus précisément le département d'imagerie dont fait partie le service de radiodiagnostic,
- l'organisation du service et de l'accueil,
- la description experte des données sensibles des espaces d'accueil, notamment visuelle et sonore.

Quels sont les fondements et les pratiques d'un service d'accueil en évolution ? Au-delà du service professionnalisé, n'est-ce pas l'hospitalité qui est ici questionnée⁵ ? À quels enjeux professionnels les futurs espaces d'accueil doivent-ils répondre ?

La première partie de ce travail n'est qu'apparemment détachée de la question des espaces eux-mêmes. Elle les considère en fait comme le cadre des activités qui s'y déploient et concourent à la création des ambiances du service, thématique que l'état des lieux selon les modalités sensorielles introduit à la fin de cette partie.

Les résultats s'appuient ici sur :

- les entretiens avec les professionnels,
- des notes remises par nos interlocuteurs,
- les plans des locaux,
- l'expertise Cresson.

⁵ Voir article de Anne GOTMAN. La question de l'hospitalité aujourd'hui. *Communications*, n° 65, EHESS, Centre d'études transdisciplinaires, Seuil, 1997, pp. 5-18. "Hospitalité, accueil : les logiques ne sont pas équivalentes. L'hospitalité est-elle réductible au supplément de civilité que comporte l'accueil professionnalisé d'une relation de service accomplie ? Et si l'accueil est une *mimésis* de l'hospitalité que mime-t-il au juste ?"

1. PRÉSENTATION DU SERVICE DE RADIODIAGNOSTIC ET DU DÉPARTEMENT D'IMAGERIE

1.1. L'Institut Gustave Roussy

L'Institut Gustave Roussy (IGR) est l'un des principaux Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) en Europe. Il accueille chaque année plus de 10 000 nouveaux patients et 140 000 consultants et la file active des patients - c'est-à-dire de patients suivis en permanence - est de 45 000. Ses activités sont consacrées à la clinique, à la recherche et à l'enseignement en cancérologie. Établissement privé à but non lucratif, environ 2 500 personnes y travaillent dont plus de 300 médecins et 500 chercheurs.

L'IGR, comme tous les établissements de soins, doit mettre en oeuvre un contrat d'objectifs sous la tutelle de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ; signé en 1998, ce contrat engage l'Institut pour cinq ans. L'IGR est en outre soumis à l'évaluation de ses structures par l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé (ANAES).

Les investissements engagés pour mener à bien les objectifs définis concernent :

- le renouvellement du Système d'Information de l'Institut,
- et la restructuration architecturale.

De ce point de vue, sont prévues la transformation de l'accueil du rez-de-chaussée, l'installation et la modernisation du plateau-technique au niveau -1 ... Les travaux effectués dans le service de radiodiagnostic annoncent la restructuration de l'IGR qui vise à améliorer la qualité de la prise en charge ambulatoire ; ce qui suppose un regroupement géographique des consultations. À cet égard, le département d'imagerie est directement concerné dans la mesure où environ 90% des patients ambulatoires s'y rendent au cours de leur visite.

1.2. Le département d'imagerie

Le point commun du département d'imagerie est *"une logique médico-technique ; machines encombrantes, soumises à autorisation, induisant des précautions dans le domaine de la radio-protection"*.

L'imagerie diagnostique constitue la finalité essentielle (99%) du département ; elle comporte trois entités :

- le service de radiodiagnostic situé au premier sous-sol, il effectue environ 40 000 actes par an,

- le service d'échographie, situé au 8ème étage, il sera installé au premier sous-sol après les travaux ; environ 15 000 actes par an y sont réalisés ;
- le service de médecine nucléaire diagnostique (scintigraphie) au 8ème étage.

Deux autres pôles ont une mission de traitement :

- en radiologie interventionnelle au premier sous-sol, 1 500 malades sont pris en charge chaque année ;
- 12 lits dédiés au traitement des tumeurs endocrines se trouvent au 8ème étage en médecine nucléaire.

Le service de radiologie diagnostique (voir plan en annexe) se compose de trois secteurs distincts :

- secteur destiné aux actes standards ou conventionnels (par exemple, les radiographies du thorax, osseuses, les examens digestifs ...),
- un secteur d'imagerie du sein,
- un secteur scanner et imagerie par résonance magnétique (IRM) installé en 1998.

Les **travaux** en cours dans le service ont pour objectifs :

- la remise à neuf des blocs de radiologie conventionnelle et sénologie,
- la création d'un PC imagerie pour le département ,
- l'aménagement de l'unité d'échographie,
- la remise à neuf des espaces d'accueil.

La **zone d'intervention artistique** concerne :

- la salle d'accueil dite "aquarium" ou encore "bocal"
- l'arrivée des ascenseurs patients (à distinguer du hall des monte-charge brancards)
- extension possible sur les escaliers et les espaces d'attente qui seront refaits.

L'**enquête** porte sur les espaces d'accueil et d'attente du service de radiodiagnostic :

- hall des ascenseurs,
- les deux espaces d'accueil : "aquarium" (accueil général) et accueil IRM-scanner,
- les espaces d'attente (utiles ou non au moment de l'enquête),
- les cabines.

Lors de l'enquête, certaines parties du service de radiodiagnostic soumises au désamiantage étaient scellées, notamment l'attente sénologie. Selon les examens prescrits, les patients se dirigeaient vers :

- l'attente de la radiologie conventionnelle située près des fenêtres donnant sur le patio,
- l'attente provisoire mammographie installée au bout d'un petit couloir (avec une fenêtre sur le patio)
- l'accueil et l'attente IRM-scanner.

Tous les espaces de l'IGR sont identifiés par un nom de ville ; au niveau -1, nous avons rencontré les attentes :

- Valençay : fermée actuellement, était dédiée à la sénologie,
- Cheverny : attente attenante au "bocal"
- Saumur et Talcy : radiologie conventionnelle,
- Beaugency : ancienne attente pour le scanner.

Le **personnel** regroupe : 7 médecins temps plein, 7 médecins temps partiel, 1 surveillante, 21 techniciens manipulateurs, 2 aides manipulateurs, 6 secrétaires médicales et une équipe d'accueil des patients de 5 personnes.

Des réunions régulières permettent la communication et la circulation de l'information entre les soignants du service :

- réunion du personnel d'encadrement et des médecins temps plein : 1/15 jours,
- réunion des référents (personnels qui ont un rôle technique) : 1/mois pour chaque secteur (conventionnel, mammographie, IRM-scanner),
- réunion de tous les manipulateurs et de l'encadrement animée par la surveillante : 1/15 jours,
- et réunions regroupant différentes catégories de personnel à l'échelle du département d'imagerie (1/mois), ou de l'IGR.

2. ACCUEIL

Accueillir les patients, *"c'est enregistrer le fait qu'ils sont là, bien prendre en compte qu'ils sont arrivés pour cela, il faut un personnel d'accueil et non quelqu'un qui dit "posez votre carton là" ; une fois accueillis, il faut qu'ils soient orientés ; (...) l'accueil est fait à partir du moment où ils sont assis, (...) c'est aussi orienter les patients à la sortie"*. Cette approche qui peut paraître fonctionnelle suppose toutefois selon notre interlocuteur, que *"les malades aient le sentiment d'être accueillis"*. Ceci complique nécessairement la tâche.

Ces propos mettent en évidence deux aspects de l'accueil et plus globalement d'ailleurs de la prise en charge de la personne malade dans le cadre hospitalier :

- d'un côté, les patients sont appréhendés comme des "objets d'organisation"⁶,
- de l'autre, comme des sujets, malades, avec lesquels une relation s'instaure.

⁶ Cette expression figure dans un article rédigé par des élèves de l'ENA : La place des usagers à l'hôpital public. *Revue française des affaires sociales*, oct-déc 1991, p. 83. Les auteurs suggèrent de considérer les usagers de l'hôpital comme les sujets de l'organisation.

Quelles sont les modalités actuelles de l'accueil ? Comment les professionnels conjuguent-ils ces deux aspects pour que l'organisation ne l'emporte pas sur la relation ?

2.1. Organisation spatio-temporelle

2.1.1. DES DONNÉES SPATIALES INADAPTÉES À L'ACCUEIL ET À L'ATTENTE

* "Espaces d'attente inexistants"

À l'exception du hall IRM-scanner, aucun espace au moment de l'enquête ne s'impose comme espace d'attente. Avant les travaux, "l'aquarium" que tous les patients traversaient nécessairement avant de se rendre au secteur radiologique qui les concernait, faisait également office de salle d'attente pour les radios du thorax en particulier. La réduction significative de la surface de cet espace consécutive aux travaux et la diminution qui s'est imposée du nombre des radios du thorax a supprimé cette fonction d'attente. Restent le distributeur de boissons dans un coin et quelques sièges alignés le long des murs.

Les professionnels se déclarent frappés par l'absence d'espaces d'attente dans la partie ancienne du service : *"a priori, il n'y a pas de salle d'attente, tout se passe dans les couloirs"*. Un médecin qui a travaillé dans les locaux dès leur ouverture explique la faiblesse de la conception architecturale de ce point de vue : *"pour le directeur, avec l'ordinateur, il n'y aurait plus d'attente"*.

L'attente des patients en chaise ou en brancard pose des problèmes évidents d'ordre spatial et humain. D'une part, vu l'exiguïté des espaces d'attente qui se confondent dans certaines configurations avec les espaces de circulation, brancards ou chaises peuvent gêner le passage des autres patients ou du personnel. D'autre part, comment supporter la vue de malades beaucoup plus malades que soi, se demandent les soignants ? *"Il y a des situations qui sont assez difficiles à supporter. Nous, on a l'habitude parce qu'on travaille dans ce milieu, mais pour les gens qui sont en salle d'attente !"*, déclare un professionnel de l'accueil.

Par ailleurs, **ces espaces ne sont pas adaptés à la présence des enfants**. Comment occuper les enfants malades pour apaiser leur angoisse ou ceux qui parfois accompagnent leurs parents le temps d'une consultation ? *"Il y a les enfants qui attendent, qui crient, qui jouent, qui courent..."*, remarque un soignant.

Le hall IRM-scanner donne des réponses spatiales aux différents problèmes posés ici. Il présente :

- deux espaces d'attente : l'un pour les adultes, l'autre pour les enfants,
- un comptoir qui permet au personnel de l'accueil d'identifier les patients qui attendent,
- trois boxes pour les brancards,

- la video-surveillance pour les boxes,
- et, des cabines plus spacieuses que les "*déshabillloirs*" des autres secteurs du service.

Dans le cadre de la restructuration des locaux, deux autres espaces destinés aux brancards sont prévus : l'un à proximité de la radiologie conventionnelle et de la sénologie, l'autre en échographie. Mais, ces lieux d'attente ne résolvent pas le problème des flux qui se croisent dans le service : différents types de patients, personnel, et chariots que nous avons été surpris de rencontrer.

***Flux**

Les professionnels regrettent l'absence de deux circuits, l'un pour les patients valides, l'autre pour les patients en brancard. Jusqu'à présent, patients ambulatoires qui empruntent l'ascenseur et parfois, pour éviter d'attendre trop longtemps, les escaliers, et patients en chaise ou brancard qui parviennent au sous-sol par les monte-charge, passent tous par l'accueil dit "aquarium". Pour conduire les patients au secteur prescrit, les brancardiers utilisent les espaces de circulation et y rencontrent certains obstacles : étroitesse des couloirs et surtout passage des brancards au milieu des patients qui attendent. L'attente en radiologie conventionnelle est particulièrement perturbée parce qu'elle est située sur le trajet qui mène vers la radiologie interventionnelle (passage des lits des patients vers ce service).

Un couloir parallèle est prévu depuis le hall des monte-charge **en direction du service d'échographie** qui sera installé fin 1999 au niveau -1. Ce trajet évitera donc "l'aquarium". *"Il va y avoir un flux au -1 d'environ 4 000 malades de plus en chaise ou en brancard, ou en lit (...) Donc vous voyez l'importance que ça peut avoir sur la circulation des ascenseurs et sur cette zone-là où ils vont arriver (...) sans parler du flux des dossiers, qui est un autre problème"*, déclare le médecin responsable du service. Il soulève un problème spécifique à l'IGR dont les flux s'organisent non seulement horizontalement mais verticalement. **"On a un souci de circulation verticale, un déficit d'ascenseurs"**, souligne un interlocuteur qui travaille au niveau-1.

En ce qui concerne **les dossiers**, les pratiques sont un peu différentes selon les services. Dans le service de radiodiagnostic, selon le type d'examen, les dossiers sont portés peu de temps après l'examen dans les étages où les consultations ont lieu, ou bien, si les compte-rendus demandent un délai, ils sont rassemblés et acheminés sur des chariots. La veille des examens, les secrétaires préparent également ces dossiers. En échographie, le compte-rendu réalisé après l'examen "suit" le malade ambulatoire ou hospitalisé. C'est le personnel qui porte le dossier dans le service où se rend le malade. Or, nous dit-on, l'échographie jusqu'alors située au 8ème étage a une position centrale par rapport aux autres services et il est facile d'emprunter les escaliers si les ascenseurs sont indisponibles. Au sous-sol, la question se posera autrement.

Au flux des personnes, s'ajoutent les flux objets ; "c'est qu'il y a les chariots de la nourriture le matin qui passent à 8h, ça pour rajouter à la sensation d'entrepôt dans ces couloirs-là. Déjà la nourriture qui passe à-côté des chariots et des brancards... Quand vous avez les gouttes du jus de poisson qui tombent du chariot...", nous disent les professionnels au cours de la réunion. Ce problème devrait être réglé, une fois les travaux terminés.

"À partir de la base logistique -1 et -2, circulent également des biens pharmaceutiques en grande quantité, il faut faire en sorte que ces flux objets massifs, pour des motifs esthétiques et sécuritaires, soient aussi éloignés que possible des croisements des flux patients et personnels", selon le responsable de la pharmacie.

Nos interlocuteurs rappellent qu'à l'emplacement du plateau IRM-scanner, se trouvait la lingerie. *"On y a gagné"*, dit l'un d'eux, la création de cet espace a diminué le nombre de chariots en circulation au niveau -1.

*** Flux des patients au moment de l'enquête**

Le service de radiodiagnostic reçoit environ 40 000 patients, soit, avec les familles environ 80 000 personnes par an, nous dit-on ; c'est donc environ 300 personnes par jour qui passent dans le service. Nous avons observé une fréquentation moindre lors de l'enquête ; à certains moments de la journée, les espaces de circulation sont quasiment déserts. Pendant cette période des travaux, il est demandé aux patients de faire leur radio du thorax à l'extérieur : *"ça nous fait un flux de patients, avec les thorax, une moyenne de 100 patients par jour, mais pas en ce moment, peut-être 30% en moins"*, selon la responsable de l'accueil. Après les travaux, d'ailleurs, *"ça serait bien de continuer à inciter les gens à venir avec leur thorax, ça permettrait de libérer les appareils pour autre chose"*.

2.1.2. GESTION TEMPORELLE

*** Organisation temporelle du service**

Le service de radiodiagnostic est ouvert les cinq premiers jours de la semaine de 8 heures à 20 heures, mais les horaires diffèrent selon les secteurs :

- les examens conventionnels sont pris en charge entre 8h30 et 19 heures,
- ceux de sénologie entre 8h30 et 17h30,
- enfin, les scanners et IRM entre 8 heures et 20 heures (le lundi et le mercredi sont réservés aux scanners et IRM des enfants).

Un service continu est assuré en dehors de ces heures et de ces jours d'ouverture.

Quant aux deux accueils, ils sont ouverts respectivement de :

- accueil général ("bocal") : 8h - 17h30,
- accueil IRM-scanner : 8h - 20h.

Une ou deux personnes peuvent se trouver dans chacun des accueils selon les périodes de la journée : quatre personnes de l'équipe d'accueil travaillent à temps plein : deux de 8h à 17h, et deux de 12h à 20h ; une personne travaille à mi-temps. Lorsque l'une d'entre

elles est absente, l'organisation des emplois du temps devient très difficile ; en situation normale, *"il y a déjà un gros problème au niveau fonctionnement ; par exemple à l'heure du déjeuner, entre midi et 1h en général il n'y a personne en IRM-Scanner parce qu'il y a une seule personne qui fait et l'entrée du service et la réception IRM, donc c'est très très lourd à gérer. C'est vrai qu'à ce moment-là, on a le téléphone qui sonne, on a les faxes urgents, on a les gens qui s'adressent à vous, on n'est pas forcément toujours très disponibles..."*

Ces horaires ont été établis pour éviter l'isolement des patients le soir : *"en IRM-Scanner, on a des examens jusqu'à 19h-19h15, et c'est difficile de partir en laissant encore des gens dans la salle d'attente (...) c'est une espèce de panique quand ils voient la personne à l'accueil qui s'en va"*.

*** Durée des examens - attente des patients**

Les patients passent de 20 minutes à 2 heures dans le service. À quoi tiennent ces différences temporelles ?

Tout d'abord, la durée des examens :

- une mammographie est programmée toutes les 20 minutes,
- un scanner, toutes les 20 minutes également,
- une IRM, toutes les 40 minutes.

Pour les examens conventionnels, le rythme est plus rapide ; *"un thorax standard, ça prend 3 minutes"*.

Mais, *"entre ce qui est prévu et ce qui est réalisé !"*, s'exclame une manipulatrice ; *"on essaie de planifier au mieux nos rendez-vous, mais le matin, seuls les patients qui n'ont que la radio viennent chez nous"*. La programmation est bousculée par :

- la programmation elle-même : *"la cadence des scan, par exemple est difficile à tenir"*, nous dit-on,
- le fait que les patients externes peuvent subir d'autres examens (prélèvements notamment) avant de venir dans le service de radiodiagnostic,
- la nécessité d'intercaler les rendez-vous urgents - ainsi, en échographie, chaque jour, environ 40% des examens sont faits en urgence (consultations ou hospitalisations),
- le retard pris à la suite d'examen qui ont duré plus longtemps que prévu.

En sénologie, notamment, la durée d'attente peut dépasser les 20 minutes prévues et atteindre une demi heure, voire trois quarts d'heure : *"les dames rentrent pour qu'on leur fasse la mammographie, là, elles sont prises en charge par les manipulatrices, on leur demande de rester en cabine, le médecin regarde les clichés. Après, on demande aux gens parfois de refaire un cliché ou d'enchaîner sur une échographie s'il y a quelque chose de suspect. Donc, elles n'entrent pas et ne sortent pas comme pour le thorax standard"*, raconte la responsable de l'accueil. Pour les patients qui sont en cabine dans l'attente de leur examen, ce temps d'attente non prévu peut accentuer l'angoisse

Par ailleurs, ponctuellement, l'annonce de l'arrivée d'un malade au manipulateur des IRM ou des scanners est parfois retardée, empêchée par des téléphones occupés (besoin d'un interphone).

Les professionnels organisent le rythme des examens selon une **logique temporelle basée sur la souplesse** : *"notre objectif principal : ne pas faire attendre les patients (...)* On essaye de gommer les dysfonctionnements dus à la lourdeur et au nombre de malades par une disponibilité permanente". En fait, le personnel d'accueil et les soignants effectuent **une gestion spatio-temporelle permanente** ; afin de prévenir les patients et de les rassurer, ils doivent veiller :

- à l'ordre du passage des patients qui arrivent et s'installent dans les espaces d'attente,
- au temps passé dans les cabines dans l'hypothèse d'un retard pris au cours d'un examen,
- au bon déroulement de l'examen lui-même pour les soignants,
- une fois l'examen terminé, au temps d'attente des patients en chaise ou en lit qui dépendent des brancardiers, *"en nombre assez restreint"*.

Toutefois, et le discours des patients nous amènera à revenir sur la question, le temps d'attente est relativement faible dans ce service, comparé notamment à celui de la consultation.

2.2. Les pratiques d'accueil

2.2.1. LES PRATIQUES ACTUELLES

*** Circuit des patients**

Pour appréhender les pratiques actuelles de l'accueil et les problèmes spécifiques qui peuvent se poser dans le service de radiodiagnostic, il est important de rappeler les enjeux auxquels sont soumis les patients externes lorsqu'ils se rendent à l'IGR. Au terme de plusieurs examens, une consultation est prévue avec le médecin qui, ayant entre les mains les différents résultats, informe le patient de l'évolution de la maladie.

Avant la consultation, les patients suivent un parcours dans l'hôpital, d'un service à l'autre. *"En général pour un patient qui vient à l'IGR, il y a un bilan biologique, puis une radio du thorax ou du bassin, puis la consultation, quelquefois en plus un examen spécialisé ..."* Les patients sont d'abord accueillis au rez-de-chaussée où on leur remet une fiche de circulation avec les différents rendez-vous. Ils livrent un véritable *"parcours du combattant"*, pour monter, descendre, se situer dans le bâtiment, disent les professionnels. Tous ces déplacements sont ponctués par des attentes dans les services successifs ; *"première étape, les patients arrivent au rez-de-chaussée dans le hall, à la grande réception, parfois vous avez 25 personnes, parce qu'il y a là un premier filtrage où l'on demande aux gens de présenter leur carte de sécurité sociale et où les informations sont saisies en direct (...)* et puis il y a un temps d'attente au niveau des ascenseurs".

*** Les gestes de l'accueil**

L'équipe d'accueil prend le relais lorsque les patients arrivent au niveau -1. Les interlocuteurs des services de radiodiagnostic et d'échographie que nous avons rencontrés sont impliqués à des degrés divers dans l'accueil des patients :

- le personnel d'accueil reçoit la fiche du malade, l'oriente, lui indique son temps d'attente, répond aux questions qui ne sont pas médicales ;
- les manipulateurs ou le médecin échographe viennent chercher le malade dans la salle d'attente ; ils l'accueillent soit dans la cabine (IRM-scanner), soit dans l'espace technico-médical ;
- chacun peut être amené au cours de ses déplacements dans le service à renseigner un patient "perdu" dans les couloirs ;
- enfin, dans la mesure où l'accueil, c'est aussi prendre congé, médecins, manipulateurs, personnel d'accueil peuvent orienter le malade vers le service où il doit se rendre ou vers la sortie ; ils ont également à répondre aux questions relatives aux résultats (voir infra).

Cette énumération indique la chronologie des gestes qui accompagnent et guident le patient le temps de son passage dans le service. Ces pratiques, aussi fonctionnelles soient-elles, mettent toujours en jeu la relation avec le patient et on comprend que la responsable de l'accueil à la question des tâches de son équipe insiste sur les relations avec les patients pendant l'attente. Au niveau de l'accueil, dit-elle, *"l'angoisse des patients se déverse"*. Tous les professionnels y sont confrontés. S'ils ne peuvent agir sur le cadre et sur certaines modalités d'accueil, ils tentent de prévenir l'angoisse en informant les patients afin qu'ils puissent maîtriser un peu plus la situation dans laquelle ils se trouvent.

*** Indiquer le temps d'attente**

Le personnel d'accueil, en relation avec les manipulateurs, précise le temps d'attente, indique les retards éventuels et en donne les causes aux patients qui arrivent et s'installent dans les espaces d'attente collectifs.

Les cabines du plateau IRM-scanner représentent un espace d'accueil intermédiaire entre la salle d'attente et la salle d'examen. Les manipulateurs y "préparent" le patient et peuvent dialoguer avec lui dans cet espace ; *"en général le rythme étant ce qu'il est, il y a un patient actuellement qui est en examen par exemple pendant que l'autre patient vient d'être préparé. Quand ça reste dans les 10 minutes, ça va. Si c'est au-delà, il y a une angoisse supplémentaire (...) On leur explique quand même, on leur dit : « Je vous prends dans 5 minutes ou 10, vous allez patienter un petit peu"*.

*** Informer les patients des examens**

Parmi les facteurs d'angoisse, nos interlocuteurs évoquent également la méconnaissance des examens que les patients vont subir. Au niveau de l'accueil, le personnel répond dans la mesure du possible aux questions des malades. *"Nous en fait, on n'a pas de formation*

médicale, alors quand on nous pose des questions un peu trop précises, on les redirige vers les manipulateurs, c'est difficile de s'avancer à donner des explications qu'on ne maîtrise pas parfaitement ", déclare la responsable de l'accueil.

On peut remarquer dans le hall IRM-scanner deux panneaux d'information sur les deux examens : IRM et scanner. Deux fiches d'information sont également distribuées. En effet, nous dit-on, *"il y a une problématique au scanner, c'est que les gens ont rendez-vous ou par fax ou par téléphone ; mais ils n'ont pas forcément vu un médecin en consultation qui leur a expliqué ce qu'on leur allait leur faire"*.

En ce qui concerne les *"examens très spécifiques"*, comme les biopsies sous scanner, *"l'information pourrait être prise en charge par le médecin qui demande l'examen"*, nous dit-on

Les soignants sont conscients du manque d'information des patients et certains d'entre eux s'interrogent sur la terminologie la mieux adaptée pour présenter les informations. Ainsi, les biopsies sous scanner font l'objet actuellement, d'une réflexion, en relation avec les malades ; *"là, cette femme, on lui a dit on vous fait une ponction sous scanner et point. Les mots sont importants, on lui aurait dit, on va vous faire un prélèvement, c'est pas pareil"*. De même, des fiches explicatives sur la mammographie dont le vocabulaire est trop médical doivent être reformulées.

*** Transmettre des résultats**

L'angoisse des patients est en rapport avec la nature même du service, *"la radiologie est essentielle pour fixer un pronostic initial"*, rappelle un médecin et, les malades ont tendance à penser que *"la radio dit bien ou mal, noir, blanc"*. Le radiologue est donc supposé détenir une vérité immédiate sur la maladie. L'échographie est également vécue *"comme un verdict, quelque chose qui peut apporter directement des mauvaises nouvelles que le malade ne veut pas entendre"*, d'autant que *"les anomalies apparaissent directement sur l'écran et les malades le savent"*.

Dans le service de radiodiagnostic, selon le type d'examen, les malades qui rencontrent un médecin sont peu nombreux (environ 30%, nous dit un médecin), les examens étant pratiqués par le manipulateur :

- le scanner, et non l'IRM, se fait sous la responsabilité d'un médecin, *"mais c'est souvent le manipulateur qui imprime et fait circuler"*, le médecin se trouvant dans une autre pièce ;
- en radiologie conventionnelle, la présence d'un médecin n'est pas nécessaire ;
- en mammographie, le médecin surveille les clichés.

En ce qui concerne les scanners et les IRM, les manipulateurs eux-mêmes ont un contact réduit avec le patient, *"on est toujours en retrait derrière la machine et la vitre"*, commente l'un d'eux.

La pratique actuelle relative à l'éventuelle transmission des résultats est basée sur le fait que l'interprétation des examens exige un certain délai. Les résultats sont transmis ultérieurement au clinicien et non immédiatement au patient. *"On a pris l'habitude de dire aux patients, les clichés ne sont pas sortis, il faut comparer aux clichés antérieurs, on ne peut pas vous donner les résultats dans l'immédiat"*, déclare un interlocuteur, *"beaucoup connaissent la maison et s'en vont"*, commente un autre. Après l'examen, les patients rencontrent un radiologue s'ils en font la demande. En général, c'est plutôt lorsque le rendez-vous avec le médecin qui les suit est prévu plusieurs jours après l'examen qu'ils préfèrent avoir des résultats immédiats. Ainsi, *"en mammo, ça dépend, parce que la plupart ont rendez-vous avec le médecin dans la foulée. Pour celles qui ont rendez-vous 15 jours après, je demandais au médecin d'aller voir celles qui avaient quelque chose et je disais aux femmes qui n'avaient rien qu'elles pouvaient partir tranquilles"*.

Pour illustrer l'angoisse des patients et d'une demande rarement formulée, plusieurs de nos interlocuteurs se souviennent que les malades ayant eu une radio du thorax avaient vite compris que les clichés normaux étaient rendus sans compte-rendu tandis que lorsqu'il y avait un problème, sur les dossiers était indiqué "compte rendu dans Simbad", nom du logiciel.

En échographie, les médecins sont amenés à répondre aux patients. Au cours de l'examen, ils s'attachent à maintenir une *"attitude impassible mais pas fermée"* parce que les malades scrutent le visage du médecin qui lui regarde l'écran. En fait, il s'agit *"de ne pas répondre aux questions qui ne sont pas posées"*, de recourir à certaines *"échappatoires"* parfois, déclare un médecin.

2.2.2. FACTEURS D'ÉVOLUTION

* **Évolution culturelle**

Une évolution culturelle, qu'une nouvelle juridiction devrait prolonger, se manifeste aujourd'hui à l'échelle nationale. On notera cette coïncidence entre les dates de l'enquête menée auprès des patients et celle des déclarations du Premier ministre relatives aux "droits du malade"⁷ au terme des États généraux de la santé qui s'étaient déroulés entre l'automne 1998 et avril 1999 ; "à l'issue de huit mois de réunions et de forums citoyens, Lionel Jospin devait conclure la journée nationale de synthèse, en annonçant une loi donnant notamment un accès direct à son dossier médical pour chaque patient"⁸.

Dès 1998, la Ligue nationale contre le cancer organisait les premiers États généraux des malades du cancer ; "(...) Les réunions ont permis, pour la première fois en France,

⁷ Le journal *Libération* daté du 30 juin 1999 titrait : "Patients : le nouveau droit de savoir".

⁸ Journal *Le Monde* daté du 1er juillet 1999.

l'expression des soignés, directe, franche, parfois violente, mais toujours empreinte de dignité et d'émotion, en présence des proches et des soignants : infirmières, médecins généralistes, oncologues"⁹.

Du point de vue terminologique le terme "patient" apparaît caduque : "L'usager de l'hôpital et du système médical n'est plus un patient, mais une personne malade qui a son mot à dire", déclare Bernard Kouchner lors des États généraux de la santé¹⁰.

* **Réflexion relative à la transmission des résultats**

À l'IGR, l'**évolution culturelle** se manifeste sur la question de la transmission des résultats qui s'impose comme "*un courant inéluctable*" :

- le besoin de savoir grandit chez les patients ;
- et parallèlement, les soignants, notamment les plus jeunes, reconnaissent la nécessité d'informer ;
- enfin, une réflexion sur la professionnalisation de la relation au patient, de sa prise en charge, est menée ; un groupe de travail piloté par un oncopsychiatre de l'Institut définira les conditions de transmission des résultats aux malades (participant externe à l'IGR : la Ligue nationale contre le cancer).

Notons que pour les médecins échographes, les différences qu'ils observent dans la demande d'informations tiennent aux personnalités et non à une évolution plus globale de la position des patients. La nature même de l'examen les a toujours soumis aux questions plus ou moins explicites des patients.

Les réunions organisées sur ce thème évitent les réponses systématiques et mettent en regard les arguments favorables et défavorables à la transmission des résultats. Il ne s'agit pas de formaliser leur annonce, mais plutôt d'envisager quelles pratiques sont possibles, et non seulement à l'échelle du service ou du département d'imagerie médicale ; le problème institutionnel à résoudre est celui de la coordination entre les équipes afin de savoir quel est le degré d'information d'un malade ; actuellement, "*quand on entre en relation avec un patient, on est obligé d'être précautionneux pour ne pas faire de bêtise*", déclare un médecin.

Remettre en cause la transmission des résultats, nous dit-on, constitue une réflexion innovante. Il n'est pas certain qu'elle soit jugée nécessaire par tous nos interlocuteurs ; l'un d'eux déclare d'ailleurs que "*c'est un faux problème et qu'on ne transmettra pas des résultats en imagerie ; pour des tas de raisons, un scan ou une IRM prend du temps pour être interprété (...) ; ce qu'il faut réussir à formaliser, c'est professionnaliser notre*

⁹ La Ligue nationale contre le cancer. *Les malades prennent la parole, Le livre blanc des premiers États généraux des malades du cancer*, Paris, Ramsay, 1999.

¹⁰ Journal *Le Monde* daté du 1er juillet 1999.

rapport avec le malade après l'examen, mais pas en déclinant : "voilà, ce que vous avez".

On remarquera que nos interlocuteurs rencontrés individuellement ont tendance à esquiver la question posée directement au cours de l'entretien, en insistant sur la nécessité de donner clairement des informations d'ordre technique sur les examens. Dans cette période intermédiaire, d'évolution des mentalités et des comportements, ils manifestent une position de retrait, dans le discours tout du moins, confrontés à la complexité de la question dans leur pratique.

Parce que, dans leur pratique, les soignants et en particulier les manipulateurs s'adaptent à une demande plus grande de la part des patients, déclare un intervenant au cours de la réunion de groupe. *"Je pense que les patients sont demandeurs, mais on est aussi demandeurs à donner une certaine information. Nous on le gère un peu en fonction de chaque demande et des différents radiologues qu'on a à notre disposition pour répondre. Si c'est par exemple sur le compte-rendu d'un examen, évidemment ce n'est pas à nous de donner le compte-rendu. Mais par contre il est évident que notre rôle est important dans cette partie. C'est-à-dire si le patient est demandeur, il faut que nous on réponde à sa question, à savoir est-ce que derrière on va lui donner ou pas le compte-rendu ?"*

La pratique perturbe donc le consensus selon lequel les résultats sont transmis au clinicien et oblige à évoluer.

À l'IGR, et en particulier dans le service de radiodiagnostic, deux facteurs d'évolution coïncident temporellement :

- d'une part, la **restructuration du sous-sol** qui marque le début de travaux lourds dans l'Institut,
- d'autre part, l'**interrogation sur la transmission des résultats**.

Cette coïncidence, au moment où la conception des espaces d'accueil peut encore évoluer, donne l'occasion de prévoir un lieu destiné à la transmission des résultats.

*** Restructuration du sous-sol**

La transformation des locaux favorise la remise en question des modalités de l'accueil d'autant qu'elle préfigure une transformation plus radicale de l'hôpital. On peut ici reprendre les questions de nos interlocuteurs, indépendamment des implications spatiales ou organisationnelles qu'elles supposent. C'est dans la seconde partie de ce travail que nous les envisagerons en contexte.

- **appel des malades** : *"appeler le malade par son nom dans le couloir est-ce une bonne chose, ou faire apparaître un numéro comme à la sécurité sociale ?"*
- **contrôle des espaces d'accueil et d'attente** : la video-surveillance peut-elle remédier à une configuration spatiale compartimentée ?
- **attente spécifique** : la question que posent globalement les professionnels est : *"faut-il séparer les patients, sectoriser, isoler des malades ?"*, c'est-à-dire soustraire à la vue

des patients les moins malades, les personnes en brancard ou en chaise ; chacun reconnaît également la nécessité de prévoir des espaces pour les enfants.

L'attente spécifique est prévue et souhaitée en échographie ; en revanche, en ce qui concerne la sénologie, elle risque de poser un problème dans la mesure où *"se rencontreront dans cette attente spécifique des femmes qui auront une mammo et des dames qui auront un repérage ou une biopsie. Les gens parlent souvent entre eux et ce n'est pas forcément un bien"* ;

- **"animation"** : *"pour ne pas avoir le sentiment de perdre le contrôle, il faudrait avoir la possibilité de s'occuper"*, déclare un interlocuteur. *"Des patients amènent un bouquin"* qu'ils lisent souvent sans conviction. Comment animer ces espaces, ou plus précisément comment créer dans ces espaces les conditions de leur animation ? Comment susciter chez les patients le désir de s'occuper ou de ne rien faire s'ils préfèrent ? Que peuvent leur offrir les salles d'attente ?

- **recours à des bénévoles** : chacun reconnaît qu'il est primordial de maintenir une présence à l'accueil pour que les patients puissent, s'ils le désirent, s'informer. *"je crois qu'il est fondamental qu'il y ait au moins une personne qui soit mobile et qui se déplace dans les lieux d'attente, je crois que c'est un des éléments fondamentaux, que les gens puissent poser des questions à quelqu'un qui passe et qui sache qu'il est là pour ça"*, déclare un médecin ; plusieurs de nos interlocuteurs évoquent le recours à des bénévoles qui pourraient apporter soutien tout en informant les patients.

* **Des exigences professionnelles mises à l'épreuve**

Au terme de cette partie consacrée à l'organisation et aux pratiques d'accueil du service, on peut relever une opposition entre une gestion spatio-temporelle difficile à mettre en oeuvre au quotidien, et le souci d'une relation satisfaisante avec les malades ; celle-ci est contrariée par le rythme des examens et par des configurations spatiales qui ne se prêtent pas toujours à l'accueil.

D'autre part, le renouvellement de la convention collective à la fin de l'année 1998 qui s'est concrétisée pour le personnel (à l'exception des médecins qui ne sont pas encore régis par la convention) par une nouvelle classification, peut constituer un frein à la mise en oeuvre dynamique des objectifs en question et ce, en dépit de la responsabilisation réelle de chacun. Plusieurs de nos interlocuteurs, sans mentionner les changements survenus sur ce plan, remarquent que les effectifs sont plutôt en diminution. *"On aura des beaux locaux mais on a des besoins humains"*, commente l'un d'eux ; *"dans cet hôpital, ils parlent de prise en charge des malades, mais il y a de moins en moins de monde pour accueillir"*, déclare un autre interlocuteur.

On peut dire qu'aujourd'hui, la réflexion sur la communication avec les malades et les changements environnementaux à venir, considérés comme bénéfiques, contribuent à une instabilité et font émerger des craintes qui réactualisent l'écart entre exigences et qualités professionnelles, et conditions de travail.

3. ÉTAT DES LIEUX SELON LES MODALITÉS SENSORIELLES

Cette présentation du service selon les modalités sensorielles a pour objectif de préciser l'objet de notre enquête. Le point de vue adopté pour rendre compte des parcours "moyens" pratiqués par les patients, les accompagnants et les personnels des services, est ici descriptif.

3.1. Visuel

3.1.1. LUMIÈRE-ÉCLAIRAGE¹¹

* Les sources

Seul le hall d'**attente des ascenseurs** est éclairé avec des sources à basse température (spots à incandescence à ± 3200 K).

Les **halls** et les **couloirs** sont éclairés par un réseau plus ou moins dense de boîtiers comportant plusieurs tubes fluorescents (36 W Blanc Froid ou Industrie).

Les tubes employés dans le "**bocal**" paraissent être de type blanc chaud.

Dans les **halls radiologie conventionnelle et mammographie attente provisoire**, dont le flux varie considérablement selon l'heure et la saison, il y a deux entrées de lumière du jour, voire de soleil. L'hiver, les patients qui se rendent à l'IRM-scanner entre 17 et 20h n'en bénéficient pas.

Le sas de l'**IRM-scanner** est éclairé avec ces sources Blanc Froid placées derrière un vitrage dépoli. Le centre du hall est éclairé par des sources indirectes Blanc Chaud. Le guichet et les attentes sont éclairés de façon composite : tubes Blanc Chaud indirects, spots et sources halogènes et à incandescence.

* Quantité de lumière

Les variations de densité du réseau de tubes fluorescents font considérablement varier l'éclairage dans les locaux observés. Nos mesures - indicatives - ont montré une dynamique totale approximative de l'éclairage (en lux) de l'ordre de 1 à 50 du hall des ascenseurs jusqu'en IRM-scanner : entre 4 et 16 fois plus d'éclairage à Cheverny que dans le hall des ascenseurs, diminution dans le couloir, augmentation dans le sas de l'IRM (entre 3 et 10 fois plus que dans le hall du "bocal"), puis réduction dans le hall de l'IRM (2 fois moins). Si cette dynamique de l'éclairage n'est pas celle de la perception, elle lui est proportionnelle et permet de rendre compte de lieux traités de façon "violente" ou "douce", ou bien "maîtrisée" ou "délaissée".

¹¹ Mesures des niveaux d'éclairage en différents points à usage comparatif ; mesures effectuées avec une cellule GOSSEN Profisix ; prises de vue au 50 mm filtrées + 20M ; nous n'avons mesuré ni la luminance locale, ni la température de couleur des sources.

* **Température de couleur**

On passe de locaux éclairés de façon "brute" à l'IRM éclairé de façon sophistiquée. On passe également du hall de l'ascenseur éclairé en tons chauds à des halls et des couloirs traités de façon "industrielle", mal connotés (lumière "glauque", "verte", "grise"), surtout là où la lumière du jour ne parvient jamais, enfin à l'IRM, où le mélange des sources fluorescentes donne un effet "lumière du jour".

* **Surfaces et matières**

Tous les **sols** reflètent la lumière et créent des taches parasites. Celui de l'IRM-scanner aussi, mais dans une moindre mesure.

La plupart des **murs** sont recouverts de peintures et de matériaux mats qui accrochent la lumière et la colorent. Dans l'espace IRM-scanner, les sources fluorescentes sont en caisson et devancées par des cloisons en verre dépoli.

Les **matériaux** employés sont divers et renvoient sans doute à des perceptions de leur plus ou moins grande "noblesse" : "béton" de Cherverny, bois du comptoir, du mobilier et des panneaux muraux de l'IRM, métal et parois de verre dans l'IRM, matières plastiques au sol et sur les sièges, etc.

* **Couleurs**

Plusieurs langages de couleur sont lisibles quand on se rend des ascenseurs aux attentes. Les couleurs saturées du départ, d'une autre époque, sont suivies par la blancheur du hall du "bocal" ; dans le couloir de Beaugency, on retrouve le premier langage ; enfin, on pénètre dans l'attente de l'IRM-scanner, laiteuse avec des touches de métal chromé et de bois.

Effets lumineux :

- **filtrage** (température de couleur des fluorescents, lumière du jour),
- **découpe** (contre-jour dans le couloir de Beaugency et silhouettage des patients et des personnels face à la fenêtre sur le patio),
- **compression** (ascenseurs, hall ascenseurs, couloirs),
- **dilatation et approfondissement** (transparence de l'IRM, reflets sur les sols),
- **profondeur** (perspective des couloirs, entrée de l'espace IRM-scanner),
- **attraction** (appel éblouissant de l'IRM-scanner dans le couloir de Beaugency),
- **répulsion** (attentes Beaugency).

3.1.2. FORMES SPATIALES ET AMÉNAGEMENT

* **Formes spatiales et volumes**

Tous ces espaces en sous-sol sont bas de plafond, sauf à l'IRM-scanner. L'effet est renforcé par la large section des couloirs et les importants piliers qui barrent les halls. Certains espaces sont incohérents (hall du "bocal", attentes mammographie et radiologie conventionnelle). À part la salle de repos du personnel, qui donne sur le patio, l'entrée dans les services se fait toujours *via* des boîtes gigognes de plus en plus retirées ("bocal",

cabines, sas et couloirs dans l'espace IRM-scanner...). Les cabines de l'IRM-scanner sont beaucoup plus spacieuses et claires que celles des autres services. Les dimensions des escaliers et le temps de réverbération élevé subséquent contribuent à créer un sentiment d'insécurité.

*** Signalétique et information**

L'orientation du visiteur est faite à l'aide de panneaux indicateurs de différents types et de différentes générations (panneaux, fléchage, caissons lumineux, pas de charte). On a fait appel pour nommer les espaces et les services à des toponymes français.

Des avertissements sont dispensés devant certains locaux, accompagnés d'icônes "dures" qui renvoient au monde du danger nucléaire.

Un logo de l'IGR sur la moquette au seuil de l'IRM rappelle l'Institution au patient et à l'accompagnant.

Les panneaux explicatifs sur les IRM et les scanners sont mis très en vue sur les murs du hall IRM-scanner, mais nous n'avons vu personne lire ces panneaux lors de notre passage.

*** Objets fixes**

Malgré les efforts remarquables, l'équipement des espaces d'accueil des services étudiés est spartiate, il tend à la nudité absolue dans le hall de l'IRM-scanner. Les personnels d'accueil paraissent "y mettre du leur" en apportant parfois à leurs frais des éléments de décoration (fleurs du jardin ...).

Dans les halls et les attentes (sauf IRM-scanner), des rangées de sièges (dépareillés, défraîchis, récupérés, passés de mode) et divers éléments fonctionnels (tablettes, présentoirs de dépliants de l'IGR, un bruyant distributeur de boissons, poubelles ...) ou décoratifs (posters exotiques, plantes en pots ou en bacs, négligés, parfois tâchés, qui renvoient à la chirurgie, à la blessure ...). Un téléviseur est installé à l'attente de radiologie conventionnelle ; dans l'IRM-scanner (espace enfants) un emplacement est prévu pour diffuser des films vidéo. Les extincteurs sont parfois installés de façon très apparente (accrochés au milieu d'une cloison, face aux sièges dans l'espace d'attente provisoire mammographie ...)

*** Objets mobiles et personnes croisées**

On est appelé dans tout l'IGR à croiser l'angoisse ou la douleur de l'autre, accompagné par les personnels ou les proches (fauteuils roulants et brancards, chariots des infirmiers, etc.). Les locaux paraissaient au moment de l'enquête relativement peu remplis, surtout l'attente IRM-scanner.

En face de l'entrée de l'espace IRM-scanner, une porte est souvent laissée ouverte en face (interprétation des mammographies et entrée du personnel de ce service). L'animation qui règne dans ces "coulisses" est contradictoire avec le calme qu'on a tenté d'induire dans le hall de l'IRM-scanner, deux mondes semblent se faire face.

Dans ce sous-sol où se trouve la plate-forme de livraison de l'hôpital, on va également en permanence croiser des engins de manutention autonomes ou manuels dans les couloirs et les halls des services concernés ; ces engins y créent l'une des principales sources de bruit extra hospitalière.

3.2. Sonore¹²

Depuis l'extérieur, on passe par une succession d'effets sonores corrélés à celle des espaces†: compression dans le grand tambour, expansion dans le hall principal, compression dans le petit tambour et les couloirs, compression dans l'ascenseur, expansion progressive, compression dans les couloirs et les attentes mammographie et radiologie conventionnelle, expansion dans le hall IRM-scanner, puis compression pour tous dans les cabines.

Les **ambiances** de ces espaces comportent un nombre limité de sons, inventoriables. Tous sont maîtrisables si besoin était : pas, voix, acoustique, matériaux au sol, matériels roulants (brancards, chariots).

La **présence verbale** du personnel est plutôt dominante comparée à la discrétion verbale et/ou au silence des patients (registre fréquent du chuchotement et de la voix retenue).

Les **musiques diffusées** dans le hall IRM-scanner à très bas volume paraissent banaliser le lieu ; l'effet sur les patients des différents types de musiques est à étudier, de même que celui du fonctionnement ou non de la sonorisation.

Plusieurs remarques (certains des sons incriminés vont disparaître, d'autres être transférés ailleurs dans l'IGR...) :

- les bruyants et fréquents mouvements de transport de matériels et de denrées dans les couloirs, les moteurs des portes automatiques (effet "coulisses"), associés à la nuisance visuelle ;
- les fréquences du placard électrique de l'attente Beaugency, plus ou moins audibles dans l'ensemble des secteurs étudiés (sauf IRM-scanner) ;
- les basses fréquences perceptibles dans le "bocal" et l'attente Cheverny (dépendantes des travaux en cours ou non ?)
- les sons provenant fréquemment du local de mammographie qui fait face à l'entrée de l'IRM-scanner, contradictoires (animation locale et fonctionnement de la développeuse) ;
- les sons de VMC provenant du fond du couloir de Beaugency.

Effets sonores¹³ :

¹² Prises de son en stéréo AB-ORTF à hauteur d'oreille, enregistrement DAT, montage sur Pro Tools.

¹³ L'effet sonore est un outil pluridisciplinaire que le CRESSON a développé ; "En quelques mots, on pourrait dire que nous tenons un outil propre à l'environnement sonore concret qui permet de relier avec cohérence les domaines de la perception et de l'action, de l'observation et de la conception, de l'analyse et de la création". cf.

- **réverbération** (hall rez-de-chaussée, halls Cheverny et couloirs),
- **résonance** (escaliers),
- **matité** (ascenseurs, hall IRM),
- **filtrage** (circulation dans les couloirs),
- **bourdon** (placard électrique, développeuse, lampes fluorescentes, VMC, ordinateurs, musique ambiante, "le" bruit de provenance indéterminée),
- **coupure** (entrées tambours et ascenseurs au rez-de-chaussée, entrée "bocal", passage du sas au hall de l'IRM, entrée dans les cabines),
- **intrusion** (chariots),
- **vagues** (successions de calme et d'animation),
- **gommage** (des bourdons),
- **hyperlocalisation** des sources (surtout dans l'IRM).

3.3. Olfactif

Autour des halls Cheverny, certaines odeurs semblent provenir du chantier en cours (odeurs de pierre, de ciment, de poussière). En face de l'entrée de l'IRM, la développeuse du local de mammographie dégage une forte odeur de produits photographiques, qui serait moindre porte fermée. En entrant dans l'espace IRM-scanner, on repère l'odeur forte du revêtement des sièges d'attente (PVC, polyuréthane...). Les cabines, comme tout l'IRM-scanner, dégagent encore une odeur de "neuf".

3.4. Thermique et aéraulique

À l'époque de nos observations (début mai 1999), des variations de température étaient repérables à l'entrée dans Cheverny 1. Du froid passait sous la porte de la salle de biopsie. Selon les personnels, les patients se plaignent de cette température plus basse dans les salles d'examen. Le hall de l'IRM affichait une température fluctuant entre 23 et 24°C.

À partir du hall des ascenseurs, on se déplace à contre-sens des flux de la VMC, émis notamment au bout du couloir de Beaugency. Ces flux sont surtout perceptibles au franchissement des seuils (seuils aérauliques) : entrée dans Cheverny 1, sortie de Cheverny 2, entrée dans le hall IRM-scanner. Aucun apport d'air de l'extérieur.

AUGOYARD, Jean-François. À l'écoute de l'environnement - Répertoire des effets sonores (avec Henry TORGUE). Marseille, Parenthèses, 1995, 174 p.

Le CRESSON poursuit ses recherches sur les effets lumineux, motifs, etc., notions qui permettent de décrire et d'analyser l'environnement.

3.5. Tactile

Les sols sont de 2 types : revêtement de plastique dur, lisse et glissant dans les couloirs et les halls (très abîmé par les chariots à Cheverny) ; revêtement plus moderne, antidérapant, dans le hall de l'IRM.

3.6. Bilan

Des locaux d'accueil qui donnent de nombreux indices de la souterraineté malgré les éclairages de type "lumière du jour" de l'attente IRM-scanner (sauf attentes mammographie et radiologie conventionnelle). Des sources sonores continues qui renvoient à la maîtrise, au contrôle des flux (électricité, irradiation, VMC), alors que d'autres, intempestives, renvoient plutôt aux coulisses négligées d'un établissement quelconque. Un certain degré d'abandon dans tous les locaux sauf IRM-scanner (sièges dépareillés, traces au sol, plantes vertes et bacs négligés, signalétiques multiples, couleurs variées au sol, etc.). Des éclairages sophistiqués en IRM-scanner opposés aux éclairages fonctionnels ailleurs. Contraste violent entre l'IRM et le reste.

Il est évident que les ambiances actuelles, dans la partie ancienne des locaux notamment, ne peuvent améliorer l'attente des patients ; on peut au contraire se demander si elles ne contribuent pas à la rendre plus difficile. Ce sera l'objet de la deuxième partie de ce travail.

4. ENJEUX

Au cours de cette première partie, qui associe une présentation formelle et déjà située du service de radiodiagnostic, nous avons considéré les locaux et leurs ambiances, l'organisation des pratiques professionnelles et nous avons évoqué les problèmes qui se posent aux soignants dans leur relation aux malades. Même si les propos des malades n'apparaissent pas encore à ce stade de l'étude, le premier enjeu de la restructuration est bien d'améliorer des locaux datés et qui n'étaient pas conçus, *a priori*, pour accueillir les gens afin de leur offrir des espaces d'attente confortables. Plusieurs de nos interlocuteurs rappellent que l'Institut constitue une figure de proue de la lutte contre le cancer en Europe et "*les gens quand ils viennent ici, le diagnostic du cancer est prêt ; beaucoup de gens viennent pour se faire soigner*", déclare un médecin ; "*dans un hôpital général, un quart des malades sont malades, un quart n'a rien du tout et la moitié quasiment rien ; ici, les malades sont malades*".

Parallèlement nos interlocuteurs rappellent également que, sans doute plus qu'ailleurs, les professionnels sont impliqués dans la relation avec les malades. Ceci tient, bien

évidemment, à la pathologie elle-même ; *"les soignants encaissent une charge émotionnelle parfois insoutenable ; il y a plus de suicides ici qu'ailleurs (...) Intervenants, soignants, soignés, portent un autre regard sur leur vie au fil des échanges ; on ne peut être soignant ici sans être impliqué assez profondément, voire totalement phagocyté par le système"*. Des espaces plus confortables et accueillants ne peuvent-ils faciliter la fonction d'accueil, atténuer le *"stress environnemental"* que les professionnels peuvent éprouver dans leurs pratiques ?

Actuellement, deux registres que nous avons signalés en introduisant les pratiques du service sont remis en question :

celui de l'organisation de l'accueil dans un espace restructuré,
et celui de la relation avec les malades.

Les solutions passent par un nouveau regard sur le patient, par la reconnaissance de ses demandes et la capacité d'y répondre ; mais également par une adaptation différente à l'environnement. Une évolution culturelle des patients et du personnel aura nécessairement des répercussions sur des pratiques qui s'inscrivent, comme nous l'avons vu à propos de la gestion spatio-temporelle, dans un contexte. La restructuration du service qui, bien évidemment, comporte des contraintes, oblige d'une certaine manière à anticiper et pose la question : quels espaces, pour quel accueil ? La perception de ces espaces-ci doit donner des pistes de réflexion architecturale et de création poétique pour les espaces de demain.

Deuxième partie

PERCEPTION DES ESPACES D'ACCUEIL

Les résultats de l'analyse des entretiens individuels et des réunions de groupe relatifs à la perception des espaces d'accueil du service de radiodiagnostic constituent cette seconde partie. Nous distinguerons le point de vue des patients et celui des professionnels et nous signalerons, si cela s'avère représentatif et utile, les sources de notre analyse : entretien individuel ou réunion de groupe d'une part, description *in situ* ou commentaire d'un support d'autre part.

Comment s'organise la présentation des résultats ? Pour définir les ambiances de ces espaces, nous envisagerons :

- l'espace sensible tel que perçu selon les différentes modalités sensorielles,
- l'espace relationnel.

Quels paramètres nous ont guidé dans cette analyse ? La récurrence bien sûr, mais nous n'avons pas négligé pour autant les expressions marginales, qui poussent le trait, qui traduisent ce que d'autres suggèrent simplement :

- l'expression de l'imaginaire que l'on rencontre notamment chez les patients à propos de la souterraineté et de la douleur ;
- les associations à d'autres espaces urbains ou architecturaux,
- l'association entre l'expression "*ça fait hôpital*" et un espace précis.

1. LE POINT DE VUE DES PATIENTS

Le matériau d'analyse recueilli auprès des patients présente un double intérêt pour appréhender l'élaboration perceptive :

- le discours des patients interviewés individuellement dans le service réfère à une perception vive, immédiate, et réactivée par les photos et les fragments sonores ;
- le discours des personnes réunies à la Ligue contre le cancer qui, pour la plupart d'entre elles n'étaient plus en traitement, traduit plutôt le travail de la mémoire.

De toute façon, les propos tenus s'enracinent dans une expérience plus globale qui est celle de l'IGR. Tous nos interlocuteurs connaissent plusieurs services et nombre d'entre eux se déclarent d'ailleurs des *"habitués de la maison"*. Parmi ceux que nous avons rencontrés dans le service, la plupart se rendaient à la consultation après l'examen effectué en radiodiagnostic.

Notons également que les patients interviewés dans l'espace IRM-scanner (7/11) ont tendance à comparer parties ancienne et récente.

1.1. Espace sensible

Le parcours dans le service de radiodiagnostic se situe entre deux pôles :

- l'arrivée dans le hall des ascenseurs et l'accueil général Cheverny
- l'attente en cabine.

Comment évolue la relation aux espaces traversés ?

Nous suivrons d'abord le parcours que les patients effectuent et nous intéresserons aux caractéristiques visuelles, sonores et olfactives évoquées au cours des entretiens ; les caractéristiques tactiles sont en général associées à la modalité visuelle.

Ensuite, nous nous arrêterons sur les commentaires des fragments sonores et le discours relatif aux odeurs : ces deux modalités sensorielles transgressent les limites spatiales et prêtent à des remarques transversales.

1.1.1. PARCOURS

* "Descendre en sous-sol"

La localisation en sous-sol du service que plusieurs évoquent spontanément n'est guère appréciée :

"Le fait de descendre en sous-sol, c'est toujours très désagréable" ;

"Quand on vous dit "vous allez au sous-sol", je crois qu'effectivement ça fait quelque chose, ça prédispose, pas dans le bon sens ; si on vous dit "c'est au rez-de-chaussée", ce n'est pas pareil".

D'un point de vue sonore, le bruit des ascenseurs, caractéristique de l'IGR, n'induit pas l'idée de souterraineté. De même, le hall des ascenseurs ne se distingue pas des autres halls en étage qui sont aveugles. C'est un ensemble d'**indices visuels ou aérauliques** qui confirment l'effet sensori-moteur de la descente et l'arrivée en sous-sol : absence de fenêtres (à l'exception de ceux qui vont attendre en radiologie conventionnelle), un éclairage de faible intensité ou encore l'air conditionné :

"Dès qu'on arrive dans le service, c'est vraiment sombre, jusqu'au bureau d'accueil ça peut aller mais après, ça fait vraiment cul de sac" ;

"Pas de fenêtres, on sent que c'est de l'air conditionné. Au sixième, on a la vue sur Paris".

Le terme de sous-sol suppose la prise en compte du niveau dans l'ensemble du bâtiment, tandis que celui de **souterrain**, auquel les patients ont rarement recours, a une connotation plus archaïque et ouvre sur la dimension imaginaire.

Un jeune garçon venu avec son père s'exclame au cours de l'entretien : *"parce qu'un sous-sol, ça veut dire : quelque chose qui est sous la terre,(...) c'est comme une descente aux enfers !"*

D'autres interlocuteurs déclarent : *"La première fois, ça faisait cette impression de chose qui avait été mise en réclusion au sous-sol"* ;

"Les ambiances du sous-sol, c'est les catacombes entre guillemets ".

Lieu obscur, le souterrain est associé aux forces occultes il représente ici le lieu où l'on enfouit ce qui menace de se propager : *"Tout ce qui est sous-sol c'est toujours oppressant, c'est extrêmement difficile. Donc pénétrer à l'intérieur des sous-sols pour suivre des soins c'est psychologiquement pas très bon, même s'il y a d'autres avantages je devrais dire, pour des questions d'isolation, parce que j'imagine que ça doit être ça, pour les IRM les rayons, les choses comme ça".*

*** Le hall des ascenseurs : "sombre"**

Le degré de luminosité joue un rôle important dans la perception immédiate du service : *"trop sombre"*, disent la plupart des patients lorsqu'ils commentent leur arrivée au niveau -1. La couleur orange qui recouvre encore certains murs, **couleur identitaire** adoptée dans quasiment tout l'hôpital au moment de son inauguration, est particulièrement mise en cause dans cette appréciation :

"Le orange, ça fait sous-sol (...) c'est vrai que ça fait mortuaire, années 70" ;

" Ça c'est l'ancienne décoration, les années 70, le marron et l'orange, hein ! Donc on en a souffert de ça aussi", déclare un patient qui vient depuis 25 ans à l'IGR (situé jusqu'en 1980 à Paul Brousse).

Une patiente s'exclame au vu du hall des ascenseurs et de celle de l'attente Beaugency qui ressemble sur ce point à celui-ci : *"Il faudrait quelque chose de plus lumineux ! Ils n'ont pas repeint encore ? C'est toujours orange ? Je n'ai pas fait attention. Il faudrait peindre un peu comme ça [IRM] un peu lumineux, plutôt clair, je verrais un peu comme ça [IRM], un peu beige ou jaune, pour éclairer ce coin [ascenseurs]"*.

Il s'agit donc d'éclairer, de rendre plus lumineux ; pourtant **l'éclairage** n'est pas mis en cause : *"les ascenseurs, à part la peinture, c'est parfait"* ; *"la lumière est amusante, je n'avais pas remarqué"*, *"bon éclairage"*. Ce sont les patients qui passent une IRM qui, par comparaison, se montrent critiques à l'égard de la lumière.

L'effet sous-sol accentué par le manque de clarté, le *"meublé de l'hôpital qui manque un peu de chaleur"* rendent ce lieu peu accueillant ; *"vous arrivez, c'est vraiment hôpital"*, conclut une patiente.

***Accueil Cheverny et "l'Aquarium" : effet de labyrinthe**

Cet espace qui a pour vocation d'ouvrir sur le service est perçu comme inaccessible. D'un point de vue sensori-moteur, on peut dire que le patient, déjà hésitant à la sortie du hall des ascenseurs, n'est pas conforté dans sa démarche. En effet, le pilier constitue un **effet de fermeture** :

"Moi c'est ça qui me choque [le pilier]. Je trouve que ça coupe tout. On ne peut pas le changer de place, alors ça c'est un problème, ben non, on ne peut rien faire... Ça donne une impression un peu de fermeture" ;

"C'est l'accès, vous voyez, quand vous sortez vous avez un poteau qui vous accueille, c'est sympathique ! Là vous devinez qu'il y a quelque chose à gauche, et vous ne savez pas s'il faut passer à droite ou à gauche. En plus, si on est fatigué, handicapé, affaibli par ses traitements, on a tout quoi..."

La présence du pilier, du "bocal" en second plan et, sur la droite, de la transition avec le couloir créent un **effet de confusion**. Les patients sont face à un **labyrinthe** : *"il y a comme un espèce de petit dédale"*. D'ailleurs, deux personnes n'identifient pas le hall représenté sur la photo :

"Je ne reconnais pas. Là c'est vrai que ça fait un peu corridor... labyrinthe quoi. Mais je ne me rends pas compte, je suis perdue sur cette photo" ;

"C'est quoi ? C'est un labo ?" demande une personne qui accompagnait une patiente ; la réponse est fonctionnelle : *"c'est là où on a posé la feuille de circulation"* ;

Le manque de lisibilité du lieu constitue bien une surcharge environnementale pour les patients, d'autant que la confusion spatiale s'accompagne d'une confusion identitaire. L'ambiance du lieu est associée à celle d'un **parking**, image que l'on rencontre à plusieurs reprises ; *"c'est triste parce que déjà quand vous arrivez dans le service vous vous demandez ce qui va vous tomber sur le coin de la figure et quand vous arrivez là-*

dedans, ça ne donne pas envie d'y aller (...) ça fait vraiment parking, ça manque de plantes, de gaieté".

*** Comment les patients s'orientent-ils en sortant des ascenseurs ?**

À la question du parcours effectué dans le service pour parvenir à l'espace d'attente où nous les avons sollicitées, les personnes interviewées répondent pour la plupart en se référant à la signalétique. Ces patients qui fréquentent l'IGR depuis plusieurs années (voir tableau des personnes interviewées), qui viennent soit pour un contrôle, soit parce qu'ils sont en cours de traitement, déclarent finalement ne pas rencontrer trop de problèmes dans la compréhension des panneaux d'orientation :

"On est sorti de l'ascenseur et en fait, on suit la signalétique (...) Moi, je suis un petit peu habitué maintenant ici, alors elle ne me pose pas trop de problèmes, mais elle est assez efficace, on la suit bien, on est bien dirigé" ;

"Je suis sorti de l'ascenseur et je suis venu directement ici [IRM-scanner] parce que je suis déjà venu et que ce n'est pas trop mal indiqué, donc je n'ai pas à me balader"

"C'est bien fléché, je vois Scanner-IRM, je suis la flèche, puis j'arrive à l'accueil".

Le souvenir qu'ils ont de leur première visite dans le service contredit pourtant cette efficacité de la signalétique :

"La première fois qu'on arrive, on n'a pas idée de lire tout de suite les panneaux" ;

"Je savais que j'avais un cancer, je m'occupais moins des lieux que de ce que je vivais intérieurement".

Dans l'incapacité de lire les panneaux, les patients suivent alors le tracé spatial qui bien souvent occasionne l'erreur et on observe un **effet centrifuge** : il y a nécessité d'aller plus loin pour savoir où s'adresser :

"la première fois qu'on vient il faut s'avancer dans de l'inconnu avant de trouver la porte d'accueil ; d'ailleurs même la première fois, j'ai dû dépasser la porte d'accueil pour faire marche arrière", remarque une patiente ;

"la configuration fait que, bon c'est vrai, on est obligé d'abord d'aller à gauche, revenir à droite, après ben on va chercher un petit peu, puis on va aviser la petite cabine (...) au début on va louvoyer", explicite un autre interlocuteur.

Ceci confirme nos observations et celles du personnel fréquemment sollicité pour orienter : nombreux sont ceux qui avancent et ne sachant quel couloir emprunter, se retournent et découvrent l'accueil.

Les propos des patients relatifs à leur arrivée dans le service traduisent une **perception qu'on peut qualifier de flottante. Leur mobilité incertaine ou encore ondulatoire** traduit un état anxieux qui ne leur permet pas d'appréhender cet espace confus. Ils essaient de compenser cette faiblesse par une focalisation sur la signalétique dont nous doutons de l'efficacité en dépit des déclarations de nos interlocuteurs. En fait, on peut se demander comment s'est construit le rapport à la configuration de l'espace. L'efficacité de la signalétique n'est-elle pas un jugement *a posteriori* ? N'est-elle pas devenue efficace

aux yeux de la plupart parce qu'ils ont progressivement reconnu le chemin à suivre ? *"Ça fait labyrinthe, quand on arrive, il y a des pancartes un peu partout ; on essaie de trouver radiodiagnostic, maintenant on connaît."*

Par ailleurs, des patients *"habitués"* à l'IGR parlent encore du *"gymkana"* qu'ils effectuent depuis les ascenseurs lorsqu'ils viennent dans le service. Ceux-là jugent l'espace et la signalétique toujours illisibles. La perception est alors soumise à deux codes qui loin de s'éclairer réciproquement, restent disjoints.

Dans tous les cas, l'appropriation psycho-motrice du lieu est laborieuse et ne favorise pas la mémorisation.

*** Couloir Beaugency : archétype de l'attente**

Pour commenter la photo du hall Beaugency, les patients, cohérents dans leur perception, critiquent la couleur orange dénoncée dans le commentaire de la photo du hall des ascenseurs ainsi que les sièges en plastique aux couleurs *"vraiment flash"*.

Comme précédemment, certains apprécient l'éclairage qui présente *"une alternance d'ombre et de lumière"*.

Les **reflets de la lumière sur le sol** que nous observons sur les photos de la partie ancienne retiennent l'attention de plusieurs patients. Une femme déclare *"adorer"* ces reflets : *"les effets sol brillant, moi j'adore (...), quand c'est brillant comme ça c'est bien, ça fait penser à la propreté"* ; toutefois, elle associe ces reflets au bruit des pas sur le sol, bruit qui, comme nous le verrons dans le commentaire des fragments sonores, n'est pas apprécié : *"(...) sur un sol brillant comme ça quand on se déplace ça fait du bruit avec les semelles et ça fait vraiment hôpital (...) j'ai horreur de me déplacer dans un endroit où mes pas résonnent, et je n'aime pas me déplacer dans un endroit où on m'entend arriver où j'ai l'impression d'être une intruse, je ne me sens pas bien"*.

À propos du hall Beaugency, un patient estime, quant à lui, que *"ce n'est pas très joli à regarder"* et que *"ça rend le lieu encore plus grand et encore plus vide, ça fait un peu couloir d'immeuble, ce n'est pas très chaleureux"*

Ici, en effet, c'est la morphologie spatiale qui prédomine et appelle les commentaires : ce couloir est connu de plusieurs patients qui, avant l'ouverture de l'espace IRM-scanner, venaient passer un scanner ; en outre, les patients connaissent d'autres couloirs d'attente : notamment le service de radiothérapie, au second sous-sol, et/ou d'autres services distribués dans les étages où ils attendent longuement la visite avec le médecin. On peut quasiment parler d'un **effet couloir** qui caractérise les espaces d'attente de l'IGR, et plus globalement l'hôpital.

"Disons que là, [couloirs] ça fait très hôpital, alors que là [IRM] ça le fait moins" ;

Un patient en regardant la photo commente : *"voilà, j'ai dû attendre dans quelque chose comme ça pendant des semaines, avec des couleurs absolument dingues, les éclairages nuls (...), c'est lugubre"*.

*** Attente IRM-scanner : perception contrastée**

À la question des ambiances traversées, les patients qui viennent passer une IRM comparent l'espace IRM-scanner et les autres espaces qu'ils estiment *"moins beaux", "moins accueillants"* ; *"une fois qu'on nous a effectivement expliqué première à gauche, première à droite, on découvre cet espace, et c'est plutôt une bonne nouvelle !"*

On peut dire qu'ici le commentaire prend la forme de l'exclamation. La lumière et les dimensions de la salle étonnent et, par contraste, soulignent que *"la zone entre les ascenseurs et cet accueil n'est pas très gaie"*.

"Là, on arrive dans un espace plus sympathique (...) là c'est reposant, c'est plutôt calme, on se sent décontracté. D'ailleurs c'est ce que je me suis dit : je vais pouvoir attendre même 1/2h sans problème [rire] (...) quand on arrive ici, c'est frais, c'est lumineux, c'est complètement différent de ce qu'on a vu à-côté, l'ambiance et l'accueil est quand même plus sympathique" ;

"C'est sûr que cet espace là est plus clair, plus agréable".

L'impression de lumière naturelle a également l'avantage d'éviter l'effet sous-sol : *"en général, je n'aime pas descendre en sous-sol, parce que je sais que ça va être complètement fermé, et là, justement, on a l'impression de lumière naturelle et c'est agréable"*

Un participant à la réunion de groupe qui accompagne sa femme lors de ses visites à l'IGR note que : *" ça a été refait là où il y a le scanner, il est quand même plus convivial ; parce qu'il ne faut pas oublier qu'on est quand même au deuxième et au premier sous-sol, donc on est quand même comme des souris blanches ; je peux vous dire qu'on apprécie le nouvel éclairage parce qu'on n'avait pas de lumière, c'est important, parce que ça angoisse le fait déjà d'être dans de la lumière non naturelle ; la façon dont on traite l'éclairage, c'est important"*.

Une patiente, tout en appréciant la clarté du lieu, déclare que *"la lumière est peut-être un petit peu agressive, mais c'est peut-être lié à ma tumeur, parce que je ne supporte pas trop la lumière"*. Elle distingue la partie centrale du hall (*"lumière trop forte"*) de l'attente enfants (*"là, ça va"*).

Plusieurs patients font allusion aux **matériaux** : *"Les couleurs sont plus jolies, avec les verres comme ça, opaques, le bois ça fait beaucoup plus chaleureux quand même que le couloir [Beaugency]"*.

L'espace de ce hall est signalé par tous ceux qui le connaissent. Les patients expriment leur étonnement face aux dimensions de la salle :

"C'est peut-être la différence avec les autres étages justement, c'est une salle qui est vraiment immense ; (...) là ça fait riche, ça fait aisé, parce qu'il y a de l'espace, il y a beaucoup d'espace qui n'est peut-être pas rationnellement indispensable, (bis) quand on entend à longueur de journée dans le journal qu'il faut faire des économies et tout ça, on se dit, bon peut-être qu'il y a un petit côté luxe"

"Quand on arrive, c'est très clair, très spacieux, moi je n'en reviens pas parce que je trouve que c'est très spacieux ! Je suis étonnée que ça soit aussi grand, même derrière, après, les petites salles [cabines] et tout ça, c'est très bien équipé"

Et puis, cet espace, contrairement au reste du service est "tout neuf" : "c'est parfait, il n'y a rien à dire, franchement. On voit bien que c'est tout neuf, c'est très clair, c'est vraiment... spacieux".

Ainsi, éclairage, couleurs, matériaux, dimensions, des sièges confortables et la disposition du comptoir, contribuent à une ambiance plus "agréable", plus "chaleureuse" que dans d'autres secteurs. La comparaison entre parties ancienne et récente constitue un frein à la critique. Toutefois, certains peuvent dire c'est "très joli" mais ajouter c'est "austère" ou "froid". L'absence de "décoration et de plantes", d'éléments susceptibles de retenir l'attention est fréquemment soulignée. Les panneaux d'information, toutefois, sont rarement commentés spontanément.

Un interviewé qui ne connaît pas cet espace et le découvre partiellement sur la photo y perçoit une ambiance de "bureau qu'on trouve à la Défense, qu'on trouve dans certaines sociétés, on voit ces choses là, et ça fait vraiment l'attente (...) [Qu'est-ce qui fait bureau ?] Déjà il y a l'horloge, le micro-ordinateur qui est là, l'accueil, et le fait que les représentants vont venir s'asseoir ici sur les chaises, attendre leur tour... ce n'est pas très convivial à première vue, je dirais que c'est froid".

Les éléments visuels sont prédominants dans le discours des personnes interviewées. Pourtant, la **sonorisation** de l'espace contribue-t-elle à son ambiance "plus agréable" ? Les patients qui arrivent dans le hall IRM-scanner ne remarquent pas tous la musique ambiante :

"Je ne l'ai pas aperçue, mais j'étais soucieux d'autre chose...Maintenant que vous le dites, oui, elle est très bien, parce qu'elle est peut-être apaisante à notre insu, et ce n'est pas plus mal..." ;

"[Vous aviez entendu la musique IRM ?] "J'avais entendu qu'il y avait de la musique, mais je ne l'écoutais pas".

Mais, ils approuvent la présence d'un fond musical. "Un petit fond de musique, oui, je trouve ça bien, pas trop fort, qu'on puisse quand même l'entendre".

Par ailleurs, du **point de vue sonore**, des patients remarquent l'**absence de réverbération** "*qui permet de converser sans hausser la voix*" et la **matité du sol** qui a notamment pour effet d'atténuer le bruit des pas :

"C'est vrai que sur ce type de sol [IRM] ça crisse peut-être un peu mais ça ne résonne pas. Je n'ai pas vérifié, mais disons que les pas ne claquent pas"

[dans l'IRM] *"Si quelqu'un passait avec des tennis, je suis sûr que ça ne couïne pas, ou ça couïne moins. S'il n'y a pas le côté sonore, je vous l'ai dit, d'emblée, on sent bien ici que le revêtement n'est pas sonore. Lui il est passé on ne l'a pas entendu [infirmier]."*

*** Entrée IRM-scanner : transition inquiétante**

L'entrée de cet espace ne retient pas l'attention et ne fait pas l'objet l'objet de commentaires spécifiques *in situ* ; elle introduit dans un autre univers, attractif par sa luminosité.

En revanche, la photo, en particulier chez les patients qui ne se sont pas rendus dans ce hall d'attente, suscite des propos lapidaires : "*bloc opératoire*", "*parking*", "*impression que ça va devenir kafkaïen*". Succession des portes, mur qui ferme la perspective et dernière porte qui ouvre latéralement sur un univers inconnu rendent compte de ces images.

On notera qu'en regardant cette photo, un patient commente les ouvertures de l'IGR, critique le tambour du RDC et pense qu'*"on devrait systématiser les ouvertures automatiques"*.

*** Cabines : un confort austère**

Le commentaire de la photo de la cabine IRM-scanner et les anecdotes relatives aux cabines relèvent de plusieurs registres.

Tout d'abord, l'**équipement contribuant au confort** : cet aspect est commenté par ceux qui connaissent ces cabines. Une patiente relate une expérience positive qui en valorise l'équipement (possibilité de sonorisation dont personne d'autre n'a parlé, espace de la salle qui permet à la personne qui accompagne de s'y installer aussi) :

"(...) Ils ont déjà fait des efforts au niveau de la salle d'attente puis après il y a des petits boxes avec de la musique et des odeurs ; l'infirmière vient nous chercher pour nous amener à l'IRM et là vous avez un fauteuil relax, c'est là qu'on vous pique ; il y a même un petit fauteuil, mon mari pouvait m'accompagner le temps qu'on me prépare (...) avec ce petit bruit sonore, cette petite musique, c'était quand même moins dramatisant ; même l'acte fait quand même mal, plus qu'une perfusion, donc, ça passe mieux avec la musique".

Peu de patients commentent l'espace des cabines de la partie ancienne. Deux femmes interviewées (pathologie mammaire) en évoquent l'inconfort : "*il y a juste un banc pour poser ses affaires, après tu passes dans la salle d'exams*", et l'autre personne déclare amener désormais son coussin pour attendre ; parce que dit-elle, "*on y passe du temps*".

"Quand j'ai passé les prises de sang au sous-sol, c'était un petit peu des fauteuils alignés comme ça, ça faisait un peu à la chaîne, ce n'est peut-être pas très agréable... enfin bon... Ça, c'est quand même nettement mieux, c'est très agréable".

En regardant la photo de la cabine IRM-scanner, les patients en soulignent **la nudité** :

"C'est une attente, c'est là qu'on fait la radio ? En face de leurs yeux il y a quelque chose ?", demande une patiente qui ne connaît pas ces cabines ;

"Ouh, c'est sobre là ! C'est pour les prises de sang ? Je trouve ça froid ; ils ont du étudier les couleurs, mais je trouve ça triste", poursuit une autre personne.

Cette petite salle manque donc d'une *"touche de couleur"*, d'accroches visuelles et finalement *"ça fait déjà presque une salle d'examen ; ça fait presque un lieu de relaxation"*

Ce côté impersonnel se retrouve aux abords des cabines et un patient interviewé après l'examen déclare qu'à la sortie des cabines IRM, il lui a fallu faire *"un petit gymkana dans les couloirs ; c'est difficile à se repérer, j'ai pourtant un assez bon sens de l'orientation parce que c'est complètement... neutre"*

Le fauteuil dans l'espace dénudé de la cabine touche **l'imaginaire** et réveille la peur de la douleur :

"Ça fait un petit peu salle de torture ! Il faut dire que le fauteuil [rire] ! Ils pourraient mettre des posters ou des... décorer un peu plus, même en mettant ne serait-ce que des affiches comme celles là qui expliquent le scanner, des choses comme ça", déclare un patient ;

le plus jeune des deux garçons interviewés supporte mal cette photo : *"Je n'aime pas l'image, parce qu'on dirait que c'est genre dentiste, qu'on va t'arracher les dents pour te faire du mal (...) on dirait qu'on va mettre des scratches et puis t'attacher, c'est très torture ; cette photo je n'aime pas beaucoup, parce que pour les malades quand ils sont allongés, qu'on va leur faire du mal, qu'on va te faire plein d'expériences, qu'on va te zigouiller partout".*

Enfin, des patients dénoncent **l'intrusion olfactive et sonore** dans les cabines : *"ça sent mauvais, on parlait des odeurs, je suis passée derrière quelqu'un qui ne devait pas connaître les déodorants ou tout au moins la propreté, c'était très, très dur ; j'essayais de ventiler un peu, de me protéger avec mon tee-shirt pour avoir un peu d'oxygène ; ce serait bien si on pouvait repenser aux cabines ; le décor aussi, c'est d'une tristesse à faire pleurer ; je dis aux médecins, c'est vraiment pour nous forcer à être déprimées, ça doit leur faire plaisir quand on arrive complètement défaites, à ce moment-là, ils réagissent un peu, sinon, on a l'étiquette d'être fortes et ça veut dire, débrouillez-vous".*

Par ailleurs, du point de vue sonore, plusieurs remarquent qu'il est possible d'entendre ce que les médecins "racontent" derrière les portes. Ainsi, une femme qui accompagnait une amie déclare : *"je faisais les cent pas là, et pour attendre, je me suis mise plusieurs fois à*

la fenêtre ; j'entendais parler derrière les portes, je pense que ça pourrait être un peu plus capitoné, parce que si je voulais, ça ne m'intéressait pas, mais on pouvait suivre une conversation. Il fallait quand même le vouloir".

Dans les cabines, *"on entend ce qui se passe dans la salle d'à côté ; respirez, ne bougez plus"*, raconte une patiente ;

"L'autre fois j'ai entendu "on n'est pas sûr, on la passe à l'écho", ils n'en ont rien à faire que vous êtes à côté, la porte est grande ouverte, on entend tout, et ils parlent de votre dossier et ils sont à trois".

Dernière transition vers la salle d'examen, les éléments de confort des cabines ne peuvent de toute façon empêcher l'angoisse si l'attente est trop longue.

*** Parcours contrasté**

Le discours des patients aurait-il été le même en l'absence de travaux annonçant la transformation des locaux ? On peut en douter : leurs propos signifient la fin de ces espaces, d'une certaine manière, les personnes interviewées disent : ces espaces ne peuvent plus être ; leur nécessité, jamais remise en question, tombe et ils deviennent désuets, anciens, trop anciens. Leurs caractéristiques visuelles, notamment un éclairage insuffisant associé à un revêtement sombre sur les murs ainsi que la morphologie spatiale, accentuent l'aspect souterrain et contribuent à la formation d'un archétype de l'attente.

D'un autre côté, l'espace IRM-scanner offre une lumière naturelle alors qu'elle est artificielle, un espace aux dimensions inattendues, un confort de l'attente grâce aux sièges, un comptoir qui donne la possibilité d'être en relation avec les personnes de l'accueil, etc. Selon les termes d'un patient, la *"bonne nouvelle"* que représente cet espace est en rapport direct avec l'étonnement suscité qui occulte ici l'esprit critique. Froideur du lieu, dimensions trop vastes, objets qui apparentent l'accueil à un quelconque bureau high tech, sont suggérés par plusieurs et exprimés par quelques-uns.

Il est intéressant en outre de se pencher sur l'ensemble que constituent l'espace d'attente et les cabines. La neutralité en serait l'une des principales caractéristiques et favoriserait la perte de repères. Sans *"décoration"*, les lieux se livrent dans leur *"nudité"* qui peut évoquer l'antichambre de la salle d'examens ou d'opérations. Retenons que l'entrée de l'IRM-scanner appelle ce genre d'associations.

1.1.2. COMMENTAIRE DES FRAGMENTS SONORES

Dans la mesure où les sons ne sont pas toujours localisés et renvoient plutôt à l'univers hospitalier, nous les envisageons globalement.

* Premier fragment : parcours

Parmi les sons remarquables et identitaires, celui des ascenseurs est repéré par tous :

*"Le bruit des **ascenseurs**, c'est assez caractéristique" ;*

"Musique qu'on reconnaît entre toutes, très particulière ici" ;

"Bon le GLING-GLING d'ascenseur, ça on l'entend à tous les étages".

La succession ou le mixage des bruits amplifiés par la réverbération du lieu forment un "**brouhaha**", suggèrent "**l'agitation**" propre à un grand espace d'accueil, plutôt désagréable :

"Une espèce de bruit de hall que j'identifie au rez-de-chaussée un petit peu, ou à un brouhaha d'accueil" ;

*"On a l'impression qu'ils déménagent, ça fait un peu **hall de gare**"*

*"C'est **hyper bruyant**. On entend l'ascenseur, on entend les chaussures, les talons qui marchent, on entend pas mal de bruit. ® Pas [agréable] pour moi, c'est peut-être dû à mon état de santé, je ne supporte pas trop le bruit avec ce que j'ai".*

Parmi les sons émergents, les grincements engendrent un effet de répulsion qui tient à la nature du bruit et à l'absence de sons humains :

*"Au début, on entend une espèce de porte de monte-charge ou de je ne sais pas... Enfin **un petit peu prison** comme bruit !"*

*"j'allais presque vous dire que c'est presque quelque chose de **presque carcéral** ! [rire]*

"Ou alors un bâtiment ou des bureaux, quelque chose de moderne, peut-être impersonnel ou dépersonnalisé, et dans lequel on entend très peu de voix humaines, parce qu'il y a vraiment beaucoup plus de bruits que de voix"

- Nous avons vu que des patients peuvent redouter entendre sonner leurs propres pas ; ces **bruits de pas** sont fréquemment commentés :

*"C'est un peu bruyant par moments quand même, ce n'est pas indispensable qu'on entende des **talons** résonner et claquer comme ça, ce n'est peut-être pas utile"*

"Le bruit des pieds par terre, les espèces de COUIC-COUIC des semelles en caoutchouc" ;

Comme nous venons de le voir, d'un côté les sons entendus constituent par leur intensité des nuisances, ils évoquent une agitation assez désagréable qui contredit l'idée même que l'on peut avoir de l'accueil hospitalier ; ils peuvent même évoquer l'enfermement de l'univers carcéral.

De l'autre côté, les bruits entendus constituent une "**présence rassurante**", ils animent l'espace hospitalier ; si certaines émergences sonores sont occultées, l'effet de métabole l'emporte et rassure ; la nature des bruits favorise cet effet : il vaut mieux entendre des voix, des pas, que des grincements :

"On sent que ça vit, en même temps on sent qu'il y a quelque chose qui se passe, si on n'entendait rien, ça serait peut-être un peu trop... un peu morbide" ;

"C'est tous des bruits classiques, bruyants, agressifs. Le seul mérite qu'ils ont, c'est entre guillemets de rassurer, puisque c'est des choses qu'à un moment on a assimilées, et que donc on retrouve".

*** Deuxième fragment : placard électrique**

Ce fragment n'est quasiment pas commenté. Une patiente insiste cependant sur ce bruit *"monstrueux (...) vous mettez ça dans une salle d'attente, les gens ils deviennent fous ; les néons qui grésillent, ah, c'est stressant"*.

*** Troisième et quatrième fragments : hall IRM-scanner avec et sans musique**

Les patients préfèrent le hall avec musique. L'atmosphère devient plus vivante, d'autant qu'on entend des voix, des pas dans le fragment.

Toutefois, deux personnes estiment que la musique est *"un peu trop gaie ; c'est la trompette, je pense qui ne va pas très bien avec l'hôpital"* ;

"La musique, elle fait peut-être un peu trop fête là".

Indépendamment des fragments sonores, le bruit de l'IRM est signalé à plusieurs reprises. Les manipulateurs préviennent le patient et lui fournissent des tampons pour les oreilles. Le bruit fait partie intégrante de l'examen et, à ce titre, est accepté.

1.1.3. OLFACTIF

*** L'odeur de la cafétéria**

Les personnes interviewées *in situ* n'abordent quasiment pas la question des odeurs. Dans le service, les patients en effet disent, sur relance, ne pas remarquer d'odeur particulière : *"ça ne sent pas l'hôpital"*.

La seule odeur, répulsive, signalée, est celle que les patients rencontrent à la cafétéria de l'hôpital au rez-de-chaussée :

"(...) au rez-de-chaussée, au niveau de l'alimentation, là je dois dire que c'est dégueulasse, c'est carrément dégueulasse, c'est un Relais H qui est là depuis des années, manifestement ils n'ont aucune concurrence !" ;

"(...) tout ce qui est bar, les odeurs à ce niveau-là c'est redoutable. Tout le rez-de-chaussée c'est hyper oppressant, c'est très désagréable au niveau des odeurs et même quand on n'est pas malade on a presque déjà la tentation de se sentir mal ! (...) parce qu'on passe toujours par cette odeur de café où on fait réchauffer des hamburgers, où j'ai toujours un haut-le-cœur".

*** "L'odeur de l'hôpital"**

Les patients interviewés en groupe commentent la question olfactive lorsqu'elle leur est posée. Ils tentent finalement d'explicitier ce qu'on appelle "l'odeur de l'hôpital" qui reste inscrite dans les mémoires :

"Même quand on n'est pas malade, parce que j'ai perdu mon père d'une leucémie et à l'époque je n'étais pas malade, et j'ai depuis ce moment-là l'odeur, on devait nettoyer le"

*sol, cette espèce d'odeur qu'on retrouve dans tous les hôpitaux, et qui me prend à la gorge, une odeur que je déteste" ;
"Ça sent le faux propre médicamenteux".*

Si une odeur émerge dès qu'on a passé le tourniquet, il faut toutefois noter des nuances, disent-ils, avec les étages d'hospitalisation ; *"parce que quand vous arrivez dans ces étages, l'odeur de chimio" ; "on a l'impression de sentir la chimio partout"*. À l'IGR, en effet, les patients évoquent l'*"odeur de la chimio"*, associée vraisemblablement aux nausées qu'elle procure pendant les séances de chimiothérapie ou par anticipation aux séances.

À la question d'une odorisation possible, une patiente qui a participé à l'aménagement d'une salle d'attente déclare que *"dans les espaces "vivre avec" on a trouvé une solution bacténol + lavande ; une bombe, bacténol, qui coupe les odeurs et des pot-pourris partout de lavande"*.

Sinon, les réponses sont individuelles : *"Hospitalisée, j'avais amené un petit déodorant efficace et la réaction du personnel et des médecins, "qu'est-ce que ça sent bon !" J'ai vite refermé la porte ! me suis dit, je suis bien, je vais me faire mon petit nid (...)"*.

1.1.4. DEUX UNIVERS HOSPITALIERS

L'approche sensible des espaces d'accueil du service de radiodiagnostic définit deux univers hospitaliers :

- d'un côté, l'un est daté, labyrinthe sombre, son identité peut paraître incertaine, puisqu'il évoque un parking ; est-ce parce qu'il appartient à la catégorie des espaces publics, anonymes, peu accueillants qu'il "fait hôpital" ? L'ambiance en est *"lugubre"*.

Si l'espace physique et les indices visuels contribuent principalement à l'élaboration perceptive de cet univers, les effets sonores y contribuent également : réverbération du hall Cheverny qui amplifie en particulier les bruits de pas, agitation propre à l'accueil (passage des chariots, voix, pas, etc.) qui peut évoquer le hall de gare (réverbération, mouvements désordonnés des usagers), etc.

- de l'autre côté, c'est le monde hospitalier qui s'impose dans sa technicité froide ; l'ambiance est *"chirurgicale"*.

Dans ces deux univers, l'espace est vide :

- dans le premier, un effet centrifuge vide l'espace - les patients le traversent sans s'arrêter à la recherche de leur chemin ;

- dans le second, l'espace *"trop grand"* est inoccupé et constitue un espace de visibilité que les patients n'osent pénétrer ; vide encore par la nudité des murs, l'absence d'accroches visuelles, l'austérité propre à l'hôpital.

L'environnement sonore peut humaniser, animer ces espaces. Même si les bruits entendus ne sont pas toujours agréables, ils constituent "*des bruits classiques*", ils représentent "*une présence rassurante*".

1.2. Espace-temps relationnel

Comment espaces sensible et physique d'un côté et conduites relationnelles se définissent réciproquement ? En quoi l'espace modèle-t-il les conduites mais également en quoi les conduites animent-elles cet espace-là et contribuent-elles à l'ambiance ?

1.2.1. ATTENTE CAPTIVE

L'appréciation des espaces d'attente est par nature même liée à la dimension temporelle ; si l'archétype spatial de l'attente à l'IGR est le couloir, il est associé à la durée de l'attente, toujours trop longue : elle rend les patients **captifs**.

Le temps d'attente dans le service de radiodiagnostic n'est pas remis en question comparativement à celui des autres services. Mais, c'est le souvenir des attentes trop longues (et trop nombreuses : visites à l'IGR, séances de chimiothérapie ou de radiothérapie ...) qui s'est imprimé dans la mémoire et qui sert désormais de référence. "*Le temps passé dans les couloirs à attendre est important - on a vite fait de passer une demi-journée - et plusieurs mois*" enchaînent les patients au cours de la réunion.

Tous les discours des patients évoquent le temps d'attente ; les conditions de l'attente, la crainte de quitter son siège pour être là lorsque le médecin appellera le malade font naître la colère :

"Ça, c'était insupportable, systématiquement on ne passait pas à l'heure, et systématiquement on nous racontait des histoires, pour des raisons... parce que c'était le matériel en panne ou autre, alors que ce n'était absolument pas ça", déclare un patient à propos du service de radiothérapie ;

"On a vraiment l'impression d'être un morceau de viande chez le boucher qui attend d'avoir une étiquette - moi, je dis, tant qu'on ne se fait pas engueuler, parce qu'il y a des moments où on se fait engueuler !".

Cette peur d'être oublié accroît l'angoisse : dans les espaces collectifs, si les malades n'osent pas toujours s'informer auprès du personnel du temps d'attente, ils en ont la possibilité ; dans les cabines, les patients sont livrés à leur seule angoisse et le souvenir des cabines se résume alors à l'attente qu'ils y ont vécue :

"L'autre fois j'étais restée 1/2h toute seule. En attendant je voyais du sang ! [rire]. Donc, c'est hôpital hein, c'est vraiment le matériel de l'hôpital" ;

"C'est angoissant, je suis passée la semaine dernière pour savoir quelle était la nature des kystes, cancéreux ou pas, et je suis restée 25 minutes montre en main, c'est terriblement long et pas une fois, on est venu me voir".

Le fait d'être prévenu du retard permet au consultant de patienter avec plus de calme et est considéré comme un signe de politesse élémentaire : *"Par exemple j'avais rendez-vous à 11h15, il est 12h15, et en arrivant on ne m'a pas dit combien de temps j'allais devoir attendre ni pourquoi j'allais devoir attendre. Enfin je ne sais rien du tout, je suis là j'attends et il ne se passe rien..."*, déclare un patient interviewé.

1.2.2. SERVICE DE RADIODIAGNOSTIC : UNE ETAPE NÉCESSAIRE - DES RÉSULTATS DIFFÉRÉS

Les visites à l'IGR constituent un **temps suspendu** au résultat des examens, au traitement proposé lors de la consultation ... *"Il y a un petit suspens quand on fait un contrôle"*, déclare une patiente.

Les patients n'attendent que les résultats. Pourtant, ils ne souhaitent pas nécessairement que le radiologue les transmette après l'examen, préférant que ce soit le médecin qui les informe. Et ce souhait tient à l'habitude mais surtout au lien établi entre le médecin et le malade. La discussion qui s'instaure sur le sujet lors de la réunion de groupe est intéressante. À la question posée clairement de la transmission des résultats au terme de l'examen dans le service de radiodiagnostic, les réponses positives fusent d'abord et peu à peu se font plus nuancées. Il s'avère que les patients trouvent absurde et sans doute sadique le temps d'attente lorsque les résultats sont positifs, mais la question se complique lorsque le résultat est négatif. Voici quelques fragments de cette discussion :

- *"le nombre d'heures que j'ai perdues comme ça*
- *il serait important que les médecins du radiodiagnostic donnent des explications mais pas entre deux portes*
- *sans prendre les termes médicaux, savants*
- *dire qu'il y a un problème tout simplement*
- *(...) il est donc important que les choses soient dites et les mots prononcés,*
- *mais ce n'est pas le radiologue normalement qui annonce ça,*
- *un truc qui serait bien, c'est que quand ça va, qu'il n'y a rien, qu'on nous le dise, parce qu'on passe une heure de plus à attendre à se dire que peut-être ça va mal aller (...)*
- *du coup quand on te dit rien [rires]*
- *l'annonce d'un mauvais résultat, ce n'est jamais facile, est-ce que ça doit être fait par le radiologue quand il vous remet la radio à la sortie de la cabine, il faut voir, (...) si un jour j'ai un mauvais résultat je veux que ce soit X qui me l'annonce, c'est le médecin qui me suit, je le comprendrai, je l'accepterai et je suis sûr qu'il trouvera les mots pour le dire ; moi, je fais confiance au médecin qui m'a pris en charge dès le départ et je veux que toutes les annonces, bonnes ou mauvaises, se fassent par lui, pas par quelqu'un que je n'ai jamais vu, qui a un travail honorable évidemment, respectable, mais de lui je ne l'accepterai pas".*

Plus que les patients de la réunion qui peuvent échanger leurs avis, ceux interviewés *in situ* manifestent pour la plupart l'incapacité à entendre la question ; en d'autres termes,

ils répondent en se référant aux pratiques de l'hôpital, aux délais nécessaires pour l'obtention des résultats, et au *"médecin qui leur explique bien ce qui s'est passé"*.

Pourtant plusieurs patients racontent dans quelles circonstances les manipulateurs sont allés, sur leur demande, chercher le radiologue pour qu'ils puissent avoir une réponse avant le rendez-vous prévu plusieurs jours après avec le clinicien. Mais leur demande n'est pas pour autant systématique.

On retiendra les propos les plus fermes d'une opinion favorable à la transmission des résultats ; ce jeune patient remet en cause le manque de communication du système hospitalier et non les habitudes du service :

"Avoir... je ne sais pas si ce sont des radiologues qui font les IRM, enfin avoir ne serait-ce que même deux minutes, "bon, tout va bien, rien de spécial", ou alors "bon, il y a un problème". Il poursuit, faisant allusion aux consultations :

"Il n'y a pas beaucoup de dialogue avec les médecins. C'est-à-dire on vient, on nous dit "bon ça va, ou ça va pas, ou faut faire ci, il faut faire tel examen". Cela dit, c'est le problème de l'hôpital en général, pas de celui-ci en particulier, c'est la communication entre les médecins et les patients qui n'est pas... Les médecins de ville sont quand même plus proches de leurs patients (...) Il y a du boulot, ils ont des progrès à faire, une marge de progression... En même temps je les comprends, c'est normal, j'imagine qu'ils ont énormément de travail et qu'ils ne peuvent pas passer 1/2h à parler avec chaque patient."

Le service de radiodiagnostic constitue donc une étape dans le circuit du patient dont la consultation représente le terme. Si les pratiques de l'hôpital sont *a priori* acceptées, le fait que les patients, un jour ou l'autre, aient envie de demander les résultats après l'examen traduit bien la complexité de la question. Une plus grande souplesse dans le fait de transmettre ou non les résultats de la part des radiologues permettrait-elle aux patients de mieux assumer l'attente dans le service de radiodiagnostic ?

1.2.3. DIMENSION SPATIALE DES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL

*** Accueil : accessibilité, proximité, visibilité**

"Je préfère un contact direct, plus convivial, plus réconfortant".

Ces propos sont représentatifs de la position des patients qui n'apprécient pas le "bocal" qui exerce un **effet de retenue** accentué par la distance entre la porte et le bureau :

"Quand on entre dans ce bureau, ce qui fait drôle c'est que la porte est loin des bureaux, mais c'est vrai que les dames nous parlent donc ça va, mais les bureaux sont très loin. Et puis on n'ose pas entrer, comme c'est loin on reste sur le pas de la porte et on attend, on ne sait ce qu'on va faire de sa fiche, on attend, je sais qu'il faut que j'aille la porter, mais les bureaux sont loin de la porte".

En revanche, le comptoir du hall IRM-scanner, que l'on aperçoit et identifie rapidement malgré le pilier situé à l'entrée présente les qualités d'accueil souhaitées :

- visibilité des hôtesses,
- accessibilité : absence de barrière qui permet potentiellement *"de poser toutes les questions"*;
- lors de l'attente, la présence du personnel est rassurante.

Ces qualités spatiales peuvent aider ceux qui ont *"peur d'enquiquiner"* le personnel à formuler une question. Elles exigent par contre une disponibilité permanente de la part de ce dernier et supposent une organisation du service, notamment du rythme des rendez-vous, qui évite "l'effet d'entonnoir", observé à l'accueil du rez-de-chaussée : *"Il y a un effet d'entonnoir, les gens arrivent ici des autres services pour le prochain rendez-vous, il n'y a pas toujours le personnel suffisant, à leur défense c'est ça, elles ne sont pas toujours en nombre suffisant, ce qui provoque des bouchons, donc il y a tout de suite une tension..."*

*** Accompagnement**

L'accompagnement concerne plutôt le trajet qui mène de l'espace d'attente aux cabines et aux salles d'examen. Il est non seulement nécessaire pour se repérer (ensemble IRM-scanner) mais il est également un soutien : *"Les [manipulateurs] m'ont fait me déshabiller, attendre, et puis après ils m'ont accompagné dans l'appareil"*.

*** Intrusion**

Les déplacements du personnel, guettés par les patients en attente, peuvent dans un espace trop restreint avoir un effet d'intrusion. Les notions de distance intime, personnelle et sociale que développe Hall¹⁴ sont ici intéressantes. Selon les sens concernés ce sont des sphères différentes qui sont touchées. On rencontre rarement à l'IGR la distance sociale qui est celle des négociations impersonnelles ; la distance qu'instaure un comptoir d'accueil entre le personnel et les patients est déjà moindre que celle-ci. Ce sont plutôt les distances personnelle et intime qu'il s'agit de protéger : la sphère personnelle (la "bulle") peut devenir vulnérable notamment lors de déplacements tandis que l'olfactif et le sonore peuvent franchir la sphère de l'intimité.

Ainsi, l'attente de la radiologie conventionnelle est un lieu de passage, en particulier pour le personnel ; deux rythmes s'affrontent alors et la tension du personnel en mouvement perturbe la recherche de tranquillité des patients.

"Si on a des gens autour de soi qui sont des gens détendus, ça va bien aller, mais si maintenant ce sont des gens énervés, agités, et ça c'est un peu la conflictuelle qu'on pourrait avoir avec le personnel qui travaille (...) Moi, par exemple tout-à-l'heure, j'étais assis, à un moment donné, il y a la théorie de l'espace vital, j'étais assis, j'étais en

¹⁴ Edward T. HALL. *La dimension cachée*. Seuil, 1966, chap. 10..

train de lire mon bouquin, vlati pas qu'un médecin ou je ne sais quel radiologue qui passe avec sa blouse blanche, et puis qui vient me coller sa blouse blanche sur mon livre quoi !"

1.2.4. DIMENSION SPATIALE DES RELATIONS INTERPERSONNELLES

*** Présence nécessaire des autres**

Les patients interviewés *in situ* déclarent parfois leur surprise de voir moins de monde que d'habitude ; de même, les photos qui ont été délibérément prises en l'absence de patients suscitent l'étonnement :

"Ça fait un peu hall désert parce qu'il n'y a personne sur les sièges" ;

"Il n'y a personne, c'est attendre quelqu'un qui ne viendra pas, il n'y a personne qui est là et personne ne passera ; quand il y a du monde, on se dit, quand je vais passer".

Les patients préfèrent donc la présence d'autrui, dans une certaine mesure diraient-ils, puisqu'ils critiquent fréquemment les attentes des services de consultations qui réunissent trop de monde et indiquent un temps d'attente beaucoup trop long.

L'absence d'autres patients empêche l'animation, crée une ambiance un peu morne ; à propos de l'attente radiologie conventionnelle : *"Là, ça a un côté un petit peu... morne cette salle d'attente. C'est la 1e sensation qu'on peut avoir, c'est vraiment que c'est morne. Je crois que comparativement à la pédiatrie, où les gens se connaissent un petit peu, (...) discutent entre eux, il y a quand même une convivialité on va dire. Alors que là, on assiste à une salle d'attente ordinaire, celle qu'on verrait un petit peu chez un médecin ou ailleurs".*

*** Diversité des patients (pathologies, degré de maladie, etc.) :**

Attendre avec des patients plus malades que soi-même, voir passer des malades en brancards ou en fauteuils roulants, est difficile à supporter : possibilité d'imaginer le devenir de sa propre maladie et par ailleurs compassion pour celui qui souffre.

"Moi, je trouve que c'est déjà traumatisant de venir ici, de voir tous ces gens qui souffrent, qui se font soignés ; moi je dis, ne pas voir trop de monde (...) je trouve qu'il y aurait besoin d'une salle spéciale pour les gens qui sont en fauteuil roulant, en brancard, qu'on ne les mette pas avec nous, c'est pour eux, qu'on les case pas non plus dans un coin, on les bouscule, on les met dans un coin et dans un autre"

Toutefois, cette diversité est préférée à la séparation entre les malades :

"C'est dur (de voir des gens très malades) mais je ne sais pas, cette espèce de grande diversité des personnes, des malades très mal, des nouveaux arrivants, des enfants, des jeunes, des moins jeunes, moi, je trouve que c'était une ambiance assez représentative de la vie, on ne peut pas avoir que des malades très mal ou que des gens bien portants, on ne va pas sélectionner les gens comme ça - et puis ça permet de ne pas s'appesantir sur ses propres problèmes", déclarent des patients au cours de la réunion de groupe.

Cette diversité suppose des conditions spatiales idéales pour respecter le désir de s'isoler de certains trop fatigués par exemple pour attendre en présence d'enfants.

Si des espaces d'attente spécifiques sont cependant souhaités pour les cas les plus graves ou pour les enfants, il en va de même pour éviter des situations insupportables : *"Parfois, pour remettre les enfants à la raison, les infirmières viennent et là ils pourraient les prendre à part les enfants parce que c'est dur ; une fois, une jeune fille ne voulait pas se faire réopérer et vraiment là c'était dur pour nous"*.

Cette anecdote met en évidence le besoin d'une salle pour la transmission des résultats.

*** Le regard d'autrui : menaçant ou souhaité ?**

La configuration spatiale des espaces d'accueil et d'attente et la disposition des sièges ont une incidence directe sur les relations entre les patients.

Nous avons vu que le **couloir** est un espace archétypal d'attente. Les patients réunis à la Ligue disaient en commentant la photographie de l'attente Beaugency : *"c'est classique - c'est lugubre ; les sièges en rang d'oignons, ça n'incite pas à communiquer avec les autres, il faut revoir la position des sièges"*.

Contre cette configuration spatiale que certains acceptent avec résignation, d'autres interviewés suggèrent des espaces plus conviviaux ; ainsi, à propos du service de radiothérapie où nombre de patients se sont rendus régulièrement : *"ce serait important, non seulement le décor, mais aussi une structure plus personnelle, plus intimiste à l'intérieur de la radiothérapie, dans des petits boxes - ou un petit lieu de convivialité"*.

Nous noterons que des patientes (pathologie mammaire) recourent parfois à l'expression *"salon d'attente"* pour désigner des espaces qu'elles jugent plus conviviaux, en d'autres termes où elles parviennent à converser avec d'autres personnes. Lors de la réunion de groupe, une patiente présente ainsi aux autres personnes l'attente provisoire mammographie : *"un petit endroit rétréci, genre un petit salon, convivial pour dix personnes avec une petite table, ça donne envie de communiquer avec les autres personnes, de boire un verre et d'arriver moins stressées, et ça les médecins nous l'ont signalé, vous arrivez moins stressées"*.

Plusieurs patientes comparent le service de radiodiagnostic et ses couloirs sombres avec le service de gynécologie : *"à l'IGR, en gynécologie, on est en carré, mais ce sont de petits carrés, alors qu'en radiodiagnostic, on ne se parle quasiment jamais parce qu'on est en rang d'oignons devant les portes, j'ai déjà remarqué que c'est plus convivial"*.

Toutefois, pour certaines, cette disposition en *"petits salons séparés par des plantes"* n'empêche pas la perception de *"l'enfilade"* où ils ont été aménagés. Il faut donc casser l'espace des zones d'attente et faire de véritables *"petites salles d'attente"*.

Le *"salon"* ou la *"petite salle"* d'attente correspondent plutôt à l'attente spécifique.

Dans le hall IRM-scanner, l'espace est apprécié parce qu'il donne le sentiment qu'on peut bouger, se lever ; en fait, il offre des possibilités virtuelles qui ne sont pas toujours exploitées puisque plusieurs personnes disent par exemple qu'elles ne s'imaginent pas se lever pour aller lire les panneaux d'information qui se trouvent sur le mur du fond.

Un interlocuteur remarque que *"c'est pas mal [comme ça], parce que si on a envie d'être un peu tranquille, rien ne l'empêche, et en même temps si on voit d'autres gens on n'est pas coupé des autres (...) C'est plus agréable de voir d'autres gens"*.

Mais voir d'autres gens ne signifie pas pour autant *"que tout le monde se dévisage"* ; c'est pourquoi, une personne qui accompagne une patiente apprécie les sièges dos à dos : *"les gens, en se tournant le dos, ça fait moins agressant"*.

Un jeune garçon déclare également : *"j'aime bien être contre les murs, les avoir derrière soi, mais ne rien avoir en face, ce n'est pas gênant, qu'il n'y ait personne, pas de siège, ce n'est pas gênant"*.

1.3. Docilité contrainte

Nous avons vu que l'expression des patients traduit une perception vulnérable. Il apparaît clairement, au terme de cette analyse, que les espaces d'accueil du service de radiodiagnostic et plus globalement de l'IGR ne sont pas adaptés à ce que nous avons appelé une **perception flottante et une mobilité ondulatoire**. Les patients soumis à une situation anxiogène entretiennent un rapport d'immédiateté avec l'environnement ; or, l'espace ne les sollicite pas, il les contraint à chercher leur chemin. Une fois parvenus au lieu de l'attente, l'espace vide qu'ils rencontrent les livre à leur anxiété.

Les patients se voient indiquer un parcours auquel ils sont amenés à se familiariser après plusieurs visites. Leur **docilité contrainte** se manifeste dans l'énumération des gestes : *"on arrive, on va à l'étage qui nous est demandé puis on cherche les pancartes pour savoir où aller (...) on donne notre papier et on nous dit d'aller au milieu du couloir, on regarde s'il y a des fauteuils et on s'assoie"*. Cette docilité manifeste l'adaptation au système dans lequel les patients entrent lorsqu'ils viennent à l'hôpital, elle n'empêche pas la colère de l'impuissance mais, d'une certaine manière, elle préserve les patients. On peut penser qu'ils se maintiennent dans un état de veille minimal.

Comment s'organise la perception dans ces espaces-là ? N'est-elle pas soumise aux représentations de l'univers hospitalier ?

Ainsi, le couloir acquiert une valeur d'archétype, il s'impose comme représentation de l'attente à l'IGR. Il est intéressant de rappeler que lors de la réunion de groupe, les patients ont commenté pendant plusieurs minutes le service de radiothérapie et non celui de radiodiagnostic, alors que la consigne venait de désigner ce dernier. Cette interprétation manifeste le travail de la mémoire ; l'attente en radiothérapie située au second sous-sol a-t-elle marqué les esprits plus fortement (fréquence des séances, attentes longues, semble-t-il) que le passage dans le service de radiodiagnostic ? Il y a

une représentation univoque de l'attente projetée dans tous les espaces existants de l'IGR et vraisemblablement d'autres institutions.

Lorsqu'on a signalé aux patients qu'il s'agissait du service de radiodiagnostic, une patiente a rétorqué : *"De toute façon c'est aussi long, aussi moche ; ... on est tout seul dans le couloir ; des fois, il y a des tas de dames, elles ne savent pas pourquoi elles sont là, depuis x heures, parce qu'on attend bêtement ; on voit des infirmières qui passent, qui rigolent elles ; et nous, on l'impression d'être ignorés, on ne sait même pas si on existe encore ; le pire c'est qu'on entend une télé qui fonctionne en italien, alors pourquoi en italien je ne le saurai jamais"*.

L'espace IRM-scanner qui est perçu en contraste avec la partie ancienne est rattaché à une représentation de l'hôpital comme univers technique. Il est cependant important de souligner que dans un premier temps, lorsque les malades le découvrent, ils peuvent dire qu'ils ont le sentiment de ne plus être dans l'Institut. De plus, ce hall d'attente laisse la place à une relation plus personnelle avec l'espace et en ce sens échappe à la représentation. Il offre en fait un confort et une ambiance que les patients ne rencontrent pas ailleurs.

On comprend donc que la représentation s'impose lorsque le contexte ne répond pas aux besoins, aux désirs toujours singuliers. Loin de tranquilliser l'esprit parce qu'il ressemble à ce qu'on connaît déjà, il peut au contraire amener à la déréalisation et le malade se retrouve nulle part, dans la panique.

Existentiellement, c'est le corps souffrant qui recherche sa place dans l'environnement. Que peut lui offrir l'espace d'accueil et d'attente ? Nous envisagerons en troisième partie des réponses à cette question mais déjà nous insistons sur le fait que le modèle le plus confortable qui soit doit être réinterprété dans un service. **C'est la singularité qui fait mémoire et permet l'appropriation**¹⁵.

2. POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Comment les professionnels appréhendent-ils ces espaces ? Tout d'abord, leur perception s'enracine dans leurs pratiques. Tous nos interlocuteurs, notamment le personnel d'accueil et les manipulateurs qui fréquentent ces espaces tout au long de la

¹⁵ On entendra le terme d'appropriation dans le sens adopté par Jean-François AUGOYARD : "(...) Ce syncrétisme entre soi-même, l'espace et autrui paraît bien désigné par le terme d'appropriation", écrit-il à propos des expressions des habitants de la Villeneuve qui déclarent : "j'y suis bien", "je ne me sens pas rejeté", etc. Voir. *Pas à pas*, Seuil, Paris, 1979, p. 75.

journée, les qualifient et les évaluent d'un point de vue fonctionnel et, au cours de l'entretien, ils sont amenés à analyser comment les ambiances des espaces d'accueil et d'attente interviennent dans leur relations avec les patients. Par ailleurs, leur appréciation personnelle des ambiances est associée au point de vue du patient. En effet, leurs observations sur les comportements des malades s'accompagnent fréquemment d'une démarche d'identification. Nous aborderons successivement ces deux points de vue.

Rappelons que le discours des membres du personnel renvoie soit au souvenir des lieux pour ceux que nous avons rencontrés dans leur bureau, soit à une perception *in situ* au cours d'un cheminement pour d'autres (pré-enquête), enfin à la réactivation visuelle et sonore pour ceux (en particulier la réunion de groupe) que nous avons rencontrés dans la seconde phase de l'étude.

2.1. Point de vue fonctionnel

2.1.1. CONFIGURATIONS VISUELLES ET SPATIALES

* Contre-indices de souterraineté

L'**éclairage** de l'IRM-scanner constitue un élément d'ambiance important. La situation souterraine participe à la construction perceptive ; ainsi, la première qualité de la lumière est, *"pour nous qui sommes habitués à vivre dans des locaux sans jour, de ne pas faire lumière artificielle"*, nous dit-on ; la formule n'affirme pas pour autant qu'elle fait lumière naturelle. Le degré d'éclairement joue un rôle dans cette appréciation ; d'ailleurs, se trouver dans un endroit *"très éclairé, compense le fait d'être en sous-sol"*. Pour le personnel de l'accueil, la lumière de cet espace est plus confortable et par conséquent moins fatigante. Ajoutons que la luminosité est souvent associée à la clarté des couleurs du revêtement mural et aux matériaux (verre dépoli, notamment).

Par comparaison, l'espace d'attente en radiologie conventionnelle fait figure d'exception, et il est considéré comme le plus agréable parce qu'il donne sur le patio et reçoit la lumière du jour.

Le contraste avec les espaces anciens, dont *"le côté sombre"* est souligné, rend le regard et l'appréciation plus vifs dans l'espace IRM-scanner. Chacun attend la disparition du orange qui recouvre encore les murs de certains couloirs. Ce sont les **couleurs** claires, c'est-à-dire susceptibles d'éclairer des espaces situés en sous-sol qui sont souhaitées.

* Hall IRM-scanner : "trop grand"

Les dimensions de l'espace IRM-scanner suscitent des remarques : *"très grand"*, *"très, très vaste"*, *"trop vaste"*, *"trop large"*. Tels sont les termes accompagnés d'adverbes exprimant l'excès qui reviennent dans les discours des soignants. Deux inconvénients sont associés à ces dimensions.

D'une part, le hall IRM-scanner apparaît démesuré par rapport aux espaces qui doivent être réaménagés. Il résulte, nous disent certains membres du personnel soignant, des prévisions du service IRM-scanner, *"pensé pour le futur"* : *"cet espace, c'est qu'il a été conçu pour 4 machines, et que d'autre part l'accès central devait constituer l'entrée de tous les blocs, donc un passage pour d'autres secteurs, ce qui fait que ça a été surdimensionné, ce qui paraît surdimensionné au départ ne le sera peut-être pas dans l'avenir"*. Pourtant, les dimensions en sont évaluées dans le cadre de l'espace disponible du sous-sol : *"c'est gigantesque par rapport au manque de place qui a toujours été le problème majeur du -1"*, observe l'un de nos interlocuteurs.

D'autre part, il s'avère trop spacieux dans la pratique quotidienne : *"on marche beaucoup si vous voulez, pour traverser tous ces beaux couloirs toute la journée"*, disent les manipulateurs. Par ailleurs, nous avons vu que ces derniers sont amenés à gérer un espace-temps complexe et, *"dans l'exercice de la profession"*, déclare l'un d'eux, *"je trouve qu'on est trop loin des patients à certains moments, loin physiquement..."*. Il poursuit : *"entre la personne qui vous réclame pour un renseignement en salle d'attente, et puis un autre problème de quelqu'un qui est en box, eh bien il faut faire un choix à un moment, si à ce moment-là on est seul pour gérer le problème. Donc, malgré tout, l'espace intervient à ce moment-là"*.

Les dimensions de la salle IRM-scanner auraient toutefois un avantage : associées à un éclairage qui compense l'absence de lumière du jour, elles évitent *"l'impression d'étouffement"* que certains déclarent rencontrer dans la partie ancienne.

* **Bocal**

Pour le personnel, il s'agit de compenser un accueil inaccessible par une vigilance accrue pour répondre aux demandes explicites et implicites.

"C'est un bocal complètement fermé, souvent on a l'impression d'y travailler, on n'a pas l'impression qu'on accueille les patients, souvent on a l'impression qu'il y a deux personnes qui travaillent comme dans un bureau", déclare une personne qui travaille à l'accueil. Ces propos confirment les remarques des patients qui disent s'arrêter à la porte du "bocal".

* **Surveillance**

Signalons la **question de la visibilité des patients** liée à la configuration spatiale. Ainsi, l'accueil général ne favorise pas le contrôle de l'attente : *"l'ancien accueil, ce que vous appelez le "bocal", étant très très excentré par rapport à tout le service, il est difficile d'avoir un œil sur les patients que l'on met en attente chaise ou brancard. C'est vrai que ça nous arrive d'aller vers Saumur, Talcy, pour voir si un patient n'a pas été oublié, ou si un brancardier n'est pas descendu suffisamment tôt"*, nous disent les soignants qui ajoutent qu'en revanche, en IRM-scanner, *"la réception est quand même centralisée"*.

La surveillance caméra peut-elle pallier ce manque de visibilité ? Techniquement, un tel mode de contrôle est envisageable, notamment lorsqu'il s'agit de repérer la présence des patients. Mais, et l'exemple de la surveillance des boxes qui se trouvent dans l'enceinte IRM-scanner est cité, *"on ne peut voir les détails et de plus on n'entend rien parce qu'il n'y a pas de son, donc on ne peut pas appeler ça surveillance de toute façon"*.

En fait, la question est de savoir comment les patients perçoivent une caméra ? Ils doutent qu'elle puisse rassurer : *"Parquer les gens dans une pièce, même avec une caméra, je pense qu'il peut y avoir un sentiment d'insécurité"*, résume un soignant.

*** Passage des brancards et des chariots**

D'un point de vue fonctionnel, le passage des brancards dans les espaces où circulent les patients est systématiquement cité par nos interlocuteurs ; d'une part, parce qu'ils s'interrogent sur les réactions des patients (voir ci-dessous) et, d'autre part, comme nous l'avons évoqué à propos de la gestion spatiale dans la première partie, à cause de l'exiguïté des couloirs. *"Je me souviens que quand tu passes un lit de réanimation, tu es obligé de faire lever les gens ; les gens sont obligés de se pousser, de se lever, parce que tu ne passes pas"*, raconte un brancardier qui apprécie l'espace IRM-scanner de ce point de vue ; *"ça fait boulevard là-bas [IRM], et puis c'est les ruelles [ailleurs]"*. On remarque alors que *"ça fait un an et demi que c'est ouvert et il n'y a quasiment pas de coups avec les brancards"*.

Quant au passage des chariots, il ne fait pas l'objet de commentaire spontané de la part des professionnels du service, sans doute parce qu'il ne concerne pas directement la vie du service et qu'il a été intégré ou gommé (voir ci-dessous, registre sonore), sans doute également parce qu'avec la restructuration des locaux, un grand nombre de chariots n'emprunteront plus ces couloirs. Notons que le passage d'un chariot fait parfois l'objet d'une réprobation visuelle de la part d'un interlocuteur lors des parcours commentés.

2.1.2. SONORE

Les remarques sur le sonore sont inexistantes à l'exception de la question de la sonorisation. Cette absence correspond-elle à un relatif confort sonore de ces espaces qui ne sollicitent pas l'oreille ?

*** Gommage**

On s'étonnera pourtant de l'absence de discours relatif au sonore alors que l'enregistrement des entretiens restitue le **bruit des chariots**, réellement parasite dans le service, qui passent transportant des colis divers ; les personnes interrompaient spontanément leur discours et le reprenaient ensuite sans aucun commentaire. Ceci laisse supposer que le passage des chariots qui oblige parfois à se déplacer pour les laisser passer, est du point de vue sonore gommé par la force de l'habitude et le rejet systématique d'éléments perturbateurs dans l'accomplissement des tâches. Quant au

bruit des roues en caoutchouc des brancards, il ne fait pas l'objet d'attention particulière. Nous l'avons vu, c'est le passage des brancards qui pose problème dans le service d'un point de vue spatial et humain.

En fait, les *"bruits de tous les jours"*, selon les termes d'une soignante à l'écoute des fragments sonores intègrent ces bruits. Quant aux bruits liés à l'activité, ils sont absents des discours : le bourdonnement aigu perceptible dans le hall Beaugency lorsqu'on passe devant le placard EMC n'est pas repéré, de même que le bruit de l'IRM.

* **Sonorisation**

Limitée à l'espace IRM-scanner, la sonorisation est à la charge du personnel d'accueil. *"On essaye de mettre de la musique d'ambiance, mais ce n'est pas toujours facile, (...) il faut veiller à ce que ça ne soit pas trop triste"*, nous dit-on. Un programme FM - type FIP, qui offre une variété de musiques - serait peut-être mieux adapté aux besoins de l'attente, mais l'accueil dispose d'une *"superbe installation"* qui ne comporte pas la radio. L'autre problème évoqué est la variation de l'intensité non prévisible ; *"quelque fois on n'entend rien et quelquefois ça monte d'un seul coup"*. De plus, le personnel à l'accueil estime que sa position derrière le comptoir ne lui permet pas d'apprécier le niveau sonore tel qu'il est dans l'espace d'attente.

* **Production sonore du personnel d'accueil**

Un accueil ouvert suppose une **maîtrise sonore** de la part du personnel. *"Par exemple c'est très difficile de répondre au téléphone quand vous êtes au milieu de la salle d'attente, il faut faire très attention à ce qu'on dit, il faut faire attention aux conversations personnelles, il faut faire attention à ne pas se laisser aller, même dans la façon dont on peut répondre, et c'est vrai que c'est un contrôle, et c'est quelque chose qui ne vient pas comme ça en fait"*, déclare une personne de l'accueil.

Du point de vue sonore, dans le service de radiodiagnostic, **l'appel du malade** peut se faire discrètement dans la mesure où il est possible de localiser les patients en fonction des examens ; tandis que dans le couloir du 8ème où les patients qui attendent pour une scintigraphie ou une échographie sont mêlés, les médecins sont amenés à *"hurler dans un couloir ou un autre"*. Dans le hall IRM-scanner, les patients peu nombreux et accueillis par la personne qui se trouve derrière le comptoir peuvent être identifiés ; le manipulateur n'a pas besoin d'appeler un nom, il va chercher le malade.

2.1.3. *OLFACTIF*

Il y a très peu de remarques relatives à l'olfaction, ce qui confirme l'**absence d'odeurs vraiment significatives** dans ces espaces. Personne ne mentionne l'**odeur de fixateur** (comme une odeur de vinaigre) qui émane de la salle de radiologie mammographie située à la hauteur de l'entrée de l'espace IRM-scanner.

Quelques remarques relatives aux perceptions olfactive et thermique-aéraulique, que nous mentionnerons ci-dessous, accompagnent le commentaire des ambiances des espaces d'accueil.

2.1.4. PERCEPTION FINALISÉE, MOBILITÉ DETERMINÉE

La perception déployée au cours de l'activité **est sélective et finalisée** : chacun voit et entend, et cherche à voir et à entendre, ce qui est utile à son activité. L'accueil suppose un contrôle spatial et temporel et le personnel apprécie un espace qui permet en un coup d'oeil de "surveiller" les patients, de vérifier si une personne n'est pas "*oubliée*". L'oeil technique de la caméra appauvrit l'information et de toute façon supprime l'immédiateté qui permet d'évaluer une situation dans laquelle le corps est prioritaire. **Le personnel se déplace avec détermination.**

Aux yeux du personnel, la transformation des locaux (IRM-scanner) améliore les conditions de travail du point de vue visuel (éclairage) et aéraulique ; les dimensions de la salle augmentent les distances à parcourir mais facilitent le passage des brancards. Le nouvel accueil (ouvert) modifie l'espace relationnel avec les patients et suppose donc de nouvelles exigences de la part du personnel (maîtrise sonore en particulier).

2.2. Du regard expert à l'identification aux patients

2.2.1. ESPACE SENSIBLE

*** Orientation**

Le service de radiodiagnostic est intégré dans l'**organisation verticale** du bâtiment. Les patients, lorsqu'ils viennent en consultation, sont appelés à passer d'un service à l'autre, c'est-à-dire d'un étage à l'autre. Or, disent les professionnels, "*tous les lieux au niveau de l'ascenseur se ressemblent et ils ne savent plus s'ils doivent monter ou descendre*". Les professionnels soulignent ici un manque d'identification visuelle des services de l'Institut, conforté par le logo sonore "*agréable*" ("*ça fait penser à Orly*") des ascenseurs. Seul, le service de pédiatrie est fréquemment cité à titre d'exception pour son environnement plus chaleureux et son animation qui permettent de les repérer.

Tous nos interlocuteurs soulignent la difficulté à s'orienter dans les locaux du niveau -1 et ce, en dépit de la **signalétique** abondante et insuffisante à la fois. Les patients, disent-ils, sollicitent tous ceux qui ont une blouse blanche et qui ont l'air d'appartenir au personnel de l'IGR pour demander leur chemin. L'un des participants à la réunion de groupe se dit surpris par la position des panneaux : "*Toutes les indications qui se trouvent à l'Institut, les trois quarts sont notamment au plafond*".

Les **noms** des secteurs du service et des différentes attentes semble avoir une utilité, bien que les patients, nous dit-on, lorsqu'ils s'adressent aux personnes de l'accueil

précisent quel type d'examen ils viennent passer. Les noms amènent sans doute un peu de fantaisie même s'ils ne constituent pas en tant que tels un moyen de repérage efficace, fantaisie géographique que les patients mémorisent.

L'organisation spatiale, comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à la perception des patients, contribue à la perte d'orientation. *"C'est mal fait"*, déclare une soignante ; comment s'orienter en avançant vers un accueil qui se dérobe à la vue et qui ouvre sur une *"enfilade de couloirs"* ? Ainsi, le *"grand couloir"* (Beaugency) ne donne-t-il pas le sentiment qu'on s'éloigne du service de radiodiagnostic ? Par rapport à ce système, seul, l'espace IRM-scanner constitue un terme, une fois franchi l'obstacle du pilier qui masque en partie le comptoir de l'accueil.

*** La partie ancienne des espaces d'accueil**

De nombreuses personnes empruntent les escaliers qu'on pourrait presque qualifier de *"sordide"* pour descendre au sous-sol. En outre, *"toute la partie en sortant des ascenseurs et en passant devant le bocal, tout ce quartier là, il est sinistre"*, déclare un soignant au cours de la réunion de groupe ; *"sinistre"*, *"jaunâtre"*, *"sale"*, renchérissent les autres participants.

Des plafonds bas, un *"aspect confiné"*, *"espace qui n'est pas confortable du point de vue matériel, agressif au point de vue couleurs"*, constituent *"un lieu de passage où on n'a pas envie de s'arrêter"*. **Les remarques olfactives** définissent un lieu peu identifiable : dans le service de radiodiagnostic, *"ça sent plutôt la poussière que l'hôpital"*, remarque un médecin ; cette odeur relève du sous-sol, de la cave ;

"Hormis les odeurs au moment des repas, mais elles peuvent être fort désagréables pour des patients qui ne sont pas bien, qui sont déjà plus ou moins nauséux, (...) il y a les odeurs qui ne sont pas toujours agréables non plus qui viennent des quais de livraison, avec les camions qui arrivent, les odeurs de gaz (...) de saleté extérieure", raconte un soignant qui ajoute : *"et en ce moment, il y a toutes les odeurs de travaux qui ne sont pas forcément désagréables"*.

Cet espace dans lequel les patients arrivent *"ressemble à tout et à rien ; un peu entrepôt, usine..."* ou encore *"garage"*. *"C'est la réception, mais la réception de quoi ? Ça ressemble à un quai de marchandises"*, déclare un soignant.

"Ça fait vraiment l'attente de l'hôpital, ce n'est même pas une attente qu'on pourrait comparer à un hall de gare, parce qu'un hall de gare, il y a quand même un sentiment de joie, parce qu'on parle de trains, de vacances".

Le hall Beaugency suscite les mêmes propos : *"c'est froid, c'est sale, c'est moche, ça résonne, les chaises ne sont pas confortables, les patients sont face à un mur"*.

Certains changements thermiques y sont sensibles : *"les patients viennent, sont fragiles et en plus il y a vraiment un courant d'air"*.

En outre, des **différences thermiques** entre les espaces communs et les salles d'examen (notamment, salle de biopsie) sont signalées par un membre du personnel soignant.

* **Partie récente**

Nous venons de voir que l'éclairage de cet espace, sa clarté, sont appréciés par tous nos interlocuteurs. On considérera également les matériaux, rarement évoqués, qui relèvent des registres visuel et tactile. La comparaison entre les deux types d'espaces, anciens et récents, est à la faveur de ce dernier dans la mesure où les matériaux échappent à *"l'aspect béton"* que l'on rencontre dans l'accueil du "bocal". Les vitres opaques de l'espace IRM-scanner sont également évoquées : elles concourent à *"la beauté du lieu"*. Par ailleurs, *"on sent qu'on est aéré dans cette salle"* dont les dimensions ont une incidence sur la perception aéraulique ; *"ça sent le propre, ça sent le neuf"*, commentent nos interlocuteurs qui parcourent les lieux, se référant à l'odeur des sièges ; enfin, *"la sonorisation peut rompre la solitude"*.

Cet espace est donc en rupture avec les ambiances de la partie ancienne du service, mais plus globalement, nous dit-on, avec les lieux d'attente de l'Institut, parce que *"même dans les étages, ce n'est pas très plaisant, excepté quand on a la chance d'avoir les attentes le long des fenêtres"*. On peut y éprouver *"un sentiment de calme, de paisibilité, de tranquillité, de repos ; moi, j'aurais un examen, je me sentirais moins tendue à attendre dans ce genre d'endroit que d'attendre dans le patio là-bas [radiologie conventionnelle] où les gens sont sur des sièges plus ou moins confortables, les uns sur les autres, on se sent étouffé"*.

Pourtant, on notera que la démarche perceptive des interlocuteurs lorsqu'ils commentent l'espace IRM-scanner relève souvent d'une ambivalence qu'ils n'explicitent pas forcément ; ainsi, ils disent : *"c'est beau malgré tout", "quand même"*, etc.

Leurs critiques expriment l'excès par le biais de qualificatifs, plus fréquemment d'adverbes, à propos de l'espace comme nous l'avons vu plus haut et, en dépit des exclamations favorables, à propos de la lumière jugée *"violente"*, de l'espace *"très, très éclairé"*, ou *"trop uniformément éclairé"*. Cette *"grande salle des pas perdus"* n'est pas *"intime"* et *"fait vide"*. Ce vide renvoie aussi bien au faible nombre de personnes qui s'y trouvent qu'à l'absence de décoration : *"ça manque de couleurs, de décor, ça reste quand même assez terne"*.

Au cours de la réunion, un participant, non contredit par les autres, dira qu'y *"travailler toute la journée, c'est fastidieux quand même"*.

Finalement, *"le blanc, l'aluminium, le couloir, ça me fait bien penser que je suis dans un hôpital et que je suis malade si j'étais patient"*. Cette appréciation partagée par nos interlocuteurs et qui ne remet pas en question la tranquillité qui se dégage du lieu tient à son côté *"aseptisé"*, *"c'est trop propre"* ; disent certains, et *"ça fait bloc opératoire"*. La

cabine peut être plus aseptisée, c'est "moins choquant", " parce que c'est un secteur de soin". En fait, n'est-on pas déjà dans la salle d'examen avec une telle ambiance ?

2.2.2. ESPACE RELATIONNEL

* "Un entrepôt pour les malades"

Les personnels d'accueil et soignant se déclarent choqués par les espaces d'attente qui s'offrent aux patients. *"Moi, le couloir me donne l'impression d'un entrepôt pour les malades"*, déclare un membre du personnel participant à la réunion de groupe. Configuration spatiale, manque de confort et ancienneté des locaux concourent à cette perception. Les malades sont "parqués" en quelque sorte, abandonnés dans leur solitude : *"Déjà là [Talcy], on les case entre les portes ou dans le coin là à-côté du scan, ça fait vraiment entrepôt, et même les nouveaux boxes du scanner, ces 3 grands boxes, des fois quand on passe simplement, on voit un chariot là-dedans, ils sont peut-être à la vue du personnel parce qu'il y a des caméras, mais les malades..."*.

* Question de la diversité des patients

De même que dans la réunion de groupe, une discussion s'instaure entre les participants de la réunion. Elle manifeste la complexité de la question. Tous s'accordent à reconnaître la nécessité de distinguer des catégories de patients : *"ce n'est pas normal qu'un enfant guéri attende à côté d'un malade de réanimation qui est en train de vomir dans son lit ou qui a des drains partout"*.

Mais, se pose la question d'une ségrégation qui n'est peut-être pas justifiée ; les malades qui viennent à l'IGR, même si c'est pour un diagnostic, connaissent la spécificité de l'Institut, "ils savent ce qu'est une chimiothérapie et en connaissent les conséquences", disent-ils. Comme les patients, auxquels ils ont tendance à s'identifier sur cette question, ils estiment finalement que seuls, les cas les plus graves sont à prendre en considération.

* Fragmentation de l'espace

Tous les professionnels souhaitent une fragmentation de l'espace. Comme les patients, ils sont prêts à casser le linéaire : *"l'alignement, c'est bien pour le métro ; les gens viennent seuls ou pas seuls et ils n'aiment pas forcément que le voisin entende. Il faut que les gens puissent converser"*.

Ils privilégient la convivialité : *"je créerais des alvéoles, des petits compartiments"*, parce qu'il est plus facile de se mettre en retrait, disent-ils, plutôt que de prendre place dans un espace collectif trop grand. Des espaces de dimension réduites peuvent favoriser la discussion. Or, *"les malades entre eux ont besoin de parler"*, reconnaissent les soignants, *"mais ils parlent de maladie"*, ajoutent-ils, sachant que ces discussions suscitent des projections douloureuses chez ceux qui viennent depuis peu à l'IGR.

2.2.3. UNE ÉVALUATION CRITIQUE

Finalement, comment les professionnels évaluent-ils ces espaces en fonction des qualités supposées et requises de l'accueil ? Ils développent un point de vue critique parfois virulent à l'encontre des espaces d'accueil et leurs propos confirment ceux des patients.

Les professionnels débordent tout d'abord le cadre du service de radiodiagnostic ; **dans l'IGR**, *"c'est partout pareil, c'est identique"*. Il s'agit moins de banaliser des lieux, des étages, des services, que d'en souligner l'**absence d'identification** et de constater leur **structurelle confusion**. Mais, ces remarques n'invalident pas toute tentative de transformation. Au contraire, elle s'avère totalement nécessaire.

Les professionnels rappellent aussi le sens que prennent les espaces d'accueil de l'IGR et qui guide la perception du consultant. Ainsi, l'ambiance de la partie ancienne du service de radiodiagnostic, *"sombre"*, est mise en relation avec la gravité de la maladie. *"Dans une maternité, on dirait : "tiens, ils exagèrent de mettre ce genre de truc", mais on s'en fout"*. Ici, *"cest la déshumanisation totale"*. L'espace devient hostile et *" on se sent un peu des étrangers dans le système d'accueil qui ne vous accueille pas mais vous observe"*, déclare un professionnel qui n'appartient pas au service mais fréquente le sous-sol.

Les discours vifs et réprobateurs à l'égard du contexte dans lequel attendent les patients relèvent du regard expert - les membres du personnel en connaissent l'inconfort objectif, en évaluent l'incidence sur le degré d'anxiété des patients - et d'une tendance à l'identification qu'ils expriment parfois. L'environnement constitue dès lors une charge supplémentaire pour les professionnels. Des espaces d'accueil plus chaleureux peuvent donc adoucir le temps passé dans le service pour les patients mais également rassurer les professionnels. On peut d'ailleurs penser que la tendance à l'identification s'estompera lorsque les conditions de l'accueil seront modifiées.

3. CONCLUSION

3.1. Associations

Au cours de l'analyse des entretiens, nous avons signalé les lieux qui suscitaient chez nos interlocuteurs le recours à l'exclamation *"ça fait hôpital"* ; de même, nous avons mentionné les expressions métaphoriques associées à un lieu. Ces ponctuations du discours ne sont pas très nombreuses mais elles ont l'intérêt de ressaisir une idée, de traduire des éléments contextuels dominants dans la perception. Elles acquièrent une valeur de synthèse illustrative.

3.1.1. "ÇA FAIT HOPITAL"

Ce sont plutôt les patients qui emploient cette expression en racontant leur parcours dans les espaces d'accueil ou en commentant les photographies. **Elle réfère aux espaces de la partie ancienne du service, pour désigner l'absence de qualités propres à l'accueil : la froideur, l'austérité, la dureté.** Le manque de clarté qui est également associé à cet univers hospitalier, lié ici plutôt au souterrain, peut confirmer le sentiment que "c'est l'hôpital" mais n'est pas déterminant. On peut aussi ajouter un critère chronologique : l'hôpital qui comporte de telles caractéristiques est nécessairement "**vieux**" ; ce dont témoignent le mobilier, les couleurs, et la propreté du sol lino - cette qualité référée à la salle IRM-scanner aurait suggéré l'asepsie, mais à propos du sol brillant qui fait crisser les pas, elle traduit davantage la volonté de propreté toujours menacée.

Ces caractéristiques sont confirmées par la négative lorsqu'un interlocuteur déclare en arrivant dans le hall IRM-scanner : "*c'est vraiment très bien, très agréable ; on n'a pas l'impression d'être à l'hôpital*". Nous avons vu que l'étonnement des patients s'explique en partie par les dimensions de cet accueil, par un éclairage généreux et chaud (qui ne correspond pas à l'éclairage des néons que les patients connaissent en général), qui contredisent l'idée "*qu'il faut faire des économies ; il y a un petit côté luxe*". Dans le discours, cette expression intervient comme une justification évidente de cet accueil "*lugubre*" et "*froid*" que les patients découvrent ; la réponse d'une mère à son fils qui déclare "*ici, c'est froid, ce n'est pas beaucoup meublé*" est éloquente "*mais, Pierre, c'est un hôpital !*".

Cette expression "*ça fait hôpital*" ne désigne donc pas, aux yeux des patients, l'univers hospitalier de haute technologie que le hall IRM-scanner pourrait représenter. Ce qui ne signifie pas que les patients n'éprouvent pas avec plus d'acuité le sentiment d'être à l'hôpital en attente d'un examen lorsqu'ils arrivent dans cet espace.

En général, les professionnels ne recourent pas à cette expression. Toutefois, on retrouve parfois une connotation dépréciative dans les propos : ainsi, un de nos interlocuteurs estime que le hall IRM-scanner "*est assez réussi pour un hôpital*", entendu clairement comme service public soumis à des contraintes budgétaires. "*Ça fait hôpital*" s'inscrit bien dans une logique économique qu'il est sans doute utopique de vouloir contourner. Mais pourquoi le "*décor*" doit-il nécessairement prendre cette forme ?

3.1.2. EXPRESSIONS MÉTAPHORIQUES

Les références à d'autres lieux que l'on rencontre dans les discours concourent également à caractériser les ambiances des espaces d'accueil. L'expression métaphorique des patients illustre plutôt les espaces anciens, tandis que celle des professionnels concerne espaces anciens et récents. Cette distinction nous amène à préciser la perception des malades qui, en vertu du contraste avec les couloirs qu'ils viennent de traverser,

s'étonnent et acceptent cet espace. Les professionnels, nous l'avons vu, sont plus critiques.

Les références les plus nombreuses ont trait aux espaces d'accueil et d'attente des gares et des aéroports.

Associations relatives aux espaces anciens :

Le **hall de gare** est rattaché aux modalités sonore et visuelle. En effet, des personnes le citent à l'écoute du premier fragment sonore qui est l'enregistrement d'un parcours entre le hall des ascenseurs et l'espace IRM-scanner. Nous l'avons vu, la diversité des bruits suggère une animation (passage des chariots, voix, etc.) un peu désordonnée. Sans référence au sonore, la métaphore est plutôt analogique et d'ailleurs ne convient pas vraiment ici puisque *"manque l'ambiance"*.

Cette analogie est spontanée lorsqu'il s'agit d'évoquer un lieu d'accueil aux vastes dimensions, supposant la présence du public : le hall d'accueil du rez-de-chaussée, *"cette espèce de hall de gare début de siècle"*, doit être transformé et *"l'idée grossière est de dire, on va faire quelque chose comme à la gare Montparnasse"*.

L'allusion à **Orly** réfère au signal sonore (au *"DING-DING"*) plutôt agréable des ascenseurs.

Le **parking** relève également des modalités sonore - bruit de l'ascenseur, réverbération, grincement de porte - et visuelle - aspect et absence de gaieté.

L'**usine et l'entrepôt, le quai de livraison**, cités par des professionnels, renvoient à l'accueil Cheverny et au "bocal" - sas qui mène vers le garage, chariots, odeurs de cuisine ...

"Usine pour soigner", cette expression d'un patient à l'écoute du premier fragment sonore renvoie à une agitation non pas désordonnée mais finalisée et organisée dans un système.

Descente aux enfers, catacombes, labyrinthe, ces termes appartiennent à l'imaginaire souterrain - effet sensori-moteur de la descente, manque de lumière, espace complexe ...

Prison, univers carcéral, ces deux références sont suggérées par les grincements avec effet de réverbération.

La **souricière** a une signification spatiale ; elle concerne l'attente provisoire mammographie, espace relégué.

Associations relatives à l'IRM-scanner

Les **terminaux d'aéroports et Roissy**, cités par des professionnels, désignent les espaces impersonnels des aéroports souvent déserts, vides.

Bloc opératoire : c'est la photographie de l'entrée du hall IRM-scanner qui suggère cette image - blanc, métal ...

Salle de torture, c'est ainsi qu'un enfant voit la cabine qui pour d'autres annonce la **salle d'examen**.

La **morgue** : c'est la salle IRM-scanner avec son ambiance *"un peu froide"* qui *"fait morgue"* aux yeux d'un professionnel.

Ces expressions métaphoriques témoignent d'une perception plurisensorielle. Par ailleurs, les ambiances évoquées à travers ces associations sont celles d'espaces qui reçoivent du public pour certaines d'entre elles ou d'espaces collectifs qui supposent une organisation rigoureuse pour d'autres. Les références au médical sont du côté des espaces récents.

3.2. "Absence de signes vers le patient"

Au cours de l'analyse de la perception des locaux, reprenant les termes des patients, nous avons souvent mentionné l'absence de "*décoration*", d'éléments susceptibles de pallier le "*vide*" de ces lieux ou la "*nudité*" des murs. Nous n'avons pas développé cette question dont on ne nous a parlé que sur relance. Pourtant, les patients ont, malgré la priorité accordée à leur pathologie, apprécié ces divers objets que nous avons mentionnés - de la télévision à la sonorisation, sans oublier ces panneaux d'information sur les examens qui se trouvent dans la salle IRM-scanner ... et ils ont exprimé leur désir de s'informer, de parler, de s'évader ...

Les professionnels reconnaissent l'importance de ces "signes", de ces accroches qui peuvent mobiliser les patients, les aider aussi bien à s'orienter qu'à atténuer leur anxiété ; parce que, déclare un médecin, "*pendant ces quinze dernières années, on a travaillé pour un hôpital sans douleur, il faudra travailler pour un hôpital sans anxiété*". Or, aujourd'hui, les ambiances des espaces d'accueil contrarient cet objectif. "*Quand on arrive dans ces lieux, on ne se sent pas attendu, il n'y a rien qui s'adresse au patient (...) nos salles d'attente, c'est comme si celui qui attend est de trop*"; on ne peut que constater "*l'absence de signes faits vers le patient*", poursuit ce médecin.

Comment rendre ces espaces plus chaleureux, comment solliciter les patients pour éviter qu'ils ne soient complètement repliés sur eux-mêmes ?

Rappelons que la perception des patients telle que nous l'avons découverte à travers le discours de nos interlocuteurs n'est qu'apparemment passive. Si rien dans l'environnement ne les sollicite, de toute façon, ils construisent leur rapport perceptif avec le contexte en tenant compte de ses manques ou de ses faiblesses. Ils remarqueront que la télévision ne marche pas, qu'ils ne peuvent poser leur livre, ni accrocher leur manteau ... et, ils s'adapteront avec plus ou moins de découragement. Nous avons bien à faire à une perception en mouvement qui participe à une action.

Quels sont donc ces "signes vers le patient" ? C'est ce que nous allons envisager dans une troisième partie. Même si nous sommes amenés à les énumérer parfois, c'est dans le cadre d'une activité d'accueil qu'il s'agit de les resituer.

Troisième partie

AMÉNAGEMENT DES ESPACES D'ACCUEIL

Dans cette dernière partie, nous allons envisager les éléments pouvant concourir à un aménagement chaleureux des espaces d'accueil. Nous reviendrons sur les données spatiales et nous intéresserons aux "prises" que l'espace peut offrir aux patients afin de répondre à leurs attentes.

"Une prise, ou *affordance*, est une disponibilité pratique dans un contexte et pour une activité donnée"¹⁶ ; ces prises, nombreuses du point de vue visuel, peuvent appartenir à d'autres registres sensoriels. Intégrées dans l'espace, elles mobilisent le patient aussi bien dans son déplacement que lorsqu'il passe du temps dans une salle d'attente. Il s'agit de savoir quelles modalités sensorielles et quelles facultés (fascination, connaissance, etc.) elles convoquent. En fait, ces prises peuvent être entendues dans un sens très large, dans la mesure où tout détail concourt à l'organisation perceptive.

Comment animer ces espaces, c'est-à-dire leur donner plus de vie, ou plus précisément comment créer dans ces espaces les conditions de leur animation ? **À quoi tient l'hospitalité de ces espaces d'accueil ? Quels principes peuvent guider l'aménagement des futurs espaces ?**

¹⁶ Isaac JOSEPH. op. cit. p. 133.

1. L'HOSPITALITÉ DES ESPACES D'ACCUEIL

1.1. Données spatiales

1.1.1. MORPHOLOGIE SPATIALE

* Contraintes spatiales

La restructuration des espaces d'accueil se heurte à des contraintes spatiales. Il est difficile de penser en termes d'architecture *"en pétales"*, ou d'envisager *"quelque chose de central"*, nous dit l'un de nos interlocuteurs ayant travaillé en collaboration avec les architectes. L'aménagement doit également tenir compte des pylônes qui masquent le "bocal" ou le comptoir d'accueil dans le hall IRM-scanner. Enfin, *"on ne pourra pas jouer comme en IRM où, là, on a un espace large ; on va essayer de mettre tout, le maximum, dans pas trop d'espace quand même"*. Mais, comme nous l'avons vu, les professionnels regrettent qu'on ne puisse créer un circuit parallèle pour les malades en brancard (à l'exception du service d'échographie).

* Arrondir les angles

Adoucir, arrondir les espaces d'accueil, telle pourrait être la consigne. Une ambiance froide est associée aux coins, à la dureté des angles, à l'orthogonal. À propos de l'accueil Cheverny, à la sortie des ascenseurs, quelqu'un observe : *"il y a une colonne, avec peu de frais, il y aurait quelque chose de convivial à faire, de rond, de généreux, pas ces petits coins"*. Il s'agit de *"supprimer des angles"*.

Ces propos rejoignent les critiques qu'un interviewé formule en regardant la photo du comptoir IRM-scanner : *"Moins de géométrie déjà, parce que c'est trop rectangulaire, c'est trop anguleux, les formes sont trop anguleuses, on voit des angles de partout"*.

"Avec des éléments décoratifs, on pourrait casser le côté rectangulaire, des éléments déco qui arrondissent les plafonds ; des bandes suspendues peuvent redessiner un volume ..." suggère un interlocuteur.

* Espace généreux

Ce qualificatif signifie l'**absence d'espace relégué** comme une *"souricière"*. Le "compartimentage" ou encore la "fragmentation" ont pour corollaire un espace facile à lire, sans directions multiples. Par ailleurs, ceux qui préfèrent rester tranquilles, *"dans leur coin"*, ne souhaitent pas être isolés dans un coin. Enfin, un tel espace, sans être nécessairement complètement ouvert, peut favoriser la visibilité qui facilite le travail du personnel d'accueil.

Par ailleurs, la générosité de l'espace peut s'évaluer non pas à des dimensions trop vastes, mais à la **possibilité pour chacun "d'avoir son espace"**. Il est également important d'offrir des possibilités de mise à distance (maintenir la distance personnelle entre soi et les autres dans l'attente) ou au contraire de rapprochement (distance intime de la conversation).

*** Des espaces diversifiés**

"Diversifier les bulles en fait. Si on souhaite être un peu plus au calme, un peu privilégié, sans musique par exemple, pour se recueillir, puis un autre différent. Un, avec une télévision...". L'organisation spatiale devrait correspondre à la diversité des activités potentielles.

Elle devrait également, conformément à ce que nous avons vu plus haut, préserver des espaces pour les enfants ou encore pour ceux qui sont très malades.

1.1.2. L'ESPACE RELATIONNEL

*** Favoriser la relation à autrui**

La fixité des sièges est signalée comme un obstacle à la convivialité. Leur disposition, associée à une fragmentation de l'espace, peut toutefois favoriser la communication. Au couloir, on peut opposer le *"salon d'attente"* qui résoud de manière active une question plus ou moins explicitement abordée : celle du regard d'autrui, non pas celui des soignants ou du personnel d'accueil, mais de l'alter ego, celui avec lequel *"on se sent dans un sort commun"* et qui, placé en face de soi, peut devenir gênant, voire menaçant.

Une disposition en forme de L peut-elle résoudre ces problèmes et laisserait-elle plus de liberté (rester tranquille ou converser) ? Des expériences dans des maisons de retraite ont montré que le L a finalement permis d'instaurer la communication entre des gens qui, placés face à face ne parvenaient pas à se parler.¹⁷

*** Lieu réservé à la transmission des résultats**

Pour répondre au désir des patients, il serait souhaitable que le dialogue ne se fasse pas *"entre deux portes"*.

*** Lieu pour les bénévoles**

Dans la perspective de l'intervention de bénévoles dans les espaces d'attente, il convient de prévoir, *"même s'ils ont un petit chariot ambulante, un endroit où naturellement ils peuvent se mettre"*. Les propos des patients privilégient plutôt un endroit repérable (peur de la charité si le bénévole se déplace, prêt à répondre aux questions).

¹⁷ Edward T. HALL. op.cit. pp138-139.

1.1.3. ORIENTATION

* Signalétique / configuration spatiale

La lisibilité spatiale ne peut-elle orienter le patient et éviter le recours à la signalétique ? De toute façon, une signalétique plus inventive pourrait orienter les patients :

ainsi, *"on pourrait imaginer des signes décoratifs qui dessinent des trajectoires nettement déterminées"*, propose un médecin qui évoque également un établissement de soins palliatifs pour enfants en Angleterre : *"il y avait des colonnes lumineuses qui avaient des particules qui montaient sous l'effet d'un chauffage ; de la couleur, pas criard comme sur les murs, mais qui sert de repères"* ;

"On avait pensé faire des fléchages de différentes couleurs sur le sol pour que ce soit beaucoup plus clair pour les patients ; ça a été fait à l'Institut Curie, il y a des pastilles de couleur sur le sol", déclarent les professionnels lors de la réunion de groupe.

* Identification des espaces

Il s'agit de favoriser l'identification des services et des espaces d'accueil et d'attente pour faciliter l'orientation et la mémorisation. *"Introduire de la diversité, c'est tellement important, on peut typer une salle d'attente"*, déclare un médecin qui reproche aux espaces actuels leur *"monotonie"*.

1.2. Le confort

En terme d'ambiance, le confort, c'est le calme d'un espace d'accueil. Si on considère les objets du confort, les sièges en constituent l'élément prioritaire. Le mobilier, souvent commenté, *"fait hôpital"*, et les patients s'en souviennent : *"une chaise en nouveau design comme ça [hall Cheverny], vous restez trois heures dessus, après, on n'a pas des cloques, mais !"*

"Des fauteuils plus confortables où on puisse se laisser aller, adosser son dos et avoir sa tête reposée quand on est là pour 1h-1h1/4, qu'on a des examens successifs... Enfin je ne sais pas le temps d'attente, mais qu'on puisse poser la tête pour fermer les yeux", imagine un membre du personnel.

Le confort, c'est aussi trouver un **distributeur de boissons, de café**, *"pour après le scanner"* ; dans les salles d'attente, il pourrait y avoir un point d'eau, une table pour poser son livre ou son gobelet ...

Il est important qu'il y ait des **moyens de communication** (au moment de l'enquête, à cause des travaux, il n'y avait plus de cabine téléphonique dans le service) ; les malades soumis à des temps d'attente au-delà de la durée prévue, peuvent avoir besoin de joindre leur famille ou amis qui les attendent dans la chambre ou un membre de leur famille qui

doit venir les chercher, etc. Des téléphones à des hauteurs différentes (patients valides ou en brancard) sont souhaitables.

1.3. Naturel / artificiel

L'environnement souterrain suppose maîtrise et gestion des ambiances ; est-il important de faire comme si le sous-sol n'en était pas un : ainsi, recréer une ambiance lumineuse proche de la lumière naturelle ? La réponse est affirmative si l'on considère les commentaires relatifs à la lumière de l'espace IRM-scanner. Pourtant, c'est peut-être davantage parce qu'elle joue le rôle d'un contre-indice de souterraineté (comparé aux espaces anciens) qu'elle est mise en relation avec la lumière naturelle ; mais elle peut être également appréciée en tant que telle. **Rien n'empêche donc d'inventer, de créer des ambiances lumineuses, sonores, etc., dans un espace souterrain.**

Des "prises" sensorielles, moins utiles que celles évoquées ci-dessus à propos du confort, peuvent contribuer à la chaleur du lieu, voire procurer une certaine détente. **Les plantes** sont citées par quasiment tous nos interlocuteurs comme élément de vie, capable de supprimer le "*vide*" rencontré dans les espaces d'accueil et de gommer l'aspect artificiel du souterrain. Mais, on distinguera l'allusion aux plantes (naturelles et non artificielles) comme élément de décoration qui prend sa place dans l'espace au même titre qu'un tableau et les plantes associées à un univers naturel qui semble, malheureusement, incompatible avec l'hôpital tel qu'on le connaît et dont l'évocation relève du rêve :

"Je rêve d'une attente avec des plantes vertes, avec une odeur de terre, de mousse et des bruits d'eau !" ;

"Personnellement, le truc d'ambiance qui me plaît le plus, c'est l'eau, quelque chose qui détend ; l'eau et les plantes".

Au cours de la réunion de groupe, quelqu'un répond avec ironie à une question sur les boxes des salles d'attente : *"ce que vous entendez par box, c'est des séparations par plantes vertes ?"*. On assiste en fait à une banalisation des plantes. Les plantes naturelles évoquées spontanément et appréciées ne risquent-elles pas de devenir des éléments caricaturaux d'aménagement ? En revanche, notons que les bouquets de fleurs des deux accueils suscitent des réactions sans ambiguïté positives.

Le rapport naturel/artificiel concerne également tout ce qui est ajouté, "rajouté" : accroches visuelles, sonorisation, on peut imaginer l'odorisation, etc. En fait, si les patients souhaitent s'évader, ils refusent l'illusion, le faux-semblant, l'anecdote ; c'est dans son rapport à l'ensemble que l'objet doit prendre sens. À propos du poster qui se trouve dans le hall Beaugency, un patient dénonce son côté anecdotique : *"On se donne bonne conscience en faisant ça, mais ça ne change rien ; je ne mets pas en cause ça. (...) Mais ça, on sent que c'est rajouté. Ça part d'un bon sentiment je suis sûr, on a dit*

"pour faire patienter les gens ça sera plus sympathique qu'un mur un peu dégradé". Non, c'est anecdotique ; en tout cas pour moi ça ne marche pas". Il cite à titre d'exemple la décoration de l'attente pédiatrie IRM : "les petits personnages seraient dans cet espace là [couloir Beaugency], ça serait pareil".

Le point de vue sonore illustre bien cette problématique : parce qu'entre le silence de l'attente et la sonorisation (musique douce), les patients préfèrent la seconde ambiance. Ils sont partagés sur la **question des bruits de la nature** et craignent de s'en lasser :

"Au premier abord, je suis sûr que je dirais "c'est agréable", ça c'est évident. Mais avec le temps je ne suis pas véritablement sûr ; 5 minutes, oui, c'est clair. Mais pour schématiser, puisque j'ai quand même malheureusement passé beaucoup de temps dans cette maison, je considérerais que c'est en dehors des bruits normaux, et je ne sais pas comment je réagis". Ce patient a la même argumentation pour le bruit du jet d'eau.

"Moi, je pensais aux musiques de fond, ils vendent des CD à Nature et Découverte où vous avez des bruits d'oiseaux, de mer, c'est très gai, très reposant et on a l'oreille qui est sur ces bruits, à se dire, tiens ça je connais et on imagine, mieux encore que de la simple musique", pense a contrario une autre patiente.

Ces différents points de vue ont le mérite de montrer que recourir au "naturel" ne fait pas l'unanimité. Le naturel peut devenir encore plus artificiel lorsqu'il est banalisé et n'a plus qu'une valeur de décor.

1.4. Entre passivité et activité

"Pour ne pas avoir le sentiment de perdre le contrôle, il faudrait avoir la possibilité de s'occuper", déclare un interlocuteur professionnel. *"Des patients amènent un bouquin"* qu'ils lisent souvent sans conviction. Mais que souhaitent-ils et que peuvent leur offrir les espaces d'accueil ?

La plupart déclarent préférer la tranquillité, incapables disent-ils d'être disponibles pour une quelconque activité. Des motifs visuels qui permettent de s'absorber, une musique apaisante, le confort de l'assise, ne peuvent-ils provoquer un abaissement des tensions ? Par ailleurs, en général, les patients s'interrogent sur les examens qu'ils vont passer ; quels sont les supports adaptés aux lieux d'accueil ? D'autres, accompagnés, préfèrent la convivialité d'un *"petit salon"*...

Les exemples d'attentes en pédiatrie sont intéressants, parce qu'ils illustrent le besoin de s'occuper que les adultes ne reconnaissent pas nécessairement pour eux-mêmes. Ils déclinent la possibilité de mobilisation qui peut aller jusqu'à la création :

1.4.1. S'ÉVADER

S'évader, c'est aussi bien se détendre, se laisser absorbé par un détail environnemental, que s'occuper. Chacune des "prises" de l'espace environnant, à l'exception de l'aquarium, se prête à une approche "contemplative" ou plus active.

* Livres, revues

Si prendre une revue et la feuilleter constitue un réflexe des patients en salle d'attente, ici, les personnes interviewées commentent peu cette activité considérée comme ordinaire et qui n'est pas systématique, semble-t-il. Plusieurs patients disent amener leur propre revue parce que celles de l'IGR sont peu nombreuses et *"datent de la guerre de 14-18"*.

* Accroches visuelles

Les patients interviewés *in situ* qui regardent la photographie représentant le **poster** des cocotiers ne le localisent pas nécessairement. Il *"fait un peu années 70"* et *"a besoin d'être rafraîchi"*, disent-ils globalement. Mais, **ils s'accordent plutôt à reconnaître que ce type d'images permet d'échapper à l'attente** ; *"là, où il y avait l'échographie [il s'agit en fait du scanner], c'était pas mal, il y avait les grandes photos, c'était pas mal ; ça rafraîchit un peu l'air"*, dit un des deux jeunes garçons. Les patients sont favorables aux images de la nature.

On notera que parfois dans l'enchaînement du discours, certains d'entre eux déclinent les multiples thèmes de la nature des posters (montagne, mer, etc.) et évoquent ensuite une *"jolie peinture"*. C'est le principe d'une accroche visuelle qui est donc retenu : *"tableaux sur un mur clair"*, sculptures, etc. Une des participantes à la réunion de groupe suggère l'organisation d'**expositions tournantes** ; *"on a fait ça à Lyon, les patients savent qu'il y aura une expo tous les trois mois"*.

Les exemples situés en pédiatrie témoignent de l'importance des images dans les salles d'attente :

Une femme parle du temps d'attente avec un enfant : *"notre jeu, quand on attendait pour les rayons, parce qu'on passait beaucoup de temps, on se jetait, il y avait des reproductions de tableaux de Monet, etc., et quand on s'ennuyait trop, on allait dans le couloir et on se disait lequel tu préfères ; quand on a quelque chose à se mettre sous les yeux, ça fait passer le temps"* ;

Exemple d'une fresque à l'hôpital Trousseau : *"il y avait une fresque peinte par un artiste sur plusieurs mètres ; elle avait 14 ans encore et elle était encore en train de décrypter la fresque avec des tas de petits détails comme les enfants aiment, petites coccinelles, petits animaux, etc. ; un support comme ça, c'est pas mal"* ;

Pourquoi ne pas **faire participer les enfants à une fresque**, *"c'est-à-dire que tous les enfants qui attendent puissent faire un dessin sur le mur, leur donner la possibilité de passer du temps et de réaliser, de mettre leur nom..."* ;

Un médecin de l'IGR envisage aussi cette possibilité de *"faire participer les malades à une oeuvre commune, par exemple à un patchwork, ceux qui voudraient, prendraient un petit morceau qu'ils pourraient commencer et le ramener la fois suivante pour participer"*

à l'élaboration d'un grand panneau décoratif qui serait l'oeuvre des malades"; mais, dit-elle, "on n'a pas le souffle ici, les malades du sida ont fait des choses comme ça".

* **Télévision, CD-ROM**

Bien que la télévision soit considérée comme une possibilité de détente, *in situ*, elle est plutôt perçue comme perturbatrice, notamment parce qu'elle est imposée à tous dans un espace. À cet égard, l'attente dans le service des prélèvements sanguins est citée plusieurs fois négativement. En fait, la "télé" exige certaines conditions pour retenir l'attention et détendre. Une télé à la demande satisferait chacun; or, les patients n'ont pas la télécommande (ainsi, dans l'attente de radiologie conventionnelle).

Les programmes ne plaisent pas toujours :

"Alors ça, ça me gêne, parce que même quand je vais en salle de chimiothérapie, il y a toujours une télé, et il n'y a que des bêtises, les séries américaines que je ne peux pas voir, très fort et puis très hautes, donc ça fait relever la tête, et ça je n'aime pas, avec une lumière très agressive, dans la salle de chimio".

La télévision est plus ou moins bien acceptée selon le degré de fatigue et d'angoisse :

"La télé, on pourrait très bien la regarder, quand vous venez pour une prise de sang et que vous savez que ça va à peu près, vous n'êtes pas angoissé. Quand vous venez plus angoissé, vous n'avez pas envie d'avoir de distraction, on ne peut pas faire les deux, enfin il me semble".

Le niveau sonore peut gêner :

"Vers Dordogne, où il y a toutes les prises de sang, il y a une salle d'attente là, et puis il y a une télé qui est des fois trop forte à mon goût, parce que bon quand vous êtes à côté vous l'avez tout de suite dans l'oreille si vous avez envie de lire ou de... "

Certains patients apprécieraient des clips vidéo ou des CD-ROM :

"Quelque chose qui n'a strictement aucun rapport avec l'hôpital et qui est juste comme ça pour faire patienter et changer les idées".

* **Aquarium**

Accroche visuelle en mouvement, les aquariums du rez-de-chaussée et du 9ème étage (pédiatrie) sont signalés par plusieurs patients comme un élément attractif et vivant :

"on aime bien les poissons à l'entrée ; on regarde autre chose, on pense à autre chose, on regarde les poissons bouger" ;

"Ah oui, ça c'est très vivant, il y en a en bas quand on arrive à l'accueil, et c'est vrai que tout le monde les regarde pendant un moment, et c'est vrai que c'est un peu fascinant".

On pourrait multiplier les citations, l'aquarium faisant l'unanimité plus que tout autre objet, à l'exception cependant d'une personne qui souhaite "introduire du mouvement dans la décoration autrement que par la vie des poissons !".

Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs évoquent son entretien difficile et pourtant nécessaire : *"Ce matin, ce qui n'a pas été agréable, c'est qu'on a vu un poisson mort, juste à l'accueil, dans l'aquarium ; il était mort, retourné, ça nous a choqué"*, racontent une mère et son fils.

*** Sonorisation, musique**

Nous avons déjà abordé ce thème de la sonorisation. Les patients sont plutôt favorables à la présence d'un fond sonore qui peut contribuer à rendre l'ambiance plus agréable - *"ça serait mieux que le grand silence"* - et ils apprécient un fond sonore discret, neutre - *"petite musique de fond, quelque chose de doux", "une petite musique douce quoi, pour un petit enfant (...) une petite musique douce, c'est bon ; une musique tranquille, simple"*. Après une première réaction positive, ils expriment des réserves à l'égard de la diffusion des sons de la nature.

On pourrait par ailleurs prévoir des lieux d'écoute pour des musiques moins neutres que les patients pourraient choisir.

*** Animation**

Plusieurs de nos interlocuteurs font allusion aux animations de l'attente pédiatrie. *"Il y a de temps en temps des gens bénévoles qui viennent, je ne sais pas de quelle association, et ils font des petits sketches musicaux là-haut, pour les enfants, c'est sympa..."*, explique un père qui accompagne son enfant. Ces animations peuvent être étendues aux salles d'attente du service de radiodiagnostic, nous dit-on. Pourquoi ne pas prévoir de petits spectacles, faire venir des musiciens, par exemple ? Mais, globalement, les animateurs seraient là *"pour prêter des objets, une BD, des jeux, comme un petit jeu vidéo, etc."*.

1.4.2. S'INFORMER

L'information à transmettre aux patients concernant les examens apparaît désormais indispensable. Il s'agit dans le service de radiologie de *"fournir des info qui permettent aux patients de décoder la réalité à laquelle ils sont confrontés"* : présentation de la technologie des appareils, du rôle du manipulateur par rapport au médecin ; modalités pratiques du déroulement de l'examen, etc.

En revanche, si les patients expriment parfois le désir de consulter des informations sur les traitements, les membres du personnel estiment que le niveau d'anxiété est trop grand pour cela.

Les informations transmises pourraient varier et suivre l'actualité des associations, de la presse sur le cancer, etc.

*** Supports pour les informations**

Les dépliants distribués à l'accueil de l'attente IRM-scanner sont appréciés, d'autant qu'*"un dépliant, ce n'est pas mal non plus parce qu'on l'emmène chez soi et on le regarde à tête reposée"*.

Les panneaux dans l'attente IRM-scanner sont intéressants mais doivent être lisibles depuis les sièges : *"Bon celle-là est un peu loin peut-être des fauteuils, ce qui fait qu'on est obligé de se lever pour aller la lire, ce n'est pas bien. [Ça serait bien] à côté des fauteuils, je ne me vois pas me lever et puis aller me coller à 1m de l'affiche pour lire debout le panneau"*. Leur rôle pédagogique en salle d'attente est immédiat.

Plusieurs personnes font allusion à des **clips, aux CD-ROM, à une borne interactive** : *"Peut-être un clip et qu'on puisse appuyer sur un bouton si vous désirez avoir des renseignements, je ne sais pas ! Plein de choses comme ça, au lieu d'enquiquiner [le personnel]"*.

Un médecin a réuni la documentation nécessaire à l'installation d'une borne interactive, ludique.

Photographies, maquettes, jouets, tels sont les supports envisagés pour les enfants dont la pédagogie destinée aux adultes pourrait s'inspirer. Plusieurs exemples sont cités :

"On pourrait avoir une photo de l'appareil qu'ils vont voir avec une légende ; pourquoi le moteur fait du bruit, pourquoi mamam ne peut rester avec moi ? On pourrait imaginer une maquette animée de la machine du scanner avec la possibilité de la manipuler" ;

"Un fabricant de jouets est en train de nous créer une sorte d'IRM et un scanner en plastic, les enfants pourront s'initier à de Brousse avant de pénétrer dans l'IRM que nous avons musicalisé".

1.5. La médiation nécessaire du personnel

Les relations avec le personnel d'accueil et le personnel soignant sont primordiales, et à la question de l'accueil idéal que nous posons à la fin des entretiens, la réponse était : "une présence". C'est en ce sens que nous parlons d'espace médié. Un espace plus agréable, artistique, peut faciliter l'orientation, solliciter les sens et apaiser l'angoisse, mais, l'appréciation tient à la médiation du personnel : seuls les espaces d'accueil, habités, animés, prennent sens.

La présence du personnel donne *"l'impression que l'hôpital vit"*. Certains regrettent de ne voir personne dans le service de radiodiagnostic : *"là vous ne voyez personne, vous donnez votre feuille, vous allez dans le service, vous attendez qu'on vous appelle, ce n'est pas engageant"*. Le personnel est tellement occupé qu'il ne peut consacrer trop de temps à chacun, disent un certain nombre de malades : *"Les dames de la radio, une fois qu'elles nous ont dit d'aller au bout du couloir, elle n'ont rien à nous dire de plus, c'est vrai qu'elles en voient tellement de personnes, il faut comprendre"*. Mais, c'est la fonctionnalité de l'accueil qui fait mémoire.

De même, un jeune (environ 16 ans) se plaint qu'on ne lui parle pas pendant l'examen : *"c'est froid, les gens qui font la radio, ils ne parlent même pas, dos contre le mur, mettez*

vos mains en l'air, ne respirez plus et après, rhabillez-vous ! (...) et on m'appelle monsieur et j'aime pas ça !"

Ces remarques se résument par une demande formulée très clairement au cours de la réunion de groupe : le sourire, que *"les gens soient plus souriants"*. Des anecdotes mettent en évidence l'importance du sourire ; ainsi, cette femme qui venait de passer un examen et qui pensait que les résultats n'étaient pas bons parce que la manipulatrice passait près d'elle sans lui adresser un sourire.

Mais, d'autres patients évoquent spontanément l'accueil "agréable" qu'ils reçoivent dans la maison et dans ce service :

"Le personnel est agréable comme à son habitude" ;

"Je me souviens, la première fois que je suis venue, on est quand même assez étreint, les gens qui vous interrogent, ça vous met à l'aise ; là, à force de venir, on est un peu chez soi", dit une patiente.

Et, à propos de l'arrivée dans le service, une personne déclare : *"les dames ne restent pas le nez dans leur ordinateur, elles voient qu'on arrive, elles se redressent, elles sont présentes"*.

D'un point de vue spatial, la présence rassurante signifie-t-elle visibilité du personnel ? Sans doute, parce que *"les gens sont tendus vers l'examen qu'ils vont passer, et qu'ils n'ont pas forcément dans leur tête le loisir de s'éloigner de l'endroit, ils veulent bien avoir la télé, la salle de billard, tout ce qu'on veut, mais ils veulent ne pas passer à-côté, et surtout pas que monsieur Dupont passe avant madame Truc"*. La question est bien de savoir comment rassurer le patient, afin qu'il ne se sente pas abandonné et qu'il soit sûr qu'on ne l'oublie pas. L'intervention de bénévoles pourrait pallier cette angoisse. On peut penser à d'autres systèmes d'appel des patients s'ils désirent s'éloigner quelque temps du lieu d'attente ; ainsi, remettre un bipleur au malade et le biper 5 minutes avant l'examen.

1.6. Expression métaphorique

L'expression métaphorique relative aux futurs espaces est pauvre comparée à celle concernant les espaces existants. On notera également que ce sont des professionnels qui font des suggestions, faisant preuve finalement d'une audace que les patients n'osent pas ou ne peuvent avoir ; la venue à l'hôpital reste ce qu'elle est : l'attente d'une annonce bonne ou mauvaise. Les patients peuvent nommer des qualités mais non des ambiances, ni des lieux autres, susceptibles d'évoquer par analogie des espaces d'accueil plus agréables.

"Quelle est l'ambiance inverse de l'ambiance d'angoisse d'attente dans l'hôpital sur des chaises alignées ?", demande l'un des participants de la réunion de groupe des professionnels. *"Quel est l'exemple inverse d'une ambiance totalement différente ? C'est l'aire de pique-nique, c'est le restaurant, c'est le bistrot, c'est les tables"*, poursuit-il.

Le restaurant, le bistrot, l'aire de pique-nique : ces trois termes expriment la convivialité, le plaisir d'être ensemble pour partager un moment. Certes, ils ne correspondent pas à l'attente dans l'hôpital. Mais, ils donnent la priorité à la conversation et par conséquent supposent une autre organisation spatiale de l'accueil. *"Est-ce qu'il est inconcevable de réfléchir à des endroits où il y aurait par exemple, pas partout, mais... des tables où les gens pourraient s'asseoir en famille les uns en face des autres ?"*.

Ces propos font écho à ceux d'un autre interlocuteur qui, à la question d'un accueil idéal, répond : dans la situation que vivent les patients, *"il rend à l'humain ses capacités de continuer à communiquer"*. Or, les espaces auxquels on pense pour favoriser la communication *"me paraissent encore un peu trop ordonnés, peut-être pas assez chaotiques, alors que la pensée humaine est assez chaotique"*, dit-il.

On retrouve cette même critique d'un ordre trop strict à propos de la salle IRM-scanner ; un accompagnant estimait qu'il fallait *"désorganiser un peu ce seat-in de l'équipe, parce que c'est trop organisé, il faut désorganiser un peu, c'est un petit peu dans la désorganisation qu'on va arriver à laisser croire aux gens peut-être qu'ils font tout ce qu'ils veulent"*.

L'image de l'accueil d'un **hôtel** diffère des métaphores précédentes en ce sens qu'elle souligne plutôt le confort et la tranquillité :

"On pourrait imaginer un jet d'eau, quelque chose de très agréable qui ressemblerait à un accueil d'hôtel où ça fait plaisir de rentrer, mais on ne peut pas mettre des fauteuils cuir partout et puis une cheminée !"

"Une ambiance sonore musicale discrète comme on peut entendre dans certains hôtels..."

L'image du voyage en **avion** renvoie à un bien-être qui est celui de la prise en charge accompagnée d'une offre sensorielle : *"dans les avions, on projette des images tranquillissantes, quand ça démarre. Il n'y a pas de raison fondamentale pour que ce soit différent dans un hôpital."*

L'expression métaphorique relative aux futurs espaces d'accueil suggère donc :

d'arrondir l'orthogonal, introduire du désordre, de la fantaisie, dans le but de maintenir la communication entre soi et les autres qui accompagnent ou sont là, aussi anxieux que soi,

d'offrir du bien-être dans un contexte apaisant du point de vue sensoriel.

2. TROIS "PRINCIPES"

Au terme de ce travail, se pose la question des orientations potentielles de l'intervention artistique. Nous proposons ici trois notions qui peuvent les exprimer. La première s'impose comme principe directeur, les deux autres proposent deux tendances antagonistes. La création artistique pourrait jouer sur la tension entre ces deux tendances, les réconcilier sur un mode ludique et poétique.

L'analyse précédente a montré la nécessité de réunir trois facteurs déterminants de l'ambiance : la relation (médiation du personnel), l'espace et le temps. Chacun des "principes" conjugue ces facteurs et leurs connotations les rendent efficaces pour traduire aussi bien les qualités et les modalités relationnelles, spatiales et temporelles de l'accueil.

L'énumération qui suit n'est pas exhaustive : la liste des qualités et modalités reste ouverte et chacun selon sa fonction ou ses attentes peut la compléter. Nous signalerons le risque, par excès (celui par défaut correspond à l'état existant), inhérent à chaque principe, mettant en danger sa réalisation.

2.1. Clarté

Nous retenons ce terme qui s'oppose au côté "*sombre*" si souvent décrit par nos interlocuteurs. La clarté est la première qualité contextuelle d'un accueil selon les patients. Elle désigne également la qualité relationnelle, en d'autres termes la capacité de dire, d'exprimer, de prévenir, d'écouter ...

- *relation* :

- être reconnu
- possibilité de s'informer sur les examens
- possibilité de demander les résultats
- choix entre le repli ou la convivialité dans les espaces d'attentes

- *espace* :

- espace accessible
- espace indicé / signalétique : la clarté de l'espace se substitue à la signalétique
- luminosité qui permet les repères
- refus de l'artifice anecdotique
- comptoir visible, ouvert : relation directe avec le personnel
- espaces d'attente définis ou adaptables (isolement ou convivialité)
- information à portée de main

- *temps* :

- connaissance claire du programme
- être prévenu des retards
- connaissance de la durée de l'examen
- possibilité de contrôler son "échappement"

Risques encourus :

- la transparence : au niveau relationnel, la clarté n'est pas synonyme de transparence et il s'agit de ne pas tomber dans l'illusion de la communication totale mais d'assumer la complexité des situations ;
- rigidité spatiale : elle se manifeste par une rigueur proche de l'orthogonal, sans modulation possible ;
- permanence du contrôle : dans le rapport au temps, l'excès serait de multiplier les signes qui permettent de le contrôler.

2.2. Enveloppement

Envelopper, c'est protéger une perception vulnérable, rassurer les patients, leur offrir confort et repos.

- *relation* :

- présence rassurante
- enveloppement par le regard
- prise en compte de la souffrance et de l'anxiété

- *espace* :

- espace homogène
- espace rond (ventre accueillant, grotte)
- rapport figure/fond peu contrasté : ne pas donner trop d'importance au comptoir de toute façon visible et attendu (sinon dépendance renforcée)
- se trouver dans le champ du regard des hôtesse (position des sièges)
- éviter l'intrusion
- confort des sièges individuels, maintenant la distance personnelle
- possibilité de regroupement des sièges si le patient est accompagné
- espace sonore : effet de métabole avec bruits humains (voix, pas discrets)

- *temps* :

- temps du repos
- tranquillité

Risques encourus :

- la dépendance : risque d'une relation de type fusionnel avec le personnel d'accueil ; perte de l'autonomie ;
- fermeture spatiale : homogène, l'espace apprécié est trop retiré ; l'enveloppement est menacé d'enfermement ;
- contraste : difficulté à sortir de cet état de repos ; contraste trop fort avec la réalité des examens.

2.3. Mobilisation

Donner au patient l'envie de sortir momentanément de lui-même, d'ouvrir l'espace rétensionnel dans lequel il est enfermé, lui proposer un échappement, tel est le sens de la mobilisation.

- *relation :*

éveil

position relativement autonome

possibilité de ne pas rester sous le regard du personnel - confiance

- *espace :*

ouvert

espace diversifié : activités potentielles

accroches, prises

espace de la conversation (salon)

possibilité de s'éloigner

- *temps :*

temps de l'activité

temps d'échappement - n'est pas soumis au guet de l'attente (ce qui suppose de nouvelles modalités d'appel)

Risques encourus :

- manque de conformité aux règles de l'accueil ;
- risque d'un espace éclaté, incompréhensible ;
- "échappement libre", oublier l'examen

CONCLUSION

En dépit de nombreuses dénégations, les patients qui affirment bien souvent que, seul, l'accueil humain importe indépendamment de l'environnement, contredisent leurs propos en commentant avec trop de passion ou de retenue les espaces d'accueil. Ils donnent à entendre leur **rapport actif au lieu qui représente pour eux la possibilité de guérir**.

Comment se construit le rapport à cet espace public hospitalier ? Quelle perception en ont les patients ? Qu'est-ce qui concourt à leur **apparente passivité** ?

Les patients, lorsqu'ils viennent en consultation à l'IGR, adoptent une attitude qu'on peut qualifier de **docilité contrainte** : suivre un programme de rendez-vous, d'examens, et suivre parallèlement le chemin qui mène d'un service à l'autre ; la seule victoire est alors de trouver son chemin. Leur anxiété leur laisse pourtant peu de disponibilité pour appréhender un espace confus. Quelles opportunités l'espace peut-il offrir à leur **perception flottante** ?

Repliés sur eux-mêmes, les patients ne peuvent-ils trouver dans les espaces d'accueil et d'attente **une échappée** et un **réconfort** ? Comment éviter l'**attente captive** qui accroît l'angoisse ? Enfin, l'**appropriation** de ces espaces peut-elle dépasser le stade de l'appropriation psycho-motrice, pour favoriser l'échappée ?

L'enquête organisée dans les espaces d'accueil du service de radiodiagnostic a bénéficié d'un contexte favorable : la création récente de la salle IRM-scanner a permis une comparaison riche entre deux types d'espaces. Des associations et comparaisons récurrentes mettent en évidence une perception basée sur le **contraste** entre l'espace IRM-scanner et la partie plus ancienne du service de radiodiagnostic.

Les discours des patients et des professionnels réfèrent à deux univers parallèles :

- l'un, datant de la fin des années 70, sombre, peu accessible par sa configuration de "*labyrinthe*", propose des lieux d'attente aux dimensions plutôt réduites ; "*lugubre*", il accentue l'effet de souterraineté ;

- l'autre, récent, lumineux, spacieux, avec un espace pour les enfants, fait oublier sa localisation en sous-sol et donne à voir une vision technique de l'Institut.

Les patients, conformément à nos consignes, décrivent les espaces d'accueil selon les modalités sensorielles, ils les qualifient, les apprécient et les décodent en fonction de représentations de l'Institut et plus globalement de l'hôpital. L'expression "**ça fait hôpital**" ponctue leurs commentaires relatifs à la partie ancienne des locaux :

- elle réfère à des ambiances visuelle et sonore, voire olfactive, peu propices à l'accueil - manque d'éclairage, couleurs, mobilier, mais également, réverbération des espaces traversés qui fait sonner les pas et amplifie le bruit des chariots, odeurs de cuisine qui émergent au cours de la journée, etc.

- elle désigne des configurations spatiales anxiogènes qui ont valeur d'archétype - ainsi, le couloir que les patients connaissent dans tous les services.

Ces espaces d'accueil, peu accueillants, austères, froids, n'ébranlent pas la confiance dans la haute technologie de l'Institut, cette "*usine pour soigner*". Il y a dichotomie entre les deux points de vue, entre l'univers vétuste de l'accueil et l'univers médical. On peut alors comprendre pourquoi les patients ne recourent pas à l'expression "*ça fait hôpital*" lorsqu'ils découvrent le hall IRM-scanner. Ils s'étonnent devant un espace non pas amélioré mais neuf. Ils s'attendent plutôt au pire et leur surprise occulte ici l'esprit critique qu'ils avaient précédemment. En outre le confort qu'ils découvrent dans ce lieu d'accueil leur permet d'y passer un peu de temps sans avoir à se défendre contre un environnement hostile. En ce sens, ce nouvel espace échappe à la représentation.

On se demandera pourtant, avec les professionnels, si ce nouvel espace n'annonce pas déjà la salle d'examen. Est-ce là le propre d'une salle d'attente ? Les personnels d'accueil et soignant critiquent la froideur du lieu, ses dimensions excessives ... La préoccupation des soignants est d'humaniser l'image d'un hôpital qui s'impose comme lieu de haute technologie, et plus que les patients encore soumis à une représentation ancienne et pauvre des espaces d'accueil, ils expriment les risques que comporte une image techniciste.

Les résultats de cette étude montrent que le hall IRM-scanner perçu comme un espace en soi ne constitue pas un modèle à suivre pour les autres espaces d'accueil, même s'il y est souvent fait référence. La création, l'invention, sont donc possibles et souhaitables, pour ébaucher, annoncer un autre regard sur l'IGR, pour **permettre la singularité qui seule peut faire mémoire.**

Réduire l'anxiété, tel est l'enjeu prioritaire de la restructuration des locaux. La réflexion sur les modalités de l'accueil accompagne nécessairement cette démarche ; elle doit tenir compte de trois facteurs indissociables dans la perception des ambiances d'un espace

d'accueil : l'espace lui-même (espace physique, sensible et relationnel), le temps de l'attente, la relation avec les personnels d'accueil et soignant.

Les trois "principes" d'aménagement que nous retenons expriment les qualités de l'accueil qui, au terme de ce travail, paraissent essentielles :

- **la clarté** : les patients refusent l'ambiance "*sombre*" des espaces actuels ; leur demande de clarté concerne aussi bien l'ambiance lumineuse que la lisibilité spatiale ; métaphoriquement, elle évoque le sourire des soignants et la possibilité d'obtenir des informations (sur les examens, le temps d'attente, les résultats, etc.) ;

- **l'enveloppement** : les patients notent l'absence de confort ; l'enveloppement prend en considération le corps malade pour lui proposer les éléments prioritaires du confort, le rassurer, lui permettre le repos ;

- **la mobilisation** : offrir des "prises" diverses aux patients qui répondent à leurs besoins d'informations, de simplement passer le temps, ou encore de rechercher la convivialité.

ANNEXES

- **Données de terrain :**
 - échantillons des première et deuxième phases**
 - avec guide d'entretien**
- **Plan du service de radiodiagnostic (avant les travaux)**
- **Liste des fragments sonores et des photographies, objets de la réactivation**

DONNÉES DE TERRAIN

Pré-enquête

LES PROFESSIONNELS

Entretiens sous forme d'interview classique (position fixe) ou sous forme de parcours commenté auprès de :

- . 8 membres du personnel : personnel soignant (4 médecins, 1 surveillante, 1 responsable des manipulateurs), personnel d'accueil (1 responsable et 1 agent d'accueil) ;
- . 2 représentants de la Ligue contre le cancer ;

Les entretiens, selon les interlocuteurs, abordaient des objectifs de différents ordres :

- connaître le service de radiodiagnostic et, de manière plus large, le département d'imagerie médicale dont il fait partie : fonctionnement, spécificités, problèmes, relations aux patients, etc.
- saisir comment les personnes interviewées percevaient les espaces d'accueil dans leur état existant et comment elles envisageaient les futurs espaces.

LES PATIENTS

Entretiens *in situ* auprès de :

- 1 patient (parcours)
- et un petit groupe de patients en attente mammographie.

Enquête

LES PROFESSIONNELS : ENTRETIENS INDIVIDUELS

- 1 manipulatrice en radiologie interventionnelle
- 1 aide-soignante dans le service d'échographie
- le responsable de la pharmacie

UNE RÉUNION DE GROUPE

Elle a rassemblé 10 personnes dans une salle du sous-sol :

1 chef d'équipe service brancardiers
 1 infirmière en radiologie interventionnelle
 1 manipulatrice en radiologie interventionnelle
 la responsable de l'accueil du service de radiodiagnostic
 2 personnes de l'accueil (du rez-de-chaussée et du service de radiodiagnostic)
 la secrétaire du service de radiodiagnostic
 le responsable de l'unité d'échographie
 le surveillant général du département d'imagerie

LES PATIENTS INTERVIEWÉS DANS LE SERVICE DE RADIODIAGNOSTIC

Le tableau ci-dessous indique le profil des patients interviewés individuellement, *in situ*, lors de l'enquête, ainsi que le lieu dans lequel ils ont été interviewés. Des petits panneaux placés sur les murs du service prévenaient les patients de l'enquête et sollicitaient leur collaboration. Nous avons ensuite demandé aux personnes qui attendaient si elles voulaient bien qu'on leur pose quelques questions au cours d'un entretien.

		âge (environ)	fréquente IGR depuis (années)	accompagné	particularité	lieu ITW
Femmes	ponction	40	3	mari		bur IRM
	mammo	60	x (contrôle)	religieuse	malentendant	bur médecin
	mammo	?	? 3è mammo		malentendant	attente IRM
	mammo	38	1			attente IRM
	IRM tum cérébr IRM ORL	?	15			attente IRM
Hommes	IRM prostate	55	7	femme		attente IRM
	IRM	45	25 (contrôle)			attente IRM
	IRM	22	4			attente IRM
Enfants	radio conventio	12	10 (2fois/an)	père		bureau
	radio conventio	16	5 (contrôle)	mère		bur médecin

LA RÉUNION DE GROUPE

Le médecin de la Ligue nationale contre le cancer nous a fourni une liste de noms de patients avec leurs coordonnées. Nous les avons contactés par téléphone.

10 personnes (8 femmes, 2 hommes) faisant partie de la Ligue nationale contre le cancer ont été réunies au siège de l'association :

9 patients dont la plupart n'étaient plus en traitement
 1 médecin

GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien comportait plusieurs thèmes.

* **Parcours depuis le hall des ascenseurs - dimension spatiale**

Il était demandé aux patients interviewés dans le service de radiodiagnostic de raconter leur parcours aussi précisément que possible depuis leur arrivée dans le service jusqu'à la salle d'attente :

- différentes étapes du parcours : dépôt de la fiche de circulation, etc.,
- difficultés éventuelles d'orientation, signalétique,
- description des ambiances,
- pour les patients "habitués", rappel de leur première venue dans le service, évolution de l'appréciation, anecdotes éventuelles.

* **Réactivation**

Cette phase de l'entretien avait pour but de "réactiver" les perceptions visuelle et sonore des personnes interviewées ; identification, localisation, appréciation, associations avec d'autres sons, d'autres lieux, etc. :

- écoute avec un casque pour les personnes interviewées *in situ*, avec des hauts-parleurs dans les réunions de groupe, des fragments sonores ;
- commentaire des photographies : description des éléments visuels - lumière, couleurs, mobilier, positionnement des sièges, etc.

Les relances portaient notamment sur les ambiances des lieux et les améliorations à envisager.

Au terme de cette approche sonore et visuelle, il était prévu d'aborder les caractéristiques olfactives.

* **Espace d'attente - dimension temporelle**

Ce thème explorait les modalités de l'attente :

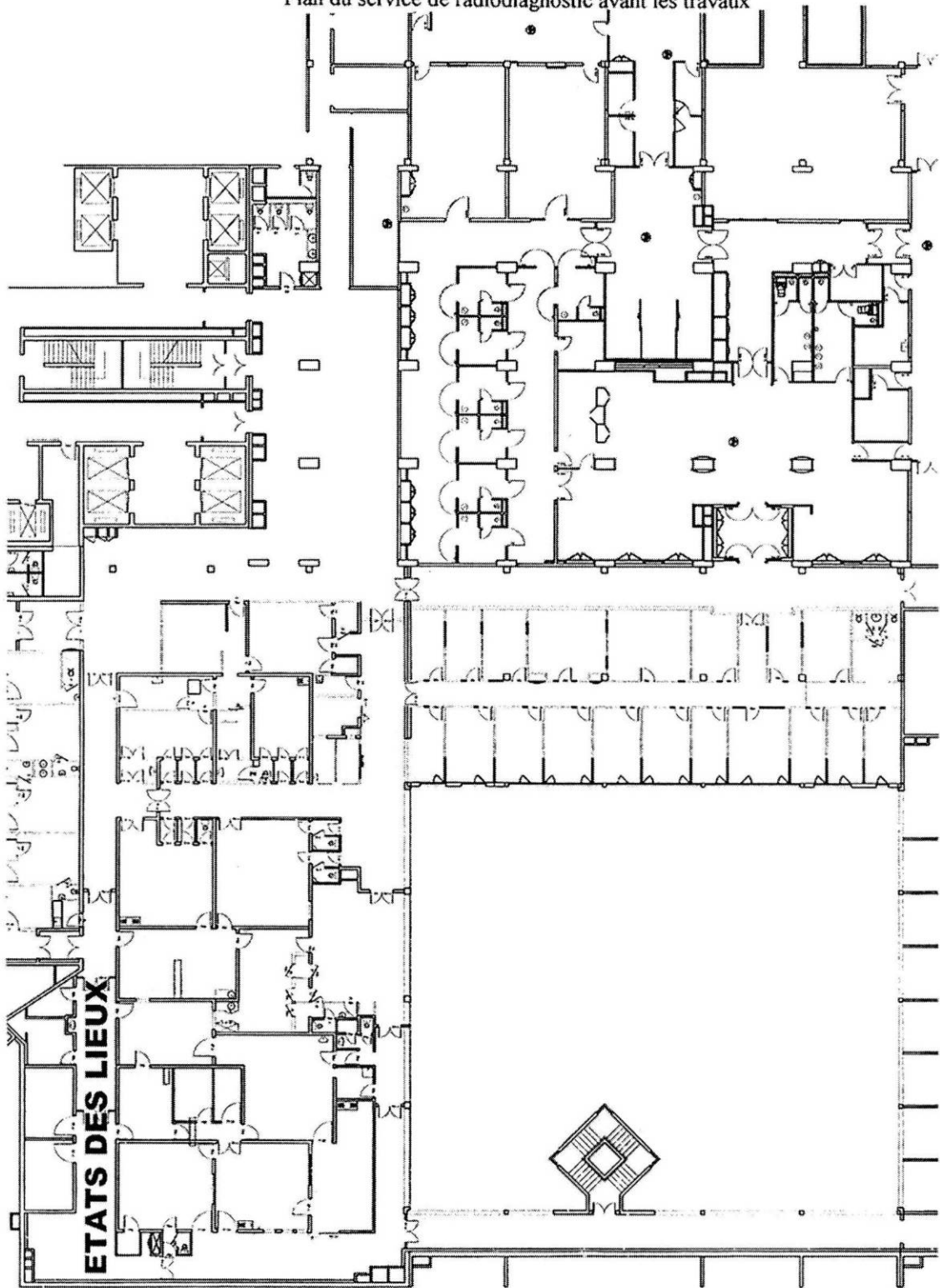
- occupations des patients actuelles et souhaitées,
- état d'esprit,
- désir d'information sur les examens et les supports les mieux adaptés (panneaux, brochure, CD ROM, etc.),
- relations avec les autres patients (converser, se replier, etc.).

* **Notion d'accueil**

Au terme de l'entretien, nous demandions aux patients de définir en quelques mots l'accueil attendu dans le service.

En outre, et faisant écho au moment de l'enquête à l'actualité, nous abordions la question du "droit de savoir" ; au terme d'un examen, dans ce service, les patients souhaitaient-ils ou non qu'un médecin leur transmette, dans la mesure du possible, les résultats obtenus ?

Plan du service de radiodiagnostic avant les travaux



ETATS DES LIEUX

FRAGMENTS SONORES

parcours dans le service depuis le hall des ascenseurs
bruit du placard électrique (attente Beaugency)
attente IRM-scanner avec musique
attente IRM-scanner sans musique

PHOTOGRAPHIES

hall des ascenseurs
espace d'accueil depuis la sortie du hall des ascenseurs (pilier)
le "bocal" (encadrement de la porte, bureau avec deux personnes de l'accueil)
couloir de l'attente Beaugency
poster (cocotiers) se trouvant dans le couloir Beaugency
entrée de l'espace IRM-scanner
espace d'attente IRM-scanner (pilier, comptoir, sièges)
cabine IRM-scanner



Hall des ascenseurs



Espace d'accueil depuis la sortie du hall des ascenseurs



Le "Bocal"



Couloir de l'attente Beaugency



Poster se trouvant dans le couloir Beaugency



Entrée de l'espace IRM-scanner



Espace d'attente IRM-scanner



Cabine IRM-scanner

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
Contexte	5
Point de vue méthodologique	5
Objectifs	6
Méthodologie	7
Déroulement de l'enquête	7
Première phase	7
Deuxième phase :	8
Troisième phase :	8
Plan des résultats	8
PREMIERE PARTIE	9
1. Présentation du service de radiodiagnostic	11
1.1. L'Institut Gustave Roussy	11
1.2. Le département d'imagerie	11
2. Accueil	13
2.1. Organisation spatio-temporelle	14
2.1.1. Des données spatiales inadaptées à l'accueil et à l'attente	14
2.1.2. Gestion temporelle	16
2.2. Les pratiques d'accueil	18
2.2.1. Les pratiques actuelles	18
2.2.2. Facteurs d'évolution	21
3. État des lieux selon les modalités sensorielles	25
3.1. Visuel	25
3.1.1. Lumière-Éclairage	25
3.1.2. Formes spatiales et aménagement	26
3.2. Sonore	28
3.3. Olfactif	29
3.4. Thermique et aéraulique	29
3.5. Tactile	30
3.6. Bilan	30
4. Enjeux	30

DEUXIEME PARTIE

33

1. Le point de vue des patients	35
1.1. Espace sensible	35
1.1.1. Parcours	35
1.1.2. Commentaire des fragments sonores	44
1.1.3. Olfactif	46
1.1.4. Deux univers hospitaliers	47
1.2. Espace-temps relationnel	48
1.2.1. Attente captive	48
1.2.2. Service de radiodiagnostic : une étape nécessaire - des résultats différés	49
1.2.3. Dimension spatiale des relations avec le personnel	50
1.2.4. Dimension spatiale des relations interpersonnelles	52
1.3. Docilité contrainte	54
2. Point de vue des professionnels	55
2.1. Point de vue fonctionnel	56
2.1.1. Configurations visuelles et spatiales	56
2.1.2. Sonore	58
2.1.3. Olfactif	59
2.1.4. Perception finalisée, mobilité déterminée	60
2.2. Du regard expert à l'identification aux patients	60
2.2.1. Espace sensible	60
2.2.2. Espace relationnel	63
2.2.3. Une Évaluation critique	64
3. Conclusion	64
3.1. Associations	64
3.1.1. "Ça fait hôpital"	65
3.1.2. Expressions métaphoriques	65
3.2. "Absence de signes vers le patient"	67

TROISIEME PARTIE	69
1. L'hospitalité des espaces d'accueil	71
1.1. Données spatiales	71
1.1.1. Morphologie spatiale	71
1.1.2. L'espace relationnel	72
1.1.3. Orientation	73
1.2. Le confort	73
1.3. Naturel / artificiel	74
1.4. Entre passivité et activité	75
1.4.1. S'Évader	75
1.4.2. S'informer	78
1.5. La médiation nécessaire du personnel	79
1.6. Expression métaphorique	80
2. Trois "principes"	82
2.1. Clarté	82
2.2. Enveloppement	83
2.3. Mobilisation	84
CONCLUSION	85
ANNEXES	89
Données de terrain	91
Pré-enquête	91
Les professionnels	91
Les patients	91
Enquête	91
Les professionnels : entretiens individuels	91
Une réunion de groupe	91
Les patients interviewés dans le service de radiodiagnostic	92
La réunion de groupe	92
Guide d'entretien	93
plan du service	95
Fragments sonores	96
Photographies	97-100

RÉSUMÉ

À l'Institut Gustave Roussy (IGR), une intervention artistique est prévue dans le cadre du réaménagement du service de radiodiagnostic. Pour orienter le projet artistique dans ce lieu, entendu aussi bien au sens de configuration spatiale, espace fonctionnel, que lieu anxieux par les enjeux qu'il comporte pour les patients, le CRESSON a mené une enquête auprès de malades et de professionnels du service. D'un point de vue méthodologique, l'observation et la définition des ambiances ont permis d'aborder par le biais de leur qualification les différentes composantes de l'accueil.

Quelles opportunités les espaces d'accueil peuvent-ils offrir à la perception flottante des patients ? Repliés sur eux-mêmes, ces derniers ne peuvent-ils trouver dans ces espaces une échappée et un réconfort ? Comment éviter l'attente captive qui accroît l'angoisse ?

Réduire l'anxiété, tel est l'enjeu prioritaire de la restructuration des locaux. Les trois "principes" d'aménagement retenus au terme de l'étude expriment les qualités essentielles de ces espaces hospitaliers :

- la clarté concerne aussi bien l'ambiance lumineuse que la lisibilité spatiale ; métaphoriquement, elle évoque le sourire des soignants et la possibilité d'obtenir des informations (sur les examens, le temps d'attente, les résultats, etc.) ;
- l'enveloppement prend en considération le corps malade pour lui proposer les éléments prioritaires du confort, le rassurer, lui permettre le repos ;
- la mobilisation offre des "prises" diverses aux patients qui répondent à leurs besoins d'informations, de simplement passer le temps, ou encore de rechercher la convivialité.

CRESSON

école
d'architecture
de grenoble

60, avenue de
Constantine
BP 2636 - F-38036
Grenoble cedex 2
tél-0476 69 83 36
fax-0476 69 83 73
email-Cresson.Eag
@grenoble.archi.fr



Unité mixte
de Recherche 1563



laboratoire
de recherche
architecturale