

L'influence de l'attitude des soignants dans la gestion de l'anxiété chez les patients

par Marie Roosen (1)

Mon exposé comportera :

- un texte introductif inspiré de mon expérience comme patient et accompagnant;
- une approche de l'influence de l'attitude des soignants;
- une approche de l'influence des lieux et de l'architecture.

*Je suis face à l'immensité du bâtiment
Haut, gris, fenêtres alignées
Je suis à l'entrée d'un labyrinthe de couloirs
Devant, à gauche, à droite
Je suis dans la foule des mots barbares
Qui me renvoient à mon ignorance
Je suis face aux portes closes
Qui ne dévoilent pas leurs fonctions*

*J'arrive à marcher
Dépassé par les professionnels pressés
Affairés, pleins d'aisance
Ils se parlent, rient
C'est une journée banale
Une journée, comme les autres, pour eux*

Moi, j'erre perdu dans l'incertitude

*Il y a des accompagnants, des visiteurs
Il y a des malades, comme moi, qui entrent
Habillés de jour, des « personnes »
Il y a des malades hospitalisés
Des malades vus dans l'intimité
De leur tenue de nuit
Parfois appareillés*

Parfois traînant dans un lit

Moi, j'erre perdu dans mes inquiétudes

*J'ai peur
Peur d'avoir mal
Peur d'être abandonné dans un lit
Dans un couloir
Peur
De savoir*

Moi, j'erre, seul, dans ma solitude

Oui, j'ai peur, oui, je suis anxieux

*Un regard,
Un sourire,
Un geste
Comme une balise
Dans un univers étranger,
Inquiétant voire démoralisant
Un regard
Un sourire
Un geste
Comme un aimant qui pousse à avancer*

Conférence du 27 février 2007.
Relations de soins et anxiété.
Que peut développer un soignant ou professionnel de la santé comme compétences ?
Journée organisée par le Comité Interinstitutionnel d'Education pour la Santé du Patient.
Avec le soutien du FNRS.

Reçu le 24 avril 2007
Reçu dans la forme révisée le 26 septembre 2007
Accepté le 28 septembre 2007

Mots-clés : ajustement mutuel, communication, relation, émotion, cognition, statut des personnes, espaces, statut et fonction des espaces, image institutionnelle, éducation du patient, Belgique.

Une approche de l'influence des l'attitude des soignants dans la gestion de l'anxiété chez les patients

Affronter l'hospitalisation ne peut se vivre sans anxiété.

L'intensité de l'anxiété varie selon les personnes, les situations.

L'expérience racontée par autrui, l'expérience observée, l'expérience précédemment vécue modulent les appréhensions, les réduisant ou les accroissant. Dans ce vécu, quel rôle joue le soignant ?

On connaît tous le premier axiome de la communication : **« on ne peut pas ne pas communiquer »**. Le soignant, où qu'il soit et quoi qu'il fasse, communique et communique en tant que soignant dès qu'il est identifié

comme tel. Le patient communique également. Différents éléments sont porteurs d'information et déterminent le contexte relationnel.

Le langage des objets

Nous parlons de nous, de qui nous sommes, de notre état présent et de la relation que nous souhaitons entretenir avec nos interlocuteurs par le choix des vêtements que nous portons et des objets dont nous nous entourons.

L'uniforme du professionnel

Dans le milieu hospitalier, le port de l'uniforme indique le statut et la fonction de la personne et implique alors que toute communication devienne une communication de professionnel de la santé. C'est là une charge bien lourde et une responsabilité à endosser au sens propre.

Remerciements à Mr Jean-Luc Deru qui a autorisé la publication de ses photos sur la Résidence Lennox à Ottignies.

(1) Professeure, Institut Supérieur d'Architecture Saint-Luc de Wallonie - Liège
Docteure en communication, sociologue
Rue Basse Vaux, 33 C
B-5140 Sombreffe - Belgique
Tél. : ++32 (0)71 88 93 59
E-mail : mr@crossroads.be

Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 25, n°2, 2007

George Braque disait : « *on ne peut pas toujours avoir son chapeau à la main, c'est pourquoi on a inventé le portemanteau. Moi, j'ai trouvé la peinture pour suspendre à un clou mes idées fixes* »(2).

Pour le paraphraser, je dirais : « *on ne peut pas avoir ses idées fixes, ses tracas sur soi, c'est pourquoi on a inventé le porte-manteau pour les y suspendre un temps et on a ajouté le tablier pour bien les cacher et les maintenir à l'abri tant qu'on travaille* ».

Ce qui ne veut pas dire, au contraire, qu'on ne garde pas avec soi ses compétences, ses capacités d'écoute et d'empathie.

Le tablier blanc qui indique des compétences dans le domaine de la santé et/ou de l'institution sera selon les patients une invitation à la sollicitation ou au contraire l'indication d'un statut important, un signal d'une personne à ne pas déranger, à ne pas importuner inutilement.

Stimulant l'inhibition, il demandera d'autant plus une attitude engageante pour pousser à l'expression du patient.

Stimulant la sollicitation, il suscitera davantage l'interpellation et l'attitude qui répondra à cette interpellation sera importante.

L'absence d'uniforme du patient

Le langage des objets au niveau du patient est interpellant car le patient abandonne dès son arrivée dans la chambre les signes extérieurs de son identité. Même si chacun dira « *ce n'est pas l'apparence qui est importante* », ces signes soutiennent mon identité et cette identité est très différente quand je suis en pyjama, en blouse opératoire ou sans vêtement face à quelqu'un d'habillé.

La situation est toujours humiliante et on ne peut qu'observer la différence d'attitude face à quelqu'un en civil et face à quelqu'un en tenue « *de nuit* ».

Compenser l'absence de signes extérieurs par une attention plus grande à la personne, être à l'écoute, être attaché à la compréhension de son intériorité dénudée sera d'autant plus utile et réclamera d'autant plus de subtilité pour déceler cette intériorité sans le recours à des signes extérieurs, à des indices.

L'attitude, le regard, l'expression du visage

L'attitude, la position dans l'espace favorisent ou non l'échange, le contact visuel.

Le regard traduit l'expression de la personne mais dépend aussi de facteurs physiques non maîtrisés. Le regard ouvert, éveillé, intéressé, le regard apaisant, le regard hagard ou absent ne reflètent pas toujours la personnalité, le tempérament et les sentiments de la personne.

Le professionnel

La position générale du corps dans l'espace, son orientation face à l'interlocuteur indiquent la relation souhaitée avec l'autre personne. Idéalement, le choix de cette position constitue une première invitation à l'interaction sans imposition.

Que ce soit, lors d'une rencontre dans un couloir, lors d'un soin, l'attitude, le regard et l'expression du

visage sont à tout moment des invitations à l'interpellation ou des indicateurs d'inhibition.

Je peux montrer par mon regard mon attention, mon intérêt pour la personne ou au contraire par le regard détourné ou absent, mon inattention ou désintéressé.

Le patient

L'échange du regard quand il est possible, l'expression du visage sont importants car ils donnent des informations sur ce que le patient vit et sur la manière dont il ressent mon intrusion dans sa sphère proche. Certes, toute interprétation est relative.

En l'interprétant avec toute la prudence requise, le regard, l'expression du visage me donnent des indications sur la manière dont moi, professionnel, je peux poursuivre l'interaction.

Le toucher

Le toucher est fréquent dans les soins alors que le toucher est vite tabou dans nos relations habituelles et réservé aux relations privilégiées.

La manière de toucher sera d'autant plus importante. Toucher est à la fois un acte technique et un acte de communication.

Acte technique, il demande à être exécuté avec efficacité et maîtrise.

Acte technique, il demande à être respectueux de la personne alors qu'on touche à son intégrité physique. Il est aussi acte de communication car la manière de toucher est indicative de la relation entretenue et traduit le respect, la bienveillance tout en gardant la distance du geste professionnel. L'initiative du toucher est réservée au professionnel.

La gestion de l'espace

Ma manière de marcher, ma manière de m'arrêter, ma position dans l'espace, ma manière d'occuper l'espace indiquent mon tempérament et indiquent la place que j'accorde à l'autre.

Le professionnel

Dans sa gestion de l'espace, le professionnel donne des indications au patient.

Peut-il m'interrompre (mon empressement dans mon déplacement...), a-t-il eu raison de m'interrompre (attitude d'attente ou d'impatience...), est-ce que je gère seul l'espace ou est-ce que je lui laisse une part de territoire (bureau, lit, table de nuit...), comment est-ce que je me positionne face à lui (debout ou assis...).

Toute intervention est interprétée. Rester debout peut être perçu comme une attitude distante autoritaire ou comme du respect, le souci de ne pas s'approprier le territoire du patient.

Le patient

Le patient est dans une situation où il ne dispose plus de territoire, il n'est pas chez lui sauf si on lui laisse s'approprier quelque peu un morceau de bureau, une parcelle de territoire.

L'enjeu de l'appropriation de la chambre et du couloir sont importants. Je les évoquerai dans le point suivant.

(2) Georges BRAQUE, cité p.103-104, in « Histoire des arts du XXe siècle », D. ROSENBERG, Editions Assouline, Paris, 2003.

La gestion du temps

Ma ponctualité, mon organisation dans le temps indiquent mon tempérament, éventuellement mes responsabilités mais aussi l'importance que j'accorde à l'autre.

Le professionnel

La manière de parler, la manière d'effectuer les soins indiquent mon tempérament plus hyperactif ou plus lent mais aussi mes intentions plus attentives ou plus expéditives face au patient.

Ici aussi les interprétations ne sont pas garanties : mon hyperactivité peut être ressentie comme de l'empressement ou comme un manque de considération.

Le patient

Le temps du patient est géré, imposé. C'est un temps subi.

On comprendra dès lors l'importance qu'il accorde aux repères temporels, seuls éléments qui lui permettent d'établir de la prévisibilité dans son quotidien. N'est-il pas utile de lui laisser des temps autonomes ?

On pourrait encore parler du paralangage (la manière de parler, le débit, l'intonation, le volume de la voix) et du langage (le choix des mots) qui parle de la personne, de son tempérament et de la considération de l'autre.

Les mots savants peuvent être entendus comme du mépris ou comme de la compétence.

La construction de l'interaction

Tous ces éléments montrent l'importance de tout élément de la communication non verbale mais montrent aussi que si on a beaucoup insisté sur l'axiome « *on ne peut pas ne pas communiquer* », il faudrait énoncer aussi « *on ne peut pas ne pas penser* ».

L'influence des lieux et de l'architecture sur l'anxiété de la personne hospitalisée

Il serait ici présomptueux d'évoquer la conception architecturale d'un hôpital, ce qui demanderait l'analyse extrêmement détaillée d'une programmation complexe (énumération, organisation et gestion des multiples fonctions, des circulations des hommes mais aussi du sale, du propre, la lutte contre les infections nosocomiales, détermination des volumes, des surfaces générales du bâtiment, des différents espaces tout autant que détermination des dimensions d'un évier, la position et hauteur de clenches...).

Néanmoins je voudrais épingler quelques aspects importants pour le patient.

Je ne sais pas ce que l'autre pense, comment il interprète la situation, mon comportement, mes interventions verbales.

C'est pourquoi l'observation de l'autre, l'écoute sont alors essentielles pour tenter d'entendre ce qu'il ressent, susciter la parole, rassurer en rejoignant ses préoccupations, expliquer en s'adaptant à ses attentes et à ses références et en étant dès lors compris.(3) L'interaction se construit par l'ajustement mutuel, progressif. Aucune recette ne permet de gérer une interaction qui est à chaque fois différente et dont la seule clef de réussite est la subtilité de l'observation et de l'écoute.

Des patients se soumettent, pleurent, se fâchent, menacent. Réagir face à la souffrance, face à l'agressivité n'est jamais simple quand on l'envisage vis-à-vis de soi. Si on réfère ces réactions à l'anxiété vécue par le patient et non à l'agression du soignant, on les comprend mieux, et on les accepte mieux. Il faut aussi être capable de faire face à l'anxiété du patient, anxiété qui renvoie à nos propres sentiments que l'on préfère parfois occulter, plus ou moins volontairement ou involontairement. L'aider à gérer son anxiété implique d'en laisser libre l'expression et d'avoir la capacité de l'entendre. On construit alors différemment l'interaction.

Le soignant n'a pas de prise ou a une prise relative sur l'incertitude, l'inquiétude, la solitude de tout un chacun; il n'a pas de prise sur la fin de vie mais il peut transmettre l'attention, le respect, la bienveillance et cette attitude bienveillante suscite la parole. En répondant aux préoccupations exprimées, il peut aider à donner de la prévisibilité dans l'avenir proche, informer quant aux actes, être présent.

Car si l'architecture est un partenaire essentiel, un acteur silencieux, qui rend l'univers plus familier, moins étrange, plus appropriable et même parfois poétique, il reste un partenaire muet alors que le regard, le geste agissent comme des balises, des aimants ...

La localisation

La localisation d'un hôpital intervient de différentes manières.

Le premier élément concerne la recherche du bâtiment. Le repérer facilement est rassurant quand on le cherche, surtout évidemment la première fois et d'autant plus si on est en situation d'urgence ou de détresse.

La facilité de trouver un parking constitue un aspect non négligeable.

On pourrait aussi parler de l'accessibilité en transports en commun quand on n'a pas de voitures mais aussi

(3) Toutes les techniques évoquées lors de la journée que ce soit les techniques relationnelles du clown thérapeutique, la sophrologie, l'hypnose, le massage ou le *snoezelen* humide augmentent ces compétences d'ajustement à l'autre et peuvent être activées partiellement en-dehors de leurs contextes spécifiques; elles s'appuient toutes sur une attention à l'autre, une écoute de la parole et surtout du comportement non verbal («écouter avec les yeux») et un ajustement d'instant en instant.

Bibliographie

- AUGE M., «Le sens des autres», Fayard, France, 1994.
- BANDURA A., «L'apprentissage social», Mardaga, Bruxelles, 1980.
- BERNSTEIN B., «Langage et classes sociales», Ed. de Minuit, Paris, 1975.
- BOUGNOUX D., «Métaphore, politesse de l'esprit» in «recherches en communication n° 1, Université Catholique de Louvain, Département de communication, 1994.
- CHAMPY F., «Sociologie de l'architecture», La Découverte, Paris, 2001.
- DOISE W., PALMONARI A., «Les représentations sociales: définition d'un concept in «textes de base en psychologie: étude des représentations sociales» sous la direction de DOISE PALMONARI, Delachaux Niestlé, Paris, 1986.
- DOISE W., «Cognitions et représentations sociales in JODELET D., «Les représentations sociales», Presses Universitaires de France, Paris, 1989.
- FISHMAN J., «Sociolinguistique» Editions Labor, Bruxelles, 1971.
- FLAMENT C., «Structure dynamique des représentations sociales» in JODELET D., «Les représentations sociales», Presses Universitaires de France, Paris, 1989.
- FOUCAULT M., «L'ordre du discours», Gallimard, Paris, 1971, sous la direction de GHIGLIONE R., BONNET C., RICHARD J.-F., «Cognition, représentation, communication», traité de psychologie cognitive 3, Dunod, Paris, 1990.
- GOFFMAN E., «La mise en scène de la vie quotidienne», les Editions de Minuit, Paris, 1973.
- GOFFMAN E., «Les rites d'interaction», les Editions de Minuit, Paris, 1974.

.../...

.../...

GUEUR H. et ROOSEN M., «La relation interindividuelle en éducation pour la santé» in «Aspects psychosociaux en éducation pour la santé» sous la direction de MERCIER M. et DELVILLE J., De Boeck, Bruxelles, 1988.

HALL E. T., «La dimension cachée» Points, Seuil, Paris, 1971.

HALL E. T., «Au-delà de la culture», Points, Seuil, Paris, 1979.

HALL E. T., «Le langage silencieux», Points, Seuil, Paris, 1984.

HALL E. T., «La danse de la vie», Points, Seuil, Paris, 1984.

HERZLICH C., «La représentation sociale» in «Introduction à la Psychologie Sociale» sous la direction de S. MOSCOVICI, Larousse Université, Paris, 1972.

HOSPITAL C., «L'enfant, l'hôpital et l'architecte», Edition des L'Espérou, Languedoc Roussillon, 2002.

JODELET J., «Les représentations sociales», Presses Universitaires de France, 1989.

LIENARD G. et SERVAIS E., «Capital culturel et inégalités sociales», Vie Ouvrière, Bruxelles, 1984.

LOHISSE J., «La communication», De Boeck, Belgique, 2ième édition revue par KLEIN A., 2006.

MARION G., «Les images de l'entreprise», Editions d'organisation, Paris, 1989.

MERCIER M. et DELVILLE J., «Aspects psychosociaux en éducation pour la santé», De Boeck, Bruxelles, 1989.

MEUNIER J.-P., «Essai sur l'image et la communication», Cabay, Louvain-La-Neuve, 1980.

MEUNIER J.-P. et PERAYA D., «Introduction aux théories de la communication», De Boeck, Université, Bruxelles, 1993.

MEUNIER J.-P., «Approches systémiques de la communication», De Boeck, Belgique, 2003.

MOSCOVICI S., «L'ère des représentations sociales» in textes de base en psychologie: étude des représentations sociales» sous la direction de DOISE PALMONARIS, Delachaux Niestlé, Paris, 1986.

MOSCOVICI S., «Introduction à la psychologie sociale», Larousse Université, Paris, 1972.

MOSCOVICI, «Des représentations collectives aux représentations sociales» in JODELET D. «Les représentations sociales» Presses Universitaires de France, Paris, 1989.

pour la facilité des visites, ce qui peut avoir une incidence sur le maintien du réseau relationnel.

La localisation détermine aussi l'environnement qui sera perçu à partir des fenêtres lors de l'hospitalisation ainsi que l'éventuelle mise à disposition d'infrastructures proches de l'hôpital.

Le bâtiment

La grandeur et l'aspect du bâtiment induisent un caractère rassurant ou écrasant, plus souvent écrasant.

L'entrée

L'entrée, annoncée de préférence, marque un moment important de transition, entre l'extérieur, la vie civile et l'intérieur, la vie institutionnelle.

Ses qualités et caractéristiques spatiales en termes de volume, de surface, de configuration formelle, de lumière, de luminosité, de couleurs mais aussi d'odeurs, d'ambiance sonore se conjuguent idéalement avec une lisibilité des cheminements, le repérage aisé du lieu d'accueil, une compréhension rapide de la signalétique.

Tout en participant à la construction de l'image de l'hôpital, elle indique aussi la considération du patient.

Ne faut-il pas être prudent face à des gestes architecturaux qui laissent le patient perdu dans des volumes trop généreux, des enveloppes formelles aux typologies peu compréhensibles, une immersion dans une lumière naturelle aveuglante ?

N'y a-t-il pas parfois un manque de décence à exhiber, dès l'entrée des lieux, des endroits de consommation de pâtisseries ou de vente d'objets de luxe, à des patients qui arrivent dans des états de santé relatifs et avec des ressources financières diverses ?

Les cheminements

L'usager apprécie de savoir s'orienter aisément.

Cette orientation ne dépend pas uniquement d'une signalétique indiquée mais peut être induite par l'aménagement spatial qui inscrit les circulations, les directions, les statuts et fonctions des lieux.

La capacité de se déplacer, quel que soit le degré de mobilité, est importante.

En ce sens, les surfaces, volumes, matériaux conditionnent l'accessibilité et le vécu du cheminement qui sera aussi influencé par les qualités de lumière, de couleurs, de sons et de fraîcheur.

En circulant, le patient voit aussi tout ce qui est volontairement ou involontairement proposé à son regard : portes ouvertes sur certains locaux, patients en attente sur des lits... Cette vision n'est agréable ni pour celui qui regarde, ni pour celui qui est regardé.

Ne faut-il pas, quand c'est possible, inclure dans la programmation, des lieux d'attente qui éviteraient d'utiliser les couloirs pour ces fonctions, et des lieux de transition qui protégeraient les différents locaux des regards directs ?

Chambres

La chambre semble être le lieu le plus à soi. Pourtant, le patient n'y est qu'admis. Il n'y est pas chez lui.

Il n'y gère ni le temps, ni l'espace, ni les entrées. Il y séjourne. Le vécu de ce séjour dépendra avant tout de son état physique.

Les qualités spatiales de la chambre (lumières, luminosité, couleurs, ambiance sonore, surfaces, volumes, ergonomie des équipements et du mobilier...) peuvent influencer la perception de son état.

Outre les vues intérieures, la chambre propose généralement des vues sur l'extérieur, idéalement aussi à partir du lit et en position couchée.

Certains apprécieront la sérénité de vues sur un environnement plus végétal, d'autres seront heureux de ponctuer leur attente par l'observation de la vie sociale d'autrui.

Lorsque la chambre doit être partagée, le respect de la discrétion apparaît primordial, mais aussi le respect des règles de territorialité, ainsi que le bénéfice équitable des qualités de vue.

On peut attirer l'attention sur la privatisation des espaces sanitaires dans la chambre et sur une disposition spatiale qui permette d'accueillir l'accompagnant.

Ce qui pose le plus question, c'est la perte de maîtrise de soi. A l'hôpital tout échappe au patient, la gestion de son espace, de son temps, de son corps.

Ne peut-on imaginer que le patient puisse dans la chambre s'approprier davantage son espace ? En lui laissant de la place pour déposer des effets personnels, en lui laissant la possibilité des les organiser à sa façon, en sécurisant aussi cet espace approprié lors d'absences pour des soins ou examens ?

Ne peut-on aussi s'interroger sur la gestion des entrées dans la chambre ?

Ne faudrait-il pas, dès la conception, être particulièrement attentif à la fonction de l'entrée qui marque une transition entre le couloir (espace à caractère plus public) et la chambre (espace à caractère plus privé) ? Cette fonction de transition doit alerter la personne qui franchit cette entrée sur le fait qu'elle pénètre dans un espace plus privé et doit permettre à la personne hospitalisée d'accueillir le visiteur, autorisant ainsi une intrusion progressive dans ce territoire plus privé qu'est la chambre, tout en protégeant aussi des regards à partir du couloir. La conception spatiale de l'entrée pose également la question de la transition avec le couloir des chambres.

Le couloir des chambres

Le statut du couloir des chambres est souvent interpellant dans les hôpitaux.

Lieu de circulation, entre la chambre et les autres lieux de l'hôpital, il est aussi lieu de déambulation ou d'exercice de patients hospitalisés, parfois lieu d'attente et encore lieu de passage des visiteurs, lieu de travail des membres du personnel.

.../...

S'y mêlent patients hospitalisés, visiteurs, membres du personnel, chacun dans leurs tenues.

N'y a-t-il pas à mieux définir les différents espaces de circulation ?

Certes, la définition d'une hiérarchie des circulations est perturbée par l'emploi des ascenseurs mais il semblerait intéressant de signaler une privatisation progressive des circulations.

L'hôpital est un espace privé géré par les responsables de l'institution mais néanmoins, dans cet hôpital, de nombreux lieux sont accessibles au public, pour des consultations, des examens, des hospitalisations, des visites.

Ne faudrait-il pas mieux différencier les circulations ouvertes à tous, les éventuelles circulations pour les consultations, les circulations internes pour les soins, examens, interventions des patients hospitalisés, les circulations des visiteurs les conduisant au couloir des chambres, avec une privatisation de l'entrée de ce couloir ?

La privatisation de l'entrée du couloir des chambres indiquerait au visiteur qu'il pénètre dans un lieu où il est accepté comme visiteur, moyennant le respect de rituels d'entrée, et l'orienterait vers une chambre précise sans le laisser regarder par toutes les portes ouvertes.

Le couloir a par contre vis-à-vis du patient un statut moins privé que celui de la chambre. Ce statut peut l'inciter à l'utiliser comme un lieu plus social de promenade, de rencontres aléatoires. Ces usages plus sociaux sont confortés par les qualités d'agrément du couloir, par le fait que ces usages n'interfèrent pas avec les tâches du personnel médical et que les couloirs ne sont pas utilisés pour des fonctions non prévues (entrepôt du matériel, malades en attente d'un «transporteur»...).

Le couloir pourrait conduire aussi à d'autres lieux de plus en plus proches d'une vie sociale non institutionnalisée, permettant au patient qui le souhaite de garder ou de renouer progressivement avec des habitudes agréables de vie comme celle d'aller boire un «bon» café ou d'aller se promener à l'extérieur.

La cafétéria

La présence dans les hôpitaux de lieux de consommation constitue une opportunité quand on se sent capable d'en bénéficier. Par contre, la vue de services auxquels on n'a pas accès pour des raisons de santé ou pour des raisons de budget est gênante.

Ne faut-il pas localiser ces services dans des lieux quelque peu en retrait pour ne pas les imposer avec arrogance à la vue de ceux qui ne peuvent en profiter ?

Espaces extérieurs

Les espaces extérieurs permettent des moments de détente, offrent des possibilités d'activités, suscitent des rencontres aléatoires ou préservent des moments d'intimité en couple, en famille. Ils sont aussi pour les patients qui vont sortir des espaces de transition avant de reprendre contact avec la vie «civile».

Autres locaux

Tous les autres locaux demanderaient une réflexion et une analyse spécifiques, que ce soit le bureau des infirmières (servant parfois à de multiples fonctions, à la fois lieu d'accueil ponctuel, lieu de réunion, lieu de classement des dossiers, lieu de détente), le bureau des médecins, les salles de soins, les salles de réveil, les locaux techniques...

Hôpital ou hôtel ?

En tentant d'assurer une meilleure qualité de vie à l'hôpital, on associe aujourd'hui dans certains milieux architecturaux le concept d'hôpital au concept d'hôtel.

N'est-ce pas erronément vouloir nier l'anxiété, la souffrance, la réalité de la vie, son évolution incertaine ?

Est-ce que ce concept ne s'intègre pas sans recul dans une société de consommation qui prône l'injonction à la jouissance ?

Est-ce que ce concept n'induit pas une relation biaisée entre le soignant et le patient, orientant la relation vers une relation de client à distributeur de soins avec toutes les dérives possibles du client-roi ?

N'est-il pas plus opportun de réfléchir à un concept spécifique qui recherche la qualité de vie en milieu hospitalier, mais qui reconnaisse aussi le droit à l'anxiété et respecte la souffrance et la douleur ?

Je voudrais aussi souligner qu'on parle peu de l'influence profonde de l'architecture sur l'état des patients. Trop peu d'études scientifiques existent. Certes les revues d'architecture décrivent certains projets et ne négligent pas les appréciations évaluatives, mais avec peu de questionnements sur les critères pris en compte et sur la mesure et le contrôle des appréciations formulées.

Les usagers, eux, s'attachent souvent à des critiques, certes justifiées, mais de détail.

Il semble important ici de souligner la nécessaire collaboration entre maîtres d'œuvre et maîtres d'ouvrage, et l'efficacité créative de l'articulation entre le savoir de l'usager et le savoir de l'architecte.

Je voudrais terminer en évoquant un projet qui vient d'obtenir le premier prix du bâtiment non résidentiel au concours Belgian Building Awards 2007.(4)

Il s'agit d'un nouveau lieu de séjour et d'activités pour handicapés mentaux et épileptiques de la Résidence Lennox, à Ottignies, en Belgique (cf photos).

(4) Il s'agit d'un concours national organisé par la revue ImmoTrends, Top Construction, Les Architectes Belges, Batibouw, la confédération de la construction et Bouwkroniek. 187 dossiers ont été introduits, 17 projets ont été sélectionnés et 4 projets primés suivant leur catégorie. Le jury de professionnels désire promouvoir une architecture de qualité, découvrir des jeunes talents et favoriser des solutions innovantes et durables. Il insiste également sur la synergie entre maître d'ouvrage et architecte. L'architecte est Fabienne Courtejoie, associée du bureau Artau à Malmédy.



© photo-daylight.com



© photo-daylight.com



© photo-daylight.com

Nouveau lieu de séjour et d'activités pour handicapés mentaux et épileptiques de la Résidence Lennox, à Ottignies, en Belgique.

MYERS G. E. et MYERS TOLELA M., «Les bases de la communication interpersonnelle», Mc Graw Hill éditeurs, Canada, 1980.

PAGES, «L'orientation non-directive en psychothérapie et en psychologie sociale» Dunod, Paris, 1970.

RIBOULET P., «Naissance d'un hôpital», Les éditions de l'imprimeur, Besançon, 1994.

ROBERT J. -PASLEAU J. P., «Représentations sociales de la santé et maladie», De Boeck, Bruxelles, 1988.

RODGERS, «Le développement de la personne» Dunod, Paris, 1968,

Sous la direction de SODERSTROM O., COGATO LANZA E., Roderick J. LAWRENCE et BARBEY G., «L'usage du projet», Editions Payot, Lausanne, 2000.

TAJFEL H., «La catégorisation sociale» in «Introduction à la psychologie sociale» sous la direction de MOSCOVICI S., Larousse Université, Paris, 1972.

VOYE L., «Sociologie : construction d'un monde, construction d'une discipline», De Boeck, université, Paris, Bruxelles, 1998.

WATZLAWICK-HELMICK-BEAUVIN, JACKSON, «Une logique de la communication», Points, Seuil, Paris, 1972.

WATZLAWICK, «La réalité de la réalité», Point, Seuil, Paris, 1978.

WINKIN Y., «La nouvelle communication», Points, Seuil, Paris, 1981.

WINKIN Y., «Anthropologie de la communication» De Boeck/ Seuil, Lonrai, 2001.

Mémoire

DEBROUX A., «Hospitalité d'un service de pédiatrie : approche Humaine et Architecturale», Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Architecte, sous la direction de COURTEJOIE F. et ROOSEN M., Institut Supérieur d'Architecture de Wallonie à Liège, janvier 2007.

Alain Legros, président du service résidentiel et maître de l'ouvrage, Mr Magonnet, directeur de la Résidence établissent le bilan suivant :

«Caractéristiques de notre projet dans ses valeurs thérapeutiques :

L'environnement et les infrastructures (locaux-architecture) font partie des ressources permettant la mise en œuvre du projet médico-résidentiel, mieux nommé projet du service ainsi que des projets de vie singuliers de chacun des usagers de ce service.

Les personnes polyhandicapées souffrant d'épilepsie sont, plus que les autres, sensibles à l'environnement, qui doit tenir compte de leurs besoins et particularités. Sans rentrer ici dans l'explicitation des stimuli négatifs susceptibles d'accroître la fréquence des crises, il faut relever ici : les besoins de sécurité, de calme et de stimulation de l'attention.

Le nouveau bâtiment, implanté à proximité du bâtiment principal, propose un contact visuel permanent avec «la maison où l'on dort dans «sa» chambre, mange, se lave», ce qui constitue pour les résidents anxieux, un élément rassurant.

La forêt qui entoure le bâtiment a un effet filtrant sur les sons et la lumière provenant de l'extérieur. Cet effet est renforcé par l'isolation de toiture en cellulose de bois pulsée et le fait que l'ossature en bois du bâtiment repose sur des piliers (pilotis), mettant les personnes en situation aérienne «comme dans un grand nid volant sur le tapis de fougères». Le contexte forestier offre également dès les premiers beaux jours les stimulations olfactives de la nature, au gré des moments d'aération ou de fréquentation des terrasses extérieures.

L'implantation de l'espace, l'utilisation de vitrage à haut coefficient d'isolation (son, lumière, chaleur), le plancher de chêne et le plafond acoustique en plaques de plâtre perforées, produit une diminution du rythme cardiaque et des tensions superficielles dès que l'on entre dans le bâtiment.

Le positionnement des deux espaces de bureau et l'utilisation d'un revêtement de matière naturelle souple (type de balatum) de teinte vive, structure l'espace de manière à la fois rassurante

(souplesse du matériau en cas de chute) mais également stimulante.

L'un des deux bureaux, celui du psychologue, propose un espace de repli, ouvert d'un seul côté sur la forêt. Il peut accueillir un résident en repos de récupération après une crise d'épilepsie.

Le jeu d'une grande cloison coulissante (mur intérieur amovible) ainsi que le positionnement de claustras mobiles permettant d'occulter la face sud du bâtiment invitent à moduler la sensation des espaces selon les ambiances extérieures, le rythme des saisons ou les besoins de calme ou de stimulation désirés par les éducateurs et la demande des résidents.

Les deux grandes terrasses de bois, couvertes du toit en surplomb, sans piliers de soutènement, offrent une ouverture extérieure maximale et l'occasion aux résidents de vivre la forêt «en direct» lors des repas de midi ou d'activités particulières (ouverture et sécurité).

L'équipement d'enceintes acoustiques de très haute qualité, intégrées aux plafonds, permettent de travailler l'ambiance sonore dans les objectifs thérapeutiques précités.

Le mobilier, encore partiellement à l'étude, rencontre également le souci de confort, de sécurité (crises), de souplesse d'utilisation pour le service et de sobriété visuelle (pas de bavardage esthétique) nécessaire à ne pas distraire les utilisateurs des fonctions essentielles de sensorialité du projet. (Il faut noter que l'espace intérieur doit impérativement rester dégagé pour l'utilisation des chaises roulantes). Tous les espaces de rangement sont intégrés dans les murs intérieurs (avec cloisons coulissantes) ainsi qu'une cuisine permettant une activité domestique journalière, et les toilettes adaptées.

L'accès du bâtiment par une passerelle de bois également sur pilotis, serpentant entre les arbres, renforce la sensation de gagner un îlot de confort dans l'esprit d'un pavillon japonais pour la cérémonie du thé.

Il est à noter que «l'excellence» du projet dans sa conception et sa réalisation agit également sur la motivation de toute l'équipe pluridisciplinaire du personnel soignant et la confiance des familles de nos pensionnaires. ■