

Université de Montréal

**Aménagement intérieur des milieux de santé :
exploration de trois approches théoriques**

par

Chantal Boisclair

École de design industriel
Faculté de l'aménagement

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences appliquées (M. Sc. A.)
en aménagement
option Design et complexité

avril 2013

© Chantal Boisclair, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Aménagement intérieur des milieux de santé :
exploration de trois approches théoriques

présenté par :
Chantal Boisclair

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Rabah Bousbaci
président-rapporteur

Richard Martel
directeur de recherche

Jacqueline Vischer
codirectrice

Jean Therrien
membre du jury

Résumé

La présente étude concerne le rôle de l'aménagement intérieur dans les centres de santé, dans une perspective thérapeutique. Il s'agit d'une recherche théorique exploratoire. Le cadre théorique à l'intérieur duquel elle s'effectue comprend la Biopolitique de Michel Foucault, du Sens de cohérence d'Aaron Antonovsky, ainsi que de La théorie des environnements reconstituants de Kaplan & Kaplan. Chacune de ces approches vise à mieux saisir le problème de la thérapeutique dans son rapport avec la santé, ainsi qu'à dégager des éléments permettant d'enrichir et d'apporter un regard autre sur le thème à l'étude, à savoir, celui des environnements thérapeutiques. C'est ainsi que nous proposons six concepts que sont l'exclusion/l'isolement, le pouvoir, les interactions sociales, le soutien social, le plaisir et la réflexion. Une étude de cas effectuée au Centre de réadaptation Estrie vise à vérifier leur validité. Cet établissement, qui fait partie du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec, est également un membre désigné du Réseau Planetree, dont la mission est vouée au développement de pratiques gestionnaires respectueuses de la dimension humaine dans les centres de santé. La qualité de l'environnement physique étant l'une des dix composantes du modèle promu par cette organisation, l'analyse, en vue de la validation ou du rejet des concepts issus du cadre théorique, concerne leur articulation dans le concret. Nous retenons des quatre concepts que sont les interactions sociales, le soutien social, le plaisir et la réflexion, qu'ils sont valides, et rejetons l'exclusion/isolement et le pouvoir. Des propositions de remplacement pour ces

deux derniers sont soumises, soit, les limites/l'intimité et l'emprise. La principale piste de sujet de recherches futures est le développement de la notion « d'accueil », où l'aménagement intérieur joue, à ce titre, un rôle dans les milieux de santé.

Mots clefs : aménagement intérieur – environnements thérapeutiques – interactions sociales – soutien social – plaisir – réflexion

Abstract

The present study considers the role of interior design in health centers in a therapeutic way. It is a theoretical exploratory research. The framework within which it is performed comprises the Biopolitics of Michel Foucault, the Sense of Coherence of Aaron Antonovsky, and the Restorative Environments from Kaplan & Kaplan. Each of these approaches is to provide a better understanding of the therapeutic question in its relation to health, and to identify elements to further enrich and to give another view on the thematic issue – that is, Healing Environments. We suggest six concepts: exclusion/isolation, power, social interactions, social support, pleasure and reflection. A case study aimed at examining their validity is carried out in the Centre de réadaptation Estrie. This facility, part of the Réseau de la santé et des services sociaux du Québec, is also a designated member of Planetree, whose mission is devoted to the development of management practices respectful of the human dimension in the health care environment. The quality of the physical environment being one of the ten key components of the model promoted by this organisation, the analysis, in view of the validation or the rejection of the concepts drawn from the theoretical framework, concerns the concrete forms given to these concepts. Hence, we retain: social interactions, social support, pleasure and reflection, and reject exclusion/isolation and power. Alternative proposals for these last two concepts are submitted: limits/privacy and empowerment. The principal

suggestion for future research is the development of the notion of “welcome”, where interior design plays, as such, a role in health care environments.

Key words : Interior Design – Healing Environments – Social Interactions –
Social Support – Pleasure – Reflection

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Liste des figures	ix
Liste des sigles	xi
Introduction	1
1. Optique philosophique	8
2. Exploration théorique	12
Introduction	12
2.1 La biopolitique	13
2.1.1 La biopolitique	16
2.1.2 La santé et la médecine dans le cadre biopolitique.....	20
2.1.3 L'assainissement (médicalisation) de l'environnement	22
2.1.4 Introduction au panoptisme	24
2.1.5 Le panoptisme.....	25
2.2 Le sens de cohérence d'Aaron Antonovsky.....	29
2.2.1 La salutogenèse.....	29
2.2.2 Le sens de cohérence.....	34
2.2.3 Le rapport entre le sens de cohérence et la santé	39
2.3 Les environnements reconstituants	44
2.3.1 La récupération attentionnelle	44
2.3.2 L'expérience reconstituante.....	48
2.3.3 Le rapport entre le sens de cohérence et la santé	39
Conclusion	51

3. Les environnements favorisant la guérison	55
3.1 Un nouveau paradigme	55
3.2 Un survol historique	60
3.3 La réforme hospitalière	63
3.4 Concepts issus du cadre théorique	71
3.4.1 Le concept d'isolement / d'exclusion	72
3.4.2 Le concept de pouvoir (rapports de).....	74
3.4.3 Le concept de soutien social.....	75
3.4.4 Le concept d'interaction sociales	76
3.4.5 Le concept de plaisir	77
3.4.6 Le concept de réflexion.....	80
3.5 Le modèle Planetree	82
4. Centre de réadaptation Estrie : présentation et discussion des résultats	87
4.1 Le centre de réadaptation Estrie.....	87
4.1.1 Son mandat et ses services	87
4.1.2 La structure administrative	89
4.1.3 Affiliation et désignation Planetree	90
4.2 Protocole.....	91
4.3 Récapitulation des concepts	92
4.4 Localisation et installations du CRE	94
4.5 Présentation et discussion des résultats.....	97
4.5.1 Présentation des résultats	97
4.5.2 Discussion des résultats	115
Conclusion	121
Références bibliographiques	125
Références iconographiques	134

Liste des figures

Fig. 1. Le Complexe St-Vincent-de-Paul	97
Fig. 2. Plan du sous-sol	98
Fig. 3. Vue de l'entrée principale	100
Fig. 4. Poste d'accueil	101
Fig. 5. Mur de la fierté	104
Fig. 6. Vue sur le corridor	105
Fig. 7. Vue de l'intérieur d'une salle d'attente sur le corridor	106
Fig. 8. Salle d'attente	107
Fig. 9. Le salon rouge	107
Fig. 10. Mobilier de rangement	108
Fig. 11. Espace dédié au fauteuil roulant	108
Fig. 12. Affichage mural	109
Fig. 13. Fauteuils et œuvres d'art	110
Fig. 14. La « Volière »	111
Fig. 15. Corridor avec « murale »	111
Fig. 16. Section « murale »	112
Fig. 17. Corde à linge extensible	112
Fig. 18. Jeu mural interactif	112
Fig. 19. Jeu mural interactif	112
Fig. 20. Gymnase pour adultes	113
Fig. 21. Salle ludique	113
Fig. 22. Jeux pour enfants	113
Fig. 23. Le bassin thérapeutique	114
Fig. 24. Vestibule de la salle Inukshuk	115

Fig. 25. Salle Inukshuk : vue de l'entrée	116
Fig. 26. Siège	116
Fig. 27. Tube de bulles mouvantes	116
Fig. 28. Aquarium	116
Fig. 29. URFI : cuisine	117
Fig. 30. Salle commune	117
Fig. 31. Salle commune	117

Liste des sigles

CRE : Centre de réadaptation Estrie

OMS : Organisation mondiale de la santé

SOC : Sense of Coherence (Sens de cohérence)

Introduction

Le présent mémoire traite essentiellement de l'étude de la dimension thérapeutique en aménagement intérieur. À cet effet, les milieux de santé nous ont semblé être un cadre judicieux dans lequel traiter de cette question. L'étude se base sur la reconnaissance de la présence d'un lien existant entre l'être humain et son environnement. Nous cherchons à mettre en lumière le rapport entre matérialité et immatérialité. Ce premier terme fait référence, dans le cadre de l'aménagement intérieur, au cadre bâti, c'est-à-dire aux murs, à l'espace et aux objets propres à un lieu donné, alors que le terme « immatériel » fait plus spécifiquement référence à la dimension psychique, à la façon dont est perçue et vécue l'aménagement, ou certaines de ses dimensions. Le point référentiel, toutefois, demeure la personne, envisagée dans sa dimension globale, c'est-à-dire en tant qu'être vivant, capable de ressenti et de réflexion.

Tout projet comportant une dimension philosophique, nous nous proposons, par souci de clarté et de transparence, d'exposer, et ce, dès le début, la vision sous-tendant le présent ouvrage. Nous nous appuyerons, pour ce faire, sur un article de Daniel Stokols (1990), psychologue, intitulé *Instrumental and Spiritual Views of People-Environment Relationships*, dans lequel l'auteur expose deux principaux points de vue sur le rôle que peut jouer le design d'intérieur pour des individus, dont l'un qu'il privilégie, et que nous retenons pour notre recherche, à savoir, le sens en aménagement.

Nous présentons notre question de recherche comme suit : « Comment aborder le rôle de l'aménagement intérieur dans une perspective thérapeutique? ». Cette interrogation sera essentiellement traitée au moyen de concepts théoriques liés aux domaines médical, de la santé et du bien-être. Nous proposons ainsi une approche qui se veut globale. Ces concepts serviront comme base de réflexion visant à mettre en lumière l'incidence du monde bâti et de ses caractéristiques sur le psychisme, tout en contribuant à enrichir les notions sur l'activité de design comme moyen pour favoriser un cadre thérapeutique, dans l'optique d'« une rationalité pratique gouvernée par un but conscient (Foucault, 1994b, p.285) ».

Le système de santé et de services sociaux au Québec, dont relèvent les centres de soins de santé, se caractérise par un certain essoufflement, que traduit l'expression d'insatisfaction, parfois d'indignation, des citoyens depuis déjà quelques années. Le débordement des urgences et la pénurie des infirmières en milieu hospitalier, tout comme le traitement réservé aux résidents dans les centres pour personnes en voie de vieillissement, sont quelques sujets faisant régulièrement l'objet des manchettes. L'acceptation naissante, quoique non généralisée, dans le milieu professionnel, du recours aux méthodes thérapeutiques « alternatives », témoigne toutefois d'une place grandissante pour les pratiques non-traditionnelles. C'est dans cette perspective d'ouverture que s'inscrit la présente étude des caractéristiques et des façons de faire en aménagement intérieur pouvant contribuer à un environnement qualifié de « thérapeutique ».

La notion de santé, telle qu'actuellement universellement admise, est définie par l'Organisation mondiale de la Santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la Santé, 2010). S'y trouve incluse l'idée bipartite selon laquelle le principe déterminant est le bien-être, et que celui-ci concerne un être global. L'incidence d'une telle conception est l'accentuation placée d'une part sur ce qui contribue à maintenir un état de santé chez un individu, et d'autre part, sur une façon de concevoir l'individu comme être complexe, possédant non seulement un corps, mais également des émotions et des pensées, et évoluant dans un environnement physique et social, ces éléments étant interdépendants.

Or, dans sa pratique traditionnelle, la médecine a longtemps envisagé le concept santé – maladie d'un point de vue pathologique, c'est-à-dire essentiellement axée sur la maladie. La pratique médicale qui y était associée visait l'éradication du mal inscrit dans le corps (Dilani, 2001). Celui-ci s'apparentait, d'une façon conceptuelle, à une machine dont la « défectuosité » devenait objet d'investigation et de traitement. En perdant ainsi de vue la personne, l'on en est venu à s'occuper de « cas », et non plus de patients (Tzowiadou-Teske, 2001).

Parallèlement, les édifices dans lesquels étaient dispensés les soins ressemblaient à des usines dont le caractère institutionnel traduisait plus souvent qu'autrement une préoccupation majeure : répondre aux exigences fonctionnelles, à laquelle se rattachait la présence d'appareils technologiques

médicaux dont l'importance et l'efficacité n'ont cessé de croître. De plus, la planification des lieux dans lesquels étaient dispensés ces soins se voulait le reflet de considérations jugées essentielles au contexte hospitalier: la réduction des risques et d'exposition à la maladie, d'une part, ainsi que le respect des principes de gestion du temps, d'autre part. Des environnements ainsi conçus sont maintenant considérés préjudiciables à la qualité des soins prodigués (Ulrich, 2001).

Une prise de conscience de l'importance de tenir davantage compte de la dimension humaine dans l'ensemble du domaine de la santé s'effectue graduellement un peu partout dans le monde médical depuis bientôt quarante ans (Dilani, 2001). C'est ainsi que l'on retrouve le développement de l'approche dite « centrée sur le patient » (Patient Centered Care), l'agrément de thérapies intégratives et complémentaires dans les institutions (particulièrement aux États-Unis), et parallèlement, l'intérêt croissant pour le développement « d'environnements thérapeutiques » (Malkin, 2008; Kopec, 2006). On constate ainsi une certaine convergence entre la façon d'envisager la santé en rapport avec l'individu, les pratiques médicales et la conception d'environnements dédiés aux soins de santé. En reconnaissant que les besoins des patients ne se limitent plus au domaine biologique, la façon d'envisager le rôle de l'environnement dans les centres de soins prend un sens autre. À cet effet, notons la fondation de centres dédiés à la formation et à la recherche sur le sujet, notamment, le *Center for Health Design* situé aux États-Unis, le *International Academy of Design and Health*, sis à Stockholm, la formation d'associations gouvernementales dédiés à la cause, tel le *Architecture and*

Design Scotland (AD + S), ainsi que la formation d'organismes qui se consacrent à une gestion plus humaine dans les centres de santé, tel que le fait *Planetree*, par exemple.

Si la motivation pour effectuer une recherche dédiée à la dimension thérapeutique de l'environnement intérieur dans le cadre des milieux de santé est d'abord d'ordre éthique, les considérations seront abordées d'un point de vue théorique et pragmatique. Bien qu'il y ait un accroissement des connaissances sur l'implication du façonnement du milieu intérieur pour le bien-être des habitants des points de vue physique, psychologique et social, particulièrement depuis la formalisation de la psychologie environnementale au siècle dernier, l'étude de la question de l'aménagement des milieux de santé est loin d'être épuisée. Outre une théorie spécifiquement dédiée au sujet, celle de L'approche du milieu propice à la guérison (*Theory of Supportive Design*) mise de l'avant par Roger Ulrich (1997), rapportée par Fischer & Dodeler (2006), les connaissances des divers paramètres de l'aménagement pouvant être reliés de près ou de loin à la santé, en passant de l'urbain, domaine plus étendu, au niveau de l'aménagement intérieur, permettent d'avoir une idée générale mais quelque peu éparpillée des éléments ayant une influence sur la santé. D'autre part, et d'une façon pratique, une des difficultés rencontrées consiste en l'application des connaissances acquises (Rynor, 2010), la pratique du design dans le domaine de la santé étant habituellement soumise à des conditions sociales et politiques qui en déterminent l'orientation. En dernier lieu, si les centres de santé sont coûteux à construire et à rénover, la

possibilité d'y effectuer des études, particulièrement longitudinales, comporte toujours un certain défi.

L'étude s'effectuera d'abord au moyen d'une triple approche théorique, soit : la Biopolitique de Michel Foucault, philosophe français, le Sentiment de cohérence d'Aaron Antonovsky, sociologue israélo-américain, et la théorie des Environnements reconstituants de Rachel et Stephen Kaplan, psychologues environnementaux américains. Outre le fait que chacun de ces trois cadres théoriques soit relié, de près ou de loin, à la dimension de la santé ou de la thérapeutique, leur formation découle d'une expérience ou de situations concrètes vécues par leurs auteurs. L'analyse de chacun de ces trois cadres vise premièrement à mieux saisir le problème de la thérapeutique dans son rapport avec la santé, ainsi qu'à dégager des éléments permettant d'enrichir et d'apporter un regard autre, que nous voulons holistique, c'est-à-dire dans le respect de la complexité, sur la question de la thérapeutique en aménagement, plus particulièrement dans les milieux de la santé. Nous regarderons également la question du rapport entre la matérialité et l'immatérialité, transposée dans une optique de savoir faire, dans le domaine de l'aménagement intérieur. Les concepts issus des cadres théoriques et leur transposition en aménagement seront validés au moyen de l'analyse d'un établissement se voulant thérapeutique, que nous considérons offrir des qualités environnementales représentatives d'un tel milieu.

Outre la présentation préliminaire du point de vue philosophique, le corps du mémoire est composé de trois chapitres. Le premier comporte

l'exposition des trois cadres théoriques que nous avons retenus pour fins d'exploration. S'ensuit un chapitre dédié aux environnements favorisant la guérison, y compris la présentation de l'organisme Planetree, ainsi qu'une discussion sur la pertinence des cadres théoriques en lien avec les activités propres au design d'intérieur, dont les concepts qui en sont issus. On retrouve, au dernier chapitre, un compte rendu d'une visite au Centre de réadaptation Planetree, servant d'exemple et d'illustration d'un aménagement intérieur respectant les critères établis par Planetree. Ce compte rendu sera suivi d'une discussion des résultats, où un retour sera ainsi fait sur les concepts précédemment présentés en lien avec les éléments recueillis lors de la visite, permettant ainsi leur validation ou leur rejet.

1. Optique philosophique

Ce n'est pas l'architecte qui décide de la valeur des lieux, mais il peut, par une allusion fondée sur l'observation du monde, la réflexion et la recherche, fournir un cadre qui ait les meilleures chances d'accueillir les situations spécifiques de l'homme. Les espaces qu'il bâtit offriront un potentiel plus ou moins grand pour y séjourner, passer, se réjouir, se rencontrer, s'émouvoir, stimuler les associations d'idées et, pourquoi pas, rêver » (von Meiss, 2003, p. 150).

Le texte intitulé *Instrumental and Spiritual Views of People-Environment Relationships*, de Daniel Stokols¹ (1990), nous permettra d'établir clairement l'optique dans laquelle s'inscrit notre recherche, à savoir, humaine, ou, exprimé autrement, subjective. Nous retrouvons dans ce texte trois façons d'envisager les rapports entre la personne et son environnement, tels qu'ils se présentent dans la littérature scientifique du domaine de la psychologie environnementale. Il s'agit des points de vue : 1- minimaliste, 2- instrumental et 3- spirituel. Cette dernière optique est celle que nous retiendrons dans le cadre de notre étude.

La première d'entre elles se démarque par une conception de l'environnement dont la portée est réduite, et en fonction de laquelle les préoccupations des concepteurs (architectes, designers, etc.) sont essentiellement d'ordre esthétique, une fois résolus les besoins pour un abri sécurisé et confortable. Les études portant sur le thème personne-environnement qui se développent à partir des années 1970 ont contribué à la désuétude de cette façon de voir et de faire. La perspective instrumentale veut

¹ Daniel Stokols est un psychologue ayant œuvré pendant plusieurs années dans le domaine de la psychologie environnementale. Il est actuellement professeur d'Écologie sociale à l'Université de Californie, situé à Irvine.

que l'environnement soit un outil, un moyen pour atteindre une fin, qui peut être comportementale, économique ou liée à la santé et au bien-être des occupants. De façon contrastée, l'optique spirituelle, que nous privilégierons, met de l'avant l'idée que l'environnement est un contexte de vie empreint de qualités symboliques et affectives. « *The overall quality of environments is measured in terms of the richness of their psychological and sociocultural meanings as well as in relation to physical comfort, safety, and performance criteria.* » (p. 642)

Si, dans sa présentation des divers points de vue sur le rapport personne-environnement, Stokols établit clairement le sens du mot « instrumental » pour qualifier l'optique philosophique correspondante, le terme « spirituel » exige toutefois quelques clarifications. Il est vrai que dans ses propos explicatifs, l'auteur utilise les expressions « esprit humain » (*and the human spirit can be enriched*) (p. 642) ainsi que « significations psychologiques et socioculturelles » [nous traduisons] (p. 642).

Par la suite, faisant valoir la contemporanéité de la vision spirituelle, Stokols rapporte l'expression d'un intérêt croissant pour l'histoire, la culture, les mythes et la signification dans la théorie architecturale, tel que mis de l'avant par Franck (1987). Il poursuit en faisant mention du thème poétique propre à Pérez-Gómez (1983), et relève une « "sensibilité nouvelle" en design » [nous traduisons], que préconisent Alexander, Anninou, Black et Rheinfrank (1987). En conclusion, l'auteur suggère quelques avenues de recherche, dont celle de l'approfondissement de la question des qualités environnementales et sociales propres à favoriser des expériences personnelles enrichissantes (d'un

point de vue spirituel), telles les « sentiments d'estime, d'autonomie, d'intuition, de compétence, de cohérence, de tranquillité, de reconstitution, d'acceptation sociale et d'appartenance » [nous traduisons] (p. 645). Une interrogation demeure toutefois quant au lien qu'effectue l'auteur entre ces qualités expérientielles essentiellement humaines, relevant usuellement du domaine psychologique, et les thèmes évoqués précédemment en lien avec la spiritualité, entre autres l'histoire, la culture, le mythe et la signification. Or, Stokols, en résumant sa pensée, ou du moins en l'exprimant autrement, cite René Dubos (1965).²

Life in the modern city has become a symbol of the fact that man can become adapted to starless skies, treeless avenues, shapeless buildings, tasteless bread, joyless celebrations, spiritless pleasures -- to a life without [nous soulignons] reverence for the past, love for the present, or hope for the future. (Dubos, 1965, p. 278-279)

La citation complète, à laquelle Stokols se rapporte, comprend la notion de symbolisme, une notion commune aux deux auteurs qui, de plus, revient souvent en tant que spécificité du point de vue spirituel (chez Stokols). Bien que la représentativité soit ici attribuée au mode de vie : « *life... has become a symbol* », et non à l'environnement (comme le propose Stokols), ce sont tout de même les données environnementales (et parfois, dans l'exemple fourni, l'absence de données : « *starless skies, treeless avenues, shapeless buildings, tasteless bread* » qui composent le contexte donnant le ton au mode de vie caractérisé par « l'absence de référence au passé, d'amour pour le présent et d'espoir pour l'avenir ». La qualité d'un

² Nous notons que Stokols adapte la citation de Dubos en la présentant affirmativement.

mode de vie serait donc en partie déterminée par la qualité de l'environnement dans lequel évoluent les êtres humains.

De plus, Dubos rajoute un peu plus loin :

*The frightful threat posed by adaptability when the concept is applied to human beings in a purely biological context is that it implies so often a passive acceptance of conditions which really are not desirable for mankind... The ideal environments tend to become one in which man is physically comfortable, but progressively forgets the **values** [notre accent] that constitute the unique qualities of human life. The biological view of adaptation [nous soulignons] is inadequate for human life because neither survival of the body, nor of the species, nor fitness to the conditions of the present, suffice [sic] to encompass the richness of man's nature [nous soulignons] (Dubos, 1965, p. 279).*

Le concept auquel se rapporte Dubos, le point de vue biologique de l'adaptation, fournit une clé à la compréhension du concept philosophique spirituel. En effet, l'auteur semble dire de cette perspective qu'en faisant abstraction de la complexité et de la globalité de l'être humain, qu'en faisant fi de la psyché humaine, que l'auteur évoque en ces termes : « les valeurs constitutives des qualités singulières de la vie humaine » [nous traduisons] et « la richesse de la nature humaine » [nous traduisons], elle s'avère réductrice, puisqu'elle ne reflète qu'une composante de la dimension humaine. Lorsque Stokols résume sa pensée en faisant appel aux propos de Dubos, il est permis de penser qu'il effectue un lien comparatif implicite entre une optique se limitant aux qualités biologiques de l'être humain, ne laissant ainsi aucune place à l'esprit ni au sens, et le point de vue où l'environnement est jugé apte à permettre aux individus de développer des valeurs et de vivre des expériences significatives sur le plan personnel et social.

2. Exploration théorique

Introduction

Le présent chapitre est dédié à l'exploration d'une triple approche théorique, à savoir : la Biopolitique de Michel Foucault, le Sens de cohérence d'Aaron Antonovsky, et Les environnements reconstituants de Kaplan et Kaplan. L'étude du développement du domaine de la santé comme préoccupation gouvernementale, ainsi que du modèle hospitalier traditionnel, s'avère le point de départ de notre recherche. Elle sera suivie de l'explication d'un concept innovant élaboré dans le contexte de la promotion de la santé, encore d'actualité aujourd'hui (Agence de la santé publique du Canada, 2013), auquel se rapporte Dilani dans ses écrits sur la conception d'aménagements offrant un soutien psychosocial (*Psychosocially Supportive Design*) (2001, 2007). Nous porterons en dernier lieu un regard sur une proposition théorique mettant en jeu le rapport entre les qualités environnementales et les individus, dans une optique de mieux-être. Ces trois approches forment ainsi la base du présent travail de recherche. Nous voulons de plus noter une caractéristique qui leur est commune. En effet, toutes trois sont issues d'un contact qu'ont eu les auteurs avec une situation ou une expérience quelconque les ayant incités à développer une explication théorique permettant d'en rendre compte. Elles seront mentionnées dans les présentations théoriques qui suivront.

2.1. La biopolitique

Présentation de l'auteur

Né d'une famille où l'on pratique la médecine de père en fils, tant des côtés paternel que maternel, Michel Foucault (1926-1984) annonce toutefois à ses parents qu'il compte devenir historien plutôt que chirurgien (Gros, 2010). Son orientation scolaire et plusieurs de ses écrits traduisent néanmoins l'intérêt qu'il conserve pour le domaine médical, auquel il consacre une partie de ses écrits. Il obtient en effet en 1952 un diplôme de psychologie pathologique, et l'année suivante, de psychologie expérimentale. La publication de sa thèse porte le titre « Histoire de la folie à l'âge classique », originalement intitulée « Folie et déraison » (1961), suivi, en 1963, d'un autre ouvrage : « Naissance de la clinique » (Vandewalle, 2006). Outre trois conférences données sur le thème de la médecine et de l'hôpital³, Foucault dirige également un dossier entièrement consacré à l'établissement hospitalier « Les Machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne », à laquelle ont participé certains de ses élèves du Collège de France, ouvrage qui nous servira de référence, pour l'élaboration de ce cadre théorique que nous mettons de l'avant, à savoir, la biopolitique.

La dimension « matérielle » joue un rôle important dans la pensée et l'œuvre de Michel Foucault. Celui-ci s'y intéresse en tant que qualité

³ Il s'agit des documents intitulés « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine », « La naissance de la médecine sociale » et « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », qui consistent en des transcriptions de trois conférences données au Brésil dans les années soixante-dix (Vandewalle, 2006).

manifestante, et l'analyse fine qu'il fait de l'articulation des phénomènes permet de mettre en lumière certains aspects cachés, tel qu'il les perçoit, dans les domaines politiques et sociaux. Foucault ne cherche pas à extraire de grandes vérités universelles, mais plutôt à voir de quelle façon se sont formées certaines pratiques en vigueur au moment où il vit, d'où l'utilisation du terme « généalogique » pour qualifier la deuxième des trois périodes couvrant l'ensemble des ses ouvrages, dont fait partie la biopolitique. Foucault identifie ainsi dans les pratiques sociétales divers mécanismes responsables de leur formation et de leur transmission en travaillant entre autres à partir des archives nationales, en rapportant ce matériau documentaire et en y faisant référence dans ses écrits. Parmi ses thèmes de prédilection propre à cette période, on trouve celui du pouvoir et du savoir, dont il tente d'en élucider le fonctionnement et la logique propres en partant d'éléments tangibles, tels qu'ils se présentent dans leur contexte d'étude, c'est-à-dire, l'Occident. « Dans ce sens, Foucault est un matérialiste qui ne s'attache pas aux concepts en soi, mais il les envisage toujours au travers de leur inscription dans des actions concrètes, les saisissant lors de leur matérialisation. » (Lascoume, 1993, p.43).

Outre la dimension de la concrétude des actions, il y a une autre forme de matérialité à laquelle Foucault est fortement attaché, liée à la géographie et à l'aménagement, que nous reconnaissons par l'usage de termes appartenant à un vocabulaire que l'auteur lui-même décrit comme « spatial » (Foucault, 1994c), tel que le communiquent certains mots qui reviennent dans ses écrits, à savoir : espace, découpage, quadrillage, ville,

territoire. Les notions auxquelles le philosophe fait ainsi référence lui servent doublement : d'une part parce qu'elles constituent son point de départ, c'est-à-dire qu'elles constituent les données concrètes avec lesquelles il travaille, mais également parce que les concepts qu'il extrait de l'espace et ce qu'il contient lui servent d'outil pour construire sa pensée ou communiquer ses idées. Chez Foucault, le tissu urbain, architectural et spatial est non seulement un matériau dans et par lequel s'inscrit le politique, mais c'est aussi un endroit privilégié à partir duquel penser le politique, auquel le domaine de la santé est intimement lié.

De plus, les écrits de Foucault se rapportent tous, d'une façon ou d'une autre, selon ses dires, à ses expériences ou à son histoire personnelle. Il ne s'agit toutefois pas d'œuvres autobiographiques, au sens où on l'entend généralement, puisque l'auteur n'effectue pas une transposition directe de sa vie (Vandewalle, 2006). Il vise plutôt par sa démarche une transformation de soi et d'autrui au moyen d'une production intellectuelle: pour lui-même au moyen de l'acte d'écriture, ainsi que pour les lecteurs de ses ouvrages, au moyen de la lecture (Foucault, 1994). Bien que les données sur lesquelles sont basés les écrits de ce philosophe soient historiquement fiables, son intérêt n'est pas de reconstituer un récit fidèle du passé, tel que le ferait un historien, mais son intention est d'abord de construire une histoire dont l'objectif final souhaité est la modification de la réalité ou de la situation actuelle.

Mais mon problème n'est pas de satisfaire les historiens professionnels. Mon problème est de me faire moi-même, et d'inviter les autres à faire avec moi, à travers un contenu historique déterminé, une expérience de ce que nous sommes, de ce qui est non seulement notre passé mais aussi notre présent, une expérience de notre modernité telle que nous en sortions transformés. (Foucault, 1994b, p.44)

Ainsi, l'objectif que nous visons par l'étude du thème de la biopolitique est une forme de remise en question de certaines pratiques dans le domaine des centres de soins, dont fait partie l'aménagement intérieur.

2.1.1. La biopolitique

La question de la santé, telle qu'elle se pose en Europe dès le dix-huitième siècle, et, de façon plus spécifique, le rôle qu'on lui accorde en rapport avec une collectivité, seraient tributaires d'une vision administrative que Foucault appelle la « biopolitique ». Ce terme créé par ce philosophe français lui sert à décrire « la manière dont on a essayé, depuis le XVIIIe siècle, de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races... » (Foucault, 1994g, p. 818).

En effet, après l'époque du régime féodal, un glissement s'opère : l'objet du pouvoir -- auparavant le « territoire » -- se déplace progressivement et de façon toujours plus concentrée vers l'idée de « population », intimement liée à celle d'État. Apparaît au dix-septième siècle l'instauration de ce que Foucault appelle la « gouvernementalité », à savoir, « la manière dont la conduite d'un ensemble d'individus s'est trouvée impliquée, de façon de plus en plus marquée, dans l'exercice du pouvoir souverain. » (Foucault, 1994h, p. 720).

On passe... à un art de gouverner dont la rationalité a ses principes et son domaine d'application spécifique dans l'État. La « raison d'État »... c'est la nouvelle matrice de rationalité selon laquelle le Prince doit exercer sa souveraineté en gouvernant les hommes. (Foucault, 1994h, p. 720)

C'est ainsi que naît le concept du nom de « police », la *Polizeiwissenschaft*, qui donne lieu à de nouvelles formes de structures politiques que mettent de l'avant les Allemands. Il s'agit d'un programme composé de règlements et d'institutions, que l'on retrouve par ailleurs en France, un programme qui « tend à affirmer et à augmenter la puissance de l'État, à faire bon emploi de ses forces, à procurer le bonheur de ses sujets » (Foucault, 1994h, p. 722). Son double objectif consiste à faire progresser le volet économique-militaire, l'État de concurrence, ainsi qu'à traiter de l'ensemble « richesse-tranquillité-bonheur », « l'État de *Wohlfahrt* », cherchant ainsi à garantir le bien-être de la société (Foucault, 1994h). C'est ce dernier point que nous retiendrons pour l'intérêt qu'il présente en rapport avec le sujet traité.

Foucault, dans le recueil de dossiers intitulé « Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne », au chapitre premier : « La politique de la santé au XVIIIe siècle », mentionne à propos de la police que ses fonctions sont au nombre de trois : « l'ordre, l'enrichissement et la santé "en général" » (Foucault, 1976, p. 14). Dans la deuxième édition du même ouvrage, toutefois, l'auteur stipule que « l'apparition d'une politique de santé doit être rapportée aussi à un processus beaucoup plus général : celui qui a fait du "bien-être" de la société l'un des objectifs essentiels du pouvoir politique » (Foucault, 1994f, p. 729). Si, dans la première édition, la santé apparaît

comme une fonction globale se situant sur le même plan que l'ordre et l'enrichissement, dans la republication de l'ouvrage l'auteur précise qu'en tant qu'objectif politique, elle s'inscrirait plus spécifiquement dans une recherche d'établissement du « bien-être ». On retiendra conséquemment de ce bien-être qu'il s'agit d'un principe directeur pour le développement et la croissance de l'État.

La concrétisation de cet objectif politique implique des stratégies visant l'aménagement des différentes facettes de la société, de l'ensemble organisationnel et matériel propre à cette collectivité humaine dont fait partie, quoique de façon non exclusive, les corps des individus, que Foucault décrit par l'expression imagée : le « corps social ». Celui-ci consiste non seulement en un rassemblement d'individus, mais comprend également « l'ensemble des éléments matériels qui assurent leur vie, constituent le cadre et le résultat de leur activité, permettent les déplacements et les échanges (Foucault, 1994f, p. 730) ».

Au cœur même de cette matérialité dont doit s'occuper la police se trouve la « population », qui se pose comme problème dans un rapport étroit avec l'économie et la richesse. « Ainsi commence à apparaître, en dérivation par rapport à la technologie de la « police » et en corrélation avec la naissance de la réflexion économique, le problème politique de la population. » (Foucault, 1994h, p. 722) Bien que ce mot ait la signification conventionnelle d'un ratio mettant en rapport le nombre de résidents et le territoire habitable, le philosophe français lui accorde également le sens d'un ensemble d'êtres

vivants (*bios* : mot grec signifiant la vie) dont les caractéristiques, modifiables, sont sujettes à l'intervention gouvernementale. La population, telle qu'envisagée par Foucault, est le concept central de la notion de biopolitique (Foucault, 1994h).

Le fait que les individus composant cette population soient liés par des attributs communs permet de les envisager comme un tout. De plus, la variabilité propre à la nature biologique qui les caractérise joue un rôle pivot, que guident les cibles politiques (Foucault, 1994f). Le gouvernement voit en effet dans la malléabilité de cette multitude un intérêt dans l'utilisation d'interventions rationnelles. La transformation de la population, qui semble à prime abord naturelle, est en réalité déterminée par des facteurs qui occasionnent artificiellement des changements (Foucault, 1994h). Différentes techniques et procédures sont donc instaurées dans le but de régulariser la vie de cette collectivité, où les statistiques jouent un rôle important (Cremonesi, 2004), puisqu'elles font partie, selon Foucault, du projet d'une « technologie de la population », c'est-à-dire qu'elles forment un ensemble de connaissances techniques spécifiques compilées à son sujet : « estimations démographiques, calcul de la pyramide des âges, des différentes espérances de vie, des taux de morbidité » (Foucault, 1976, p. 14). On organise autour de ces êtres vivants des procédures qui, non seulement assurent leur assujettissement (Foucault, 1976), mais contribue à en accroître et à en contrôler le rendement, en terme de richesses, de biens et d'autres individus (Cremonesi, 2004).

2.1.2. La santé et la médecine dans le cadre biopolitique

C'est dans ce contexte qu'apparaît la politique de la santé, ou, tel qu'également désignée par Foucault, la « noso-politique » (nosos : mot grec signifiant maladie) (Foucault, 1994f). Cette politique s'avère doublement orientée, en mettant de l'avant, d'une part, une organisation structurelle permettant de s'occuper des malades, et, d'autre part, une administration médicale permettant de rendre compte de l'état de santé de la population dans le but de l'améliorer, d'où l'utilité des prises de mesure des variables s'y rapportant (Foucault, 1994f). Foucault identifie cinq caractéristiques qui la distinguent des façons dont on a jusque là traité de la maladie dans son rapport à la société. (1) Si le but était auparavant de simplement abolir la maladie ou sa propagation, il s'agit maintenant plutôt de la prévenir. (2) D'autre part, la définition traditionnellement associée au mot santé, soit, le contraire de la maladie, prend un sens additionnel, celui d'un ensemble de caractéristiques descriptifs liés à la maladie, à savoir, la fréquence, la gravité et la longueur des maladies, tout comme la résistance aux facteurs qui peuvent la produire (Foucault, 1994f, p. 727)». (3) Le troisième point concerne l'identification de variables propres à un ensemble de gens : « taux de mortalité, durée moyenne de vie, espérance de vie pour chaque tranche d'âge, forme épidémique ou endémique des affections caractérisant la santé d'une population (Foucault, 1994f, p. 727) ». (4) En quatrième lieu, on retrouve l'installation progressive d'interventions concernant les modes de vie sans rapport immédiat avec un traitement thérapeutique ou médical. (5) Le dernier point concerne le fait que les médecins jouent un rôle primordial

dans la gestion économique et politique dont le but est la normalisation de la société. (Foucault, 1994f) Or, si le bien-être en est le moteur, l'administration s'avère l'engin de cette politique qui couvre un vaste champ : prévention des maladies, données sur l'état de la santé, portrait démographique et conditions et modes de vie d'une population « vivante ». Nous comprenons du terme santé, qui qualifie cette politique, qu'il fait peu référence à un phénomène personnel ou intime propre aux individus, tel que nous pourrions le concevoir dans le fait d'être bien. Nous serions davantage portés à y voir une situation qui se trouve qualifiée, de l'extérieur, à partir de ses divers éléments constitutants, par le moyen de la description, la quantification et même la réglementation : « la santé est alors le résultat observable [nous soulignons] d'un ensemble de données » (Foucault, 1994f, p. 727). Nous soulignons également l'apparition de phénomènes nouveaux, tels la disposition d'un savoir médical propre à l'État, la standardisation de la profession médicale, la soumission des médecins à une administration globale, ainsi que l'imbrication de la médecine dans les structures étatiques, conduisant ainsi à la formation d'une « médecine d'État » (Foucault, 1994e). Ce qui est visé par la participation active des médecins dans ces structures administratives c'est l'accroissement du niveau de santé de la population dans son ensemble.

Parmi les intérêts de cette politique de la santé se trouve le corps des individus, cet élément matériel, tangible, propre à cette population, sur lequel l'État compte pour son bon fonctionnement. Si les citoyens sont appelés à se conformer à la prescription de la santé, un des rôles de l'État

consiste à s'assurer qu'ils s'acquittent de ce devoir : « les divers appareils de pouvoir ont à prendre en charge les "corps", ... pour les aider, au besoin les contraindre, à garantir leur santé. L'impératif de santé : devoir de chacun et objectif général » (Foucault, 1976, p.13).

2.1.3. L'assainissement (médicalisation) de l'environnement

Le développement de cette question du bien-être et de la santé, et de son rapport avec une collectivité d'individus, comprend une politique de la santé qui, non seulement prend forme avec la médecine d'État, mais se consolide à l'intérieur de ce que Foucault appelle la « médecine urbaine », fondée sur l'urbanisation, dont l'objet s'avère plus restreint que ne l'est l'État, et dont la présence est manifeste en France (Foucault, 1994e). Les efforts médico-administratifs se portent essentiellement, dans ce modèle, vers la réduction de la maladie et de sa propagation, où le concept d'hygiène joue à ce titre un rôle important, directement associé à l'idée qu'on se fait de la maladie, et, plus précisément, de sa spécificité environnementale. Ainsi, les deux -- les cadres urbains et architecturaux -- sont apparentés à une matière qu'il convient de modeler pour assurer la santé des citoyens. Y figure le réaménagement des bâtiments (l'hôpital, les installations portuaires, les prisons, etc.), mais avant tout de la ville, cette dernière étant considérée potentiellement la plus nuisible pour la population (Foucault, 1976).

La ville avec ses principales variables spatiales apparaît comme un objet à médicaliser... La ville pathogène... a appelé, en tout cas, un discours médical sur la morbidité urbaine, et une mise sous surveillance médicale de tout un ensemble d'aménagements, de constructions et d'institutions. (Foucault, 1994f, p. 734-735)

Le sens d'une telle intervention apparaît évident lorsque nous nous référons à la définition de la maladie et à son mode de transmission, tels qu'ils sont conçus à l'époque. En effet, la maladie naît à prime abord dans l'environnement, qui devient également un lieu de propagation, et c'est au contact et par l'influence de cet environnement sur le corps que se déclenchent les dommages chez l'individu. Conséquemment, l'objection de l'intervention politique et médicale n'est pas tant d'attaquer la maladie proprement dite, mais elle concerne avant tout l'espace et ce qu'il contient (Foucault, 1994d). « La médecine urbaine n'est pas réellement une médecine de l'homme, du corps et de l'organisme, mais une médecine des choses : de l'air, de l'eau, des décompositions, des fermentations; c'est une médecine des conditions de vie du milieu d'existence. » (Foucault, 1994e, p. 222)

La notion de salubrité donne lieu à l'hygiène publique comme instance de contrôle médical et politique, qui prend son essor en France au dix-neuvième siècle (Foucault, 1994e), avec comme buts l'élimination des épidémies, la diminution du développement des maladies et le prolongement de la durée de vie moyenne (Foucault, 1994f). Sa mise en place est provoquée, bien qu'indirectement, par la classe bourgeoise, motivée par la peur que suscitent les maux associés au développement urbain (Foucault, 1994e). Et ce ne sont pas les architectes, mais ce sont plutôt les médecins qui en sont les principaux protagonistes, et qui se voient ainsi confiés une autorité correspondante,

découlant directement de leur fonction d'hygiéniste (Foucault, 1994f). Foucault, à propos duquel nous avons mentionné qu'il s'intéresse à l'articulation des phénomènes concrets en y repérant des idées sous-jacentes, perçoit -- dans l'application de principes médicaux en urbanisme, -- une variante sophistiquée de ce que fut la quarantaine (Foucault, 1994e). Foucault retrace en effet au Moyen Âge la présence de deux modèles d'organisation médicale mis en place pour contrer la propagation des maladies épidémiques que sont la lèpre et la peste, respectivement l'exclusion, de type religieux, et la quarantaine, de type militaire. Ces modèles sont par ailleurs représentatifs de deux rêves politiques : l'un, la communauté pure, et l'autre, la société disciplinée (Foucault, 1993).

2.1.4. Introduction au panoptisme

La transformation de l'hôpital, dont nous avons mentionné qu'elle est liée au processus d'assainissement de la ville, offre un exemple par excellence de l'application des principes disciplinaires à l'espace et aux individus, en rapport avec leurs corps et leurs activités. Le concept de panoptisme, tel que nous le présente Foucault dans le troisième chapitre de son ouvrage intitulé « Surveiller et punir : Naissance de la prison », met en lien l'architecture et le développement des rapports de pouvoir dans le fonctionnement institutionnel du dix-huitième siècle.

Dans la toute première partie du chapitre, Foucault montre comment, des deux modèles de mesures militaires mises en place pour contrer les épidémies au moment où se déclarait la maladie, soit, la lèpre et la peste,

ressortent deux schémas sociétaux que sont, respectivement, l'exclusion et la discipline. Foucault propose que leur superposition serait à l'origine d'un modèle politique disciplinaire, marqué par deux grandes tendances qu'il identifie comme suit : le binaire/ le marquage et l'assignation coercitive/ la répartition différentielle. La première fait référence à l'identification et au classement d'individus considérés être différents, pour ne pas dire déviants. La deuxième, qui y est liée, consiste à placer ces individus dans des situations imposées menant à une réforme ou à un changement souhaité. On tente en premier lieu de séparer des gens appartenant à la première catégorie, auxquels on impose de surcroît des mesures censées modifier leur comportement, en visant leur intégration dans la catégorie initiale.

Foucault suggère que le modèle architectural du Panopticon mis de l'avant par le philosophe anglais Jeremy Bentham (1748-1832) est avant tout un symbole politique parfaitement représentatif de ces deux formes de pouvoir rassemblées. Le système qu'il met de l'avant, le panoptisme, que l'on comprend être dérivé du Panopticon, a comme fondement une surveillance continue qui produit, chez les individus concernés, une soumission, et ce, sans avoir recours à une « artillerie lourde ».

2.1.5. Le panoptisme

Le Panopticon est un édifice de forme concentrique permettant à une personne placée en son centre, un gardien, par exemple, de voir tous les habitants, plus particulièrement les prisonniers, dans leurs cellules respectives à l'intérieur de l'enceinte du bâtiment, alors que l'inverse est

impossible. C'est la forme de la coquille et la configuration interne (l'emplacement des murs et de leurs ouvertures) qui sont déterminants pour l'efficacité de la surveillance. Foucault reconnaît dans le modèle architectural l'expression d'un rêve politique d'une « cité parfaitement gouvernée ». Si la fonction première de l'édifice est carcérale, elle pourrait tout aussi bien être hospitalière, académique ou productive (l'atelier).

Le fondement que met de l'avant Bentham est que « le pouvoir doit être visible mais invérifiable ». Ainsi, dans l'édifice panoptique, l'imperceptibilité de la surveillance s'effectue grâce aux persiennes placées aux fenêtres de la tour centrale de surveillance, et aux cloisons placées à angle droit à l'intérieur du bâtiment, ainsi qu'à l'emplacement de chicanes pour circuler d'une section à l'autre. Les prisonniers ne sont ainsi pas en mesure de voir l'ombrage que peut projeter le gardien au passage. La matérialité du bâtiment produit un effet s'exerçant de façon immatérielle. Il n'est pas nécessaire d'être surveillé, le simple fait de savoir qu'on peut l'être suffit. La pression psychologique et la peur que suscite une telle situation produisent chez les individus une autocensure induite par le pouvoir du regard.

Un assujettissement réel naît mécaniquement d'une relation fictive, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des moyens de force pour contraindre le condamné à la bonne conduite, le fou au calme, l'ouvrier au travail, l'écolier à l'application, le malade à l'observation des ordonnances. » (Foucault, 1993, p.236)

De plus, le modèle du Panopticon interdit non seulement aux prisonniers de voir le gardien, mais ceux-ci ne peuvent se voir ni se parler entre eux, empêchant par le fait même la possibilité de rassemblements pouvant

conduire à des tentatives de complot et d'évasion. Foucault, sans faire mention du terme inhumain, laisse toutefois entendre que ce dispositif a comme résultat l'objectivation de l'être humain. En effet, l'aspect prédominant et régulateur de la vision occupe tout l'espace, au détriment de la parole et de la communication verbale. Foucault exprimera, en parlant du détenu : « Il est vu, mais il ne voit pas; objet d'une information, jamais sujet d'une communication. » (p.234)

Foucault reconnaît dans ce modèle architectural et optique l'expression d'une « figure de technologie politique » où le pouvoir fonctionne sous une forme idéale, basé sur les relations de discipline. Si son principe directeur peut être appliqué à la prison, il peut également être utile dans tout autre contexte où l'on cherche à effectuer la surveillance d'individus.

C'est un type d'implantation des corps dans l'espace, de distribution des individus les uns par rapport aux autres, d'organisation hiérarchique, de disposition des centres et des canaux de pouvoir, de définition de ses instruments et de ses modes d'intervention, qu'on peut mettre en œuvre dans les hôpitaux, les ateliers, les écoles, les prisons. » (p.239-240).

Le panoptisme est un système idéologique qui sous-tend le développement de la « société disciplinaire » qui se met peu à peu en place dès le XVIIIe siècle. Foucault propose deux volets à l'exercice du pouvoir que comprend le programme du Panopticon. Le premier concerne le rôle prépondérant de l'observation, jumelée à l'activité analytique, qui facilite ainsi la division, les distinctions et le classement, dont fait partie la notation. Cette façon de faire permet entre autres d'examiner les symptômes des malades, de découvrir les aptitudes des élèves et des ouvriers, et dans ce dernier cas,

d'effectuer des comparaisons liées à leur rendement. L'aspect complémentaire que perçoit l'auteur est la possibilité d'établir un programme de redressement des individus, et même d'expérimentation, contribuant à un accroissement des connaissances, que permet le pouvoir de l'observation. Au final, les rapports de pouvoir qui entretiennent ce programme, basés sur la surveillance, s'étendent, se raffinent et se subtilisent graduellement au-delà du périmètre de leur lieu d'implantation, soit, l'institution avec ses habitants et ses usagers immédiats. Ainsi, les pratiques disciplinaires et l'exercice du pouvoir qui les sous-tendent ne sont plus concentrés en un lieu particulier. Elles deviennent un mode de fonctionnement, une façon de faire qui se généralise peu à peu, qui se raffine continuellement et qui finit par se diffuser dans le corps social en son entier. « Un dispositif fonctionnel qui doit améliorer l'exercice du pouvoir en le rendant plus rapide, plus léger, plus efficace, un dessin de coercitions subtiles pour une société à venir (p.244) », a, comme objectif, la production d'individus, et ce, au moyen de normes.

2.2. Le sens de cohérence d'Aaron Antonovsky

La notion de santé, telle qu'actuellement admise universellement, est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la santé, 2010). Se trouve incluse l'idée bipartite selon laquelle le principe déterminant est le bien-être, et que celui-ci concerne un être global. Le critère révélateur en matière de santé n'est donc pas le fait de ne pas avoir de diagnostic pathologique; plutôt, l'élément dominant devient le fait d'être bien. La caractéristique « complet », qui décrit cette condition, fait référence à un organisme complexe, situé dans un milieu auquel il est lié. Ces deux aspects de la question, c'est-à-dire la façon dont on envisage la santé et la manière dont elle se rapporte à l'être humain, sont développés par Aaron Antonovsky (1923-1994) dans son modèle théorique de la salutogenèse. Le concept-clé s'y rapportant est le sentiment de cohérence, auquel cette section est dédiée.

2.2.1. La salutogenèse

Selon ce sociologue médical, la santé serait un idéal auquel tendre, plutôt qu'un état caractéristique d'un individu, que la maladie viendrait annuler. La définition de l'OMS, en précisant « un état de complet [nous soulignons] bien-être », s'avère à cet égard utopique, puisque seulement un très faible pourcentage de la population n'éprouve aucun malaise au cours de sa vie. Partant du postulat selon lequel le système humain possède ses

propres faiblesses, et, de plus, influencé par le concept de forces entropiques auxquelles sont soumis les systèmes vivants dont fait partie l'organisme humain, conséquemment destiné à mourir, Antonovsky soumet l'idée que la santé et la maladie s'apparentent à deux pôles, qu'il nomme « aise » (*ease*) et « malaise » (*dis-ease*), qui déterminent les tendances opposées d'un tout continu où chaque personne se situe en un point précis à tout moment de sa vie. Le sociologue juge qu'un concept qui communique un espace ininterrompu est préférable à la classification binaire usuelle « en bonne santé ou malade » puisqu'il s'avère, à son avis, plus représentatif de la réalité (Antonovsky, 1996).

La particularité de la démarche d'Antonovsky réside dans son optique de s'interroger sur les fondements de la santé... plutôt que ceux de la maladie et des moyens à mettre en place pour éviter la formation de cette dernière. Le nom qu'il donne conséquemment à son concept, « salutogenèse » (*salutogenesis*), est issu d'une combinaison du mot latin signifiant « santé » ou « bien-être » et du terme grec ayant le sens « d'origine », qu'il met en contraste avec le terme « pathogenèse » (*pathogenesis*), ayant le sens d'apparition des maladies. Antonovsky envisage donc la question autrement, en insistant sur l'importance d'une approche holistique considérant la notion scientifique de complexité, ainsi que par souci éthique (Antonovsky, 1996). Une conception globale de l'individu et de la santé permet, en effet, de ne pas perdre de vue la personne et son histoire en se concentrant uniquement sur l'élément pathologique qui la concerne (Antonovsky, 1987). « *Adoption of the*

dichotomous mode of thinking tends to lead inexorably to a narrow focus on "the coronary in 504," [sic] in the familiar language of house staff. » (Antonovsky, 1987, p. 4) Antonovsky considère aussi qu'un concept lié à la santé doit pouvoir profiter à quiconque, quel que soit l'endroit où se situe un individu sur le tout continu « aise ou mal-aise » (Antonovsky, 1996), qui s'avère, à ses yeux, « l'outil le plus approprié pour l'étude de la salutogenèse » (Antonovsky, 1987, p. 9).

It is, however, not a theory which focuses on keeping people "well". Rather, in that it derives from studying the strengths and the weaknesses of promotive [sic], preventive, curative and rehabilitative ideas and practices, it is a theory of the health of that complex system, the human being (Antonovsky, 1996, p. 13).

Antonovsky refuse d'endosser l'idée que l'existence d'un lien entre la psyché et les maux du corps, découverte au début du siècle, se limite à la maladie dite « psychosomatique ». Selon lui, toute affliction humaine possède à la fois un aspect psychique et somatique (et social, rajoute-t-il), puisqu'elle concerne un organisme intégré (*integrated*) (Antonovsky, 1996). Il prend conscience, au fil de ses recherches, de résultats mettant en cause la longévité de vie d'individus qui, considérés vulnérables du fait de leur exposition à des conditions de vie particulièrement difficiles et n'ayant toutefois pas succombé à la maladie, furent considérés, statistiquement parlant, comme une exception à la règle. Notons que le critère usuel pour juger de l'état général de santé de la population est la durée de vie, ou, tel que l'exprime autrement Foucault : « le taux de mortalité, qui est l'un des indicateurs les plus importants de la santé » (1994a, p. 55). Ce professeur s'interroge sur les facteurs pouvant expliquer une telle résilience. « *The*

important question, the fundamental question in scientific, humanitarian, and philosophical terms, became : How do some of these people manage to stay reasonably healthy ? » (Antonovsky, 1979, p. 8). La question théorique qui en découle s'avère : « Qu'est-ce qui rapproche les individus du pôle aise dans l'espace continu "aise ou malaise" proposé ? » Antonovsky formule une réponse, sous forme conceptuelle, à laquelle il donne le nom de « sens de la cohérence » ou « sentiment de cohérence » (Sense of Coherence / SOC) (Antonovsky, 1979, 1987, 1996), le premier terme étant celui que nous privilégierons dans le présent ouvrage. Le modèle de la salutogenèse proposé par le sociologue met en évidence les éléments et les liens pouvant expliquer le positionnement des individus sur le continuum aise ou malaise, dont fait partie intégrante le sens de la cohérence, qui occupe à cet égard un rôle prépondérant.

Le questionnement d'Antonovsky s'inscrit d'une part dans une recherche des facteurs favorables à la santé, et il se base pour ce faire sur les notions de stress et de ressources. Antonovsky remet en question la position courante selon laquelle les agents stressants auxquels sont confrontés les individus sont nécessairement mauvais. S'il reconnaît que la présence de ces agents peut, en effet, contribuer à la formation de la maladie, il hésite -- en accord avec son refus de ne s'en tenir qu'à une approche préventive -- à considérer leur décroissance comme une garantie d'un niveau de santé plus élevé. Il propose d'abord à cet égard une distinction entre les deux concepts que sont la tension et le stress, le premier élément étant une réaction normale de l'organisme à un agent

stressant, défini comme « une demande faite à un organisme par son environnement interne ou externe et qui trouble son homéostasie, dont la restauration dépend d'une action exigeant un déploiement d'énergie qui n'est pas automatique et qui n'est pas facilement accessible » [nous traduisons] (Antonovsky, 1979, p. 72).

Advenant le cas d'une résolution de la tension, il n'y a alors non seulement pas de formation de stress, mais l'individu peut bénéficier d'effets positifs et d'un mieux-être, d'où l'importance de relativiser le caractère « mauvais » habituellement associé aux agents stressants.

One reviews these in vain for more than one or two references to terms like eustressor, potentiation, or activation response. Moderators, buffers, mitigators, yes; but the stressor, the disturber of homeostasis, continues to be seen as inevitably unfortunate. True, Cannon, Selye, and many others called attention to the functional character of the stress response -- that is, to mobilize the organism. But always, the stressor itself, though it may be prevented from causing damaging consequences, is unfortunate. Salutogenesis opens the way, as it were, for the rehabilitation of stressors in human life (Antonovsky, 1978, p. 8).

En accord avec le principe de la salutogenèse, la question qui se pose n'est donc pas de savoir comment limiter les agents stressants, vu leur omniprésence dans la vie de tous les jours, mais plutôt comment trouver les ressources adaptatives appropriées pour y faire face. L'absence de ressources peut également être une forme d'agent stressant (Antonovsky, 1979, 1987). C'est conséquemment dans une perspective adaptative que se forme le concept de sentiment de cohérence.

2.2.2. Le sens de cohérence

Il se définit comme une orientation générale qui exprime le degré de confiance prédominant, durable et toutefois dynamique propre à un individu en rapport avec trois dimensions que sont : (1) l'intelligibilité (*comprehensibility*), (2) la maîtrise (*manageability*), et (3) le sens (*meaningfulness*) (Antonovsky, 1987; François, Brouette, Etienne, Fontaine, 2000). La première notion théorique, le sentiment de compréhension (ou d'intelligibilité), exprime « la mesure selon laquelle les stimuli auxquels un individu se trouve confronté au cours de sa vie, provenant de son environnement intérieur ou externe, font sens du point de vue cognitif » [nous traduisons] (Antonovsky, 1987, p. 16), signifiant que ces informations sont perçues comme étant « ordonnées, non contradictoires, structurées, et claires » [nous traduisons] (Antonovsky, 1978, p. 17). Ainsi, un individu qui possède un sentiment de compréhension ferme est en mesure de structurer, de prédire et d'expliquer ces données. L'auteur rajoute un mot à l'égard des stimuli internes, parmi lesquels il compte les pulsions inadmissibles, l'ambivalence, les peurs et les anxiétés de toutes sortes, ainsi que la honte, pour n'en nommer que quelques uns (Antonovsky, 1979).

As a sociologist, I have been pleased by the attention given in the stress literature to both the micro and the macro social-environment sources of stressors and coping resources. Yet I have been amazed, in recent years, that many seem to have forgotten that a man by the name of Freud ever lived and that internal stimuli and conflict are omnipresent (Antonovsky, 1987, p. 16-17.)

Quant au deuxième élément, le sentiment de maîtrise (ou de capacité à gérer), il relève du domaine comportemental et se définit comme « le degré

en fonction duquel un individu perçoit la présence de ressources disponibles (situées à l'intérieur ou à l'extérieur de lui), de façon à lui permettre de répondre adéquatement aux exigences que posent les stimuli qui l'interpellent » [nous traduisons] (Antonovsky, 1987, p. 17). Une personne dont le sentiment de maîtrise est fort se sait capable de s'adapter et de réagir aux adversités, tandis qu'une autre, dont le sentiment est faible, a tendance à se percevoir comme victime des injustices de la vie. Le dernier composant renvoie à « la mesure selon laquelle un individu perçoit la vie d'une façon pertinente du point de vue émotionnel » (Antonovsky, 1987, p. 18) et au fait que les exigences que posent les agents issus de l'environnement sont conséquemment considérées comme « des défis qui valent la peine d'être relevés en s'investissant et en s'engageant » [nous traduisons] (Antonovsky, 1987, p. 19). Ces trois éléments théoriques, bien qu'ils soient identifiés séparément, sont liés et articulés entre eux dans la réalité qu'ils représentent. C'est toutefois le sentiment du sens qui a le plus de poids, puisque, relevant du domaine émotif, il possède une caractéristique motivationnelle et joue à ce titre un rôle mobilisateur. Il est suivi, par ordre d'importance, du sentiment d'intelligibilité, la capacité à gérer impliquant normalement une compréhension minimale de la situation. Le sentiment de cohérence est conséquemment formé de ces éléments, indissociables (Antonovsky, 1987).

D'une façon similaire au mode représentatif qu'utilise Antonovsky pour communiquer l'image du concept de santé-maladie, c'est-à-dire sous forme d'un continuum en vertu duquel une personne se trouve située plus

près d'un pôle (aise ou malaise) tout en étant en rapport avec les deux à la fois, le sens de cohérence est caractérisé par un degré variable de fermeté. Le sens de cohérence possède de plus un caractère dynamique, puisqu'il évolue au cours de la vie d'un individu. Se formant tout d'abord durant l'enfance et à l'adolescence, il se consolide (ou se fragilise) au début de la vie adulte, au moment où, selon Antonovsky, la plupart des gens prennent des engagements à long terme dans leurs relations personnelles, dans les rôles sociaux qu'ils occupent, ainsi que dans leur emplois (Antonovsky, 1987). Ce sont les modèles expérientiels de consistance, d'équilibre des charges et de participation dans des processus décisionnels socialement valorisés, propres à la culture et aux structures dans lesquels ces modèles expérientiels s'inscrivent, qui influenceraient le degré de fermeté du sens de cohérence (Antonovsky, 1987). Dans son premier ouvrage, Antonovsky (1979) mentionne le fait que la force du sens de cohérence peut être affectée par deux facteurs que sont les changements drastiques pouvant survenir au cours de la vie, c'est-à-dire des événements majeurs se produisant dans un court laps de temps, ainsi que par des choix et des gestes consciemment inscrits dans l'optique d'un mouvement vers le pôle fort. Dans ce cas-ci, la variation s'effectuerait alors graduellement.

Si, dans son premier ouvrage (Antonovsky, 1979), le sociologue se concentre sur le rôle et la formation d'un sens de cohérence fort dans une optique salutogène, dans son deuxième (Antonovsky, 1987), il présente une autre perspective en stipulant que le sens de cohérence a tendance, comme variable dépendante (faisant partie du modèle théorique de la

salutogène), à diminuer au fil du temps. Antonovsky réitère toutefois la possibilité d'un renversement de direction, et ce, tant sur une base individuelle que sociale. Dans ce dernier cas, l'intervention des professionnels de la santé peut jouer un rôle important, surtout lorsqu'elle est combinée ou inscrite dans des structures qui l'appuient, où peuvent alors s'opérer des changements durables. Un exemple sert à démontrer le propos, impliquant la présence d'un médecin dans un contexte institutionnel.

Even more to the point are those situations in which the practitioner has a good deal of control over the client's life situation over a long period. In Coser's (1963) account of the redefinition of a ward for the terminally ill as a rehabilitation ward, a redefinition that had many organizational and value implications, we see how the entire work life of the nurses was transformed. If such a change were institutionalized and maintained, there would be reason to expect that, over the course of the years, the SOC level of the nursing staff personnel would be raised considerably. This would be true of any chronic institution, for patients no less than for the staff. (Antonovsky 1987, p. 126-127).

Cette situation illustre bien l'accent que met Antonovsky sur le rôle des structures sociales dans la formation et le mouvement du sens de cohérence. Les organisations marquées par l'ordre et la stabilité offrent l'avantage de communiquer une image du monde qui soit claire et qu'intègrent alors les individus concernés. Dans le même ordre d'idée, Antonovsky considère que le degré de complexité de l'emploi qu'occupe un individu est un facteur important du développement de la fermeté du sens de cohérence, rattaché à l'exercice de prise de décision qu'implique (ou pas) la multiplicité (ou la rareté) des facettes dont doit tenir compte l'individu dans le cadre de ses fonctions (Antonovsky, 1987).

Les expériences qui, non seulement forment, mais transforment le sens de cohérence, s'appuient sur la présence de moyens, que l'auteur désigne comme des « ressources de résistance généralisées » (*generalized resistance resources -- GRR*) (Antonovsky, 1979, 1987). Celles-ci, caractérisées par leur globalité, c'est-à-dire par le fait qu'il est possible d'y faire appel et de se les approprier dans l'ensemble de la vie, sont définies comme « tout attribut propre à une personne, à un groupe ou à un environnement qui facilite la gestion de la tension » (Antonovsky, 1979, p. 99). Si leur qualité commune réside dans la « création d'expériences de vie marquées par la stabilité, par la participation dans la détermination de l'issue et par l'équilibre déficit-surcharge » [nous traduisons] (Antonovsky, 1987, p. 28), elles sont toutefois localisables à l'intérieur des catégories suivantes : physiques et biochimiques (*physical and biochemical*), artéfactuelles-matérielles (*artifactual-material*), cognitives et émotionnelles (*cognitive and emotional*), liées aux valeurs et aux attitudes (*valuative-attitudinal*), interpersonnelles-relationnelles (*interpersonal-relational*) -- que l'on nomme couramment le soutien social -- et macrosocioculturelles (*macrosociocultural*).

De façon inverse, l'absence ou l'indisponibilité récurrente de moyens rend la tension difficilement gérable, provoquant l'affaiblissement du sens de cohérence (Antonovsky, 1987). Ainsi, en cherchant à simplifier et à intégrer les différentes facettes des facteurs liés au développement (positif ou négatif) du sens de cohérence, le sociologue développe, dans son deuxième ouvrage (1989), en conformité avec l'évolution de son concept

théorique, les « déficits de résistance généralisés » (*major psychosocial generalized resistance deficits -- GRD*), qui constituent « l'envers de la médaille » des ressources globales dont il vient d'être question. Antonovsky redéfinit, suite à cette nouvelle proposition, le concept d'agent stressant comme suit : « une caractéristique qui apporte de l'entropie au système -- c'est-à-dire une expérience de vie caractérisée par l'inconsistance, la sous- ou surcharge, et l'exclusion de la possibilité de participer aux décisions » [nous traduisons] (Antonovsky, 1987, p. 28). Il en reconnaît trois principaux types : ceux qui s'avèrent chroniques, les événements importants de la vie et les réels embêtements quotidiens. Antonovsky exprime toutefois une réserve à l'égard de sa proposition du concept de déficits et d'une redéfinition du terme « agent stressant », dans un but de simplification : « *Whether an analysis using one unified index would indeed provide a more adequate understanding of social reality remains to be seen.* » (Antonovsky, 1987, p. 32)

2.2.3. Le rapport entre le sens de cohérence et la santé

Un sens de cohérence fort est un facteur de bien-être contribuant au fait qu'un individu se situe ou se dirige vers le pôle aise de la zone continue aise ou malaise (Antonovsky, 1979, 1987). Parmi les hypothèses explicatives que formule Antonovsky à propos de ce lien se trouvent les mécanismes psychologiques de la régulation émotionnelle et d'un mode adaptatif flexible (Antonovsky, 1987). D'un point de vue fonctionnel, l'accommodation à une situation problématique implique la résolution d'une question. L'individu ainsi concerné opte pour une solution qu'il juge apte pour répondre aux

contingences perçues, en effectuant une sélection parmi les ressources disponibles, que celles-ci soient généralisées ou spécifiques, avant de procéder à l'actualisation de son choix (Antonovsky, 1987). Un individu dont le sens de cohérence est ferme affiche une volonté à s'attaquer d'emblée au problème en mettant à profit les ressources disponibles pour lesquelles il a opté, témoignant ainsi que la vie a un sens. Le processus du choix d'une tactique, en première instance, s'intitule « évaluation secondaire » (*secondary appraisal*) (Antonovsky, 1987). L'évaluation tertiaire (*tertiary appraisal*) (Antonovsky, 1987) consiste en une révision de la stratégie adoptée, afin de vérifier si celle-ci convient toujours. Un mode adaptatif flexible s'exprime par la modification, au besoin, d'une stratégie déficiente, en tirant profit d'une variété de ressources disponibles. Dans le cas où un individu possède un sens de cohérence faible, il aura tendance à conserver la même stratégie, indépendamment de la rétroaction qu'il reçoit de son environnement (Antonovsky, 1987). D'autre part, tout agent stressant provoque dans un organisme une réaction émotionnelle et physiologique. Un individu pourvu d'un sens de cohérence ferme est habituellement plus conscient de ses émotions et mieux habilité à y faire face. Les sentiments qu'il éprouve sont moins envahissants, limitant par le fait même l'apparition de la fatigue associée à une tension émotionnelle soutenue, permettant, de surcroît, une vision plus claire du problème. Un élément additionnel appartenant à cette question de la régulation émotionnelle concerne le lieu de l'attribution, qui, dans le cas d'une faute, a plus de

chances de se porter sur le geste que sur l'individu, réduisant par le fait même l'impact émotionnel impliqué (Antonovsky, 1987).

Outre les processus psychologiques, Antonovsky propose de plus la possibilité d'une influence physiologique pouvant rendre compte des bénéfices du sens de cohérence sur l'état de santé d'un individu. Il invoque dans ce sens la psycho-neuro-immunologie, une sphère se consacrant à l'étude du rôle du psychisme dans le fonctionnement des systèmes nerveux, immunitaire, et hormonal (Antonovsky, 1987). « *It may be that when confronted with stressors, the person with a strong sense of coherence can activate a variety of immunological factors, thereby preventing tension from being transformed into stress.* » (Antonovsky, 1979, p. 181) Dans le cadre d'une discussion sur le sujet, Antonovsky réitère l'importance de considérer les bienfaits que peuvent apporter les agents stressants lorsqu'ils s'inscrivent dans un contexte où l'individu peut en comprendre le sens, lorsqu'ils représentent un défi pour lui et qu'il est en mesure d'entrevoir la capacité à les gérer (Antonovsky, 1979).

Insoluble problems, Corson and Corson suggest, conditions in which an adaptive coping response cannot be achieved, opening the way to disease. But if the brain can indeed direct the achievement of such a response -- or, in my terms, prevent tension from being transformed into stress -- immunocompetence can be enhanced (Antonovsky, 1987, p. 159).

D'autre part, le chercheur rapporte une suggestion issue d'un communiqué personnel d'Henry « *that at a biological substrate, the SOC is expressed in a balanced integration between the two hemispheres* » (Henry, 1983, cité dans Antonovsky, 1987, p. 157).

The reader will perhaps recall the phrase I used in referring to the comprehensibility and meaningfulness components of the SOC: "making sense." I suggested that, for the strong-SOC person, the world makes sense both in cognitive terms -- it is ordered, understandable and predictable -- and in emotional terms -- its demands are worthy of engagement one cares about the world. The two hemispheres are on the same wavelength (Antonovsky, 1987, p. 157).

Outre les liens entre le sens de cohérence et la santé dont il a été question précédemment, Antonovsky s'intéresse aux résultats d'études, principalement effectuées dans les domaines socioculturels, culturels, psychologiques et en situation, auxquels il se rapporte pour appuyer son concept de façon indirecte. Parmi celles-ci se trouve une (rare) étude concernant l'aménagement, et plus particulièrement, l'environnement urbain (Antonovsky, 1979). On y conclue que, dans l'ensemble, dans un contexte culturel, les facteurs socio-psychologiques semblent avoir plus de poids pour la santé que l'environnement considéré isolément. Toutefois, Kasl, dont les propos sont rapportés, considère que l'idée même d'absence de conséquences immédiates évidentes entre l'environnement résidentiel et la santé est une façon quelque peu simpliste de considérer la question. Il propose plutôt « la notion de "congruence personne-environnement" [nous soulignons] comme "concept d'intégration" dans le cadre d'un modèle théorique plus rigoureux représentant le rapport complexe entre l'environnement et la santé » [nous traduisons] (cité par Hinkle and Loring, 1977, p. 108, cité par Antonovsky, 1979, p. 169), communiquant ainsi une optique salutogène.

Dans le contexte du domaine psychologique, et malgré les divergences d'opinion qui peuvent exister entre eux, Antonovsky mentionne les résultats d'études que rapporte Frank, principalement au sujet du rôle

que jouent les attitudes dans le rétablissement, à propos desquels Antonovsky perçoit un rapport avec son concept de sens de cohérence (Antonovsky, 1979). Frank, clinicien et théoricien, considère que les êtres humains ont une capacité reconstituante qui leur est propre, et il examine, dans cette perspective, le concept de la « foi attentive » (expectant faith). « *Frank (1975) stresses the centrality of the “patients’ own healing powers” in “the restoration of healthy equilibrium.”* » (Antonovsky, 1979, p. 172) Toutefois, ce lien causal et intime entre la disposition d’esprit et l’état de santé d’un individu peut également s’avérer négatif.

Thus, for example, he writes of the failure of a group of soldiers with schistosomiasis to recover as expected. Interviewed, they were characterized as having a “destructive mental state”; ambiguity, a feeling that nobody was concerned about their welfare, a lack of authoritative information, alarmist rumors, and a perceived serious threat to survival were the sources of their state of mind (Antonovsky, 1979, p. 172).

Ces études et les exemples précédemment cités ont comme but d’exprimer les raisons pour lesquelles et les façons par lesquelles un individu ayant un fort sens de cohérence s’avère mieux outillé pour gérer la tension résultant de la présence d’agents stressants, communs à tous, favorisant ainsi un état de santé et un bien-être accrus.

2.3. Les environnements reconstituants (*Restorative Environments*)

The participants in the wilderness program we studied found the experience to be a profoundly restful and even healing one. . . . An experience such as theirs, which leads to a recovery from mental fatigue as well as a variety of associated benefits, we have come to call a restorative experience. (Kaplan, 1992, p. 137)

Rachel Kaplan et Stephen Kaplan mettent de l'avant un concept théorique visant à rendre compte de l'aspect « reconstituant » des expériences que vivent les individus qui séjournent en nature (Kaplan, 1992). Ce concept est né d'une étude qu'ils ont effectuée à la demande du U.S. Forest Service dans le cadre d'un projet gouvernemental américain il y a un peu plus de trente ans. La nature sauvage ne faisant pas, à ce moment-là, usuellement partie de l'objet de leurs études, le projet s'est toutefois avéré fructueux puisque les recherches sur la reconstitution se poursuivent toujours. Certaines d'entre elles dépassent même le cadre dont elles sont issues, mettant ainsi en relief les monastères, les lieux de culte et les endroits préférés (*Favorite Places*) comme emplacements privilégiés pour le vécu de possibles expériences reconstituantes (Korpela, Hartig, Kaiser & Fuhrer, 2001; Herzog, Ouellette, Rolens & Koenigs, 2010; Ouellette, Kaplan & Kaplan, 2005).

2.3.1. La récupération attentionnelle

Il s'agit du processus de renouvellement énergétique d'un mécanisme mental auquel Kaplan & Kaplan donnent le nom d'« attention dirigée » (Kaplan & Kaplan, 1982; Kaplan, 1995, 1992). Cette régénération est

possible grâce à l'activation d'un autre mécanisme, la « fascination » (ou mécanisme d'« attention involontaire »), qui prend ainsi temporairement la relève, permettant, par le fait même, à l'attention dirigée d'autoriser le repos. Stephen Kaplan et Rachel Kaplan basent leur énoncé sur des concepts mis de l'avant au siècle dernier par William James (1842-1910). La formation du concept d'attention dirigée est une combinaison de deux concepts. Le premier, intitulé « attention volontaire » (*voluntary attention*), fait référence à l'attention exigée d'un individu qui pose un geste ne présentant pas d'intérêt particulier pour lui, mais qu'il considère nécessaire d'être fait. L'autre concept traite de la faible intention (*weak intention*) liée au fait de devoir exécuter une action jugée nécessaire mais difficile. Devant l'impossibilité d'en accroître la force, James propose d'empêcher l'intrusion des distractions comme solution permettant de soutenir l'intention. Kaplan et Kaplan perçoivent dans ces deux concepts une caractéristique qui leur est propre : la nécessité pour un individu de faire appel à l'effort et à la concentration pour arriver à ses fins, auxquelles ils donnent le nom d'« attention » (*focus*). Ils considèrent de ce phénomène qu'ils s'agit d'un mécanisme, et lui attribuent de plus une fonction opératoire inhibitrice qu'ils jugent essentielle au bon fonctionnement des êtres humains. James ne fait pas mention explicite de cette dernière particularité, mais les Kaplan jugent qu'un mécanisme qui limite la distraction doit nécessairement influencer une action inhibitrice (Kaplan, 1995). Ils remplaceront éventuellement la désignation « attention volontaire » par l'expression « attention dirigée » que mettent de l'avant des neurologistes

cliniques pour désigner un mécanisme dont ils prennent conscience et que les Kaplan jugent similaire à celui qu'ils présentent (Mesulam, 1985, rapporté par Kaplan, 1995). Cinq caractéristiques inhérentes sont liées à l'attention dirigée, que sont le fait : « qu'elle exige un effort de la part de l'individu, qu'elle joue un rôle central dans la capacité d'un individu à se concentrer, qu'il est possible d'en effectuer la maîtrise de façon volontaire, qu'elle est portée à susciter la fatigue, et qu'elle permet le contrôle de la distraction au moyen de l'inhibition » [nous traduisons] (Kaplan, 1992, p. 170).

Les Kaplan suggèrent que les conditions de la vie moderne, caractérisées par une quantité sans cesse croissante d'informations, appelée stimuli -- que produisent entre autres la publicité --, combinée aux tâches inintéressantes mais tout de même nécessaires, exigent de la part des individus qu'ils fassent davantage appel à cette forme d'attention (Kaplan, 1992, 1995). Ils soulèvent également l'importance des changements survenus avec l'apparition de l'informatique. Les exigences de rendement se sont en effet accrues et les occasions de repos se font plus rares (Kaplan, 1992). Le besoin de récupération de l'attention est une réalité contemporaine.

Stephen Kaplan (1995) accorde deux fonctions essentielles à l'attention dirigée : la sélection de l'information et l'inhibition de l'affect. La résolution des problèmes auxquels un individu fait régulièrement face l'oblige à effectuer un choix parmi une variété d'options qui ne s'avèrent pas

toutes pertinentes. De plus, résoudre un problème implique habituellement devoir effectuer des liens inhabituels, ce qui exige un effort mental, puisque les façons usuelles et routinières de faire les choses ne conviennent pas -- sinon il n'y aurait pas besoin de résolution à proprement parler. Le contrôle, que Kaplan considère être une caractéristique essentielle de l'attention dirigée, permet l'inhibition, qu'il juge nécessaire au bon fonctionnement social et à la capacité à exécuter des tâches nécessaires mais déplaisantes.

Le mécanisme attentionnel volontaire, contrairement au mécanisme involontaire, est particulier du fait qu'il suscite la fatigue et le besoin de repos qui s'ensuit. Kaplan (1995) catégorise les enjeux que pose la difficulté pour un individu à tirer profit de l'attention dirigée en quatre domaines : la perception, la réflexion, l'action et les émotions. Les distractions, résultant de l'incapacité à se concentrer, empêchent de voir clair. En l'absence d'attention dirigée, il devient plus difficile de prendre le recul nécessaire pour en arriver à une meilleure compréhension d'une situation. L'absence de retenue aura pour résultat que les actions posées le seront essentiellement en fonction de buts à court terme, le comportement social risquant de plus d'être peu approprié. L'irritabilité et le manque d'efficacité sont le propre d'un individu mentalement fatigué. Pour Kaplan, les conséquences des déficits d'attention permettent de juger de l'importance du rôle que joue l'attention.

2.3.2. L'expérience reconstituante

Les individus participant à l'étude ayant donné lieu au concept d'environnements reconstituants ont mentionné avoir vécu une expérience « de profond repos et même de guérison » [nous traduisons] (Kaplan, 1992, p. 137). Les Kaplan considèrent que le renouvellement de la capacité à se concentrer constitue le facteur explicatif premier des bienfaits ressentis par les participants, dans le cadre de l'étude susmentionnée. Ils (Kaplan et Kaplan, 1989) présentent quatre éléments permettant de qualifier à la fois les environnements propices au vécu d'expériences reconstituantes, ainsi que celles-ci.

La fascination joue un rôle particulièrement important à cet égard (Kaplan, 1995). Son caractère intrinsèque, combiné au fait qu'elle résulte d'un vif intérêt personnel, sous-tend l'attention involontaire, qui favorise la récupération de l'attention dirigée. La (1) fascination concerne pareillement le contenu et les processus. Pour être signifiante, toutefois, elle doit être combinée aux autres facteurs que sont (2) l'évasion (*being away*), (3) l'étendue (*extent*) et (4) la congruité (*compatibility*) (Kaplan, 1995).

Si s'éloigner de son lieu d'activités habituelles contribue à la possibilité de « décrocher », le facteur déterminant, toutefois, n'est pas tant le changement d'endroit que le changement d'esprit accompagnant le nouvel environnement. L'étendue comprend deux éléments : l'envergure (*scope*) et la cohérence (*connectedness*). L'environnement doit être suffisamment riche et homogène pour constituer un autre monde en soi (Kaplan, 1992).

L'envergure implique la possibilité de se déplacer ou d'utiliser l'espace à sa guise, tandis que la cohérence fait référence aux parties de l'environnement qui forment un tout. Les jardins japonais, par leur qualité miniature, sont à même de répondre à ces critères (Kaplan, 1995). L'étendue peut également faire référence à des dimensions psychiques, quand, par exemple, l'individu est absorbé dans la lecture d'un livre ou l'écoute d'un concert. Ce qui importe, c'est d'être en mesure de s'engager pleinement mentalement (Kaplan, 1995). La congruence concerne le degré d'ajustement qui existe entre une personne et son environnement (Fischer & Dodeler, 2009). Lorsqu'un individu peut effectuer ce dont il a besoin, ou ce qu'il aimerait, dans l'environnement -- et ce, sans effort indu -- le rapport qui s'établit entre les deux est alors considéré congruent (Kaplan, 1983). L'environnement agit ainsi comme un soutien pour l'individu. Se sentir à l'aise d'une façon naturelle dans l'environnement est une expression de cette congruence (Kaplan, 1995). C'est la qualité « réceptive » de l'environnement qui est en cause. Un rapport avec l'environnement qui ne demande pas d'effort mais qui « va de soi » favorise la reconstitution. Kaplan (1992, 1995) propose ainsi que certaines qualités de l'environnement peuvent contribuer à une expérience qui favorise la récupération de l'attention, dont les bienfaits sont nombreux.

L'étude de Hartig, Mang & Evans (1991) a permis de valider la dimension reconstituante de l'expérience en nature, et celles de Laumann, Garling & Stormark (2004) ainsi que de Hartig, Korpela, Evans & Gärling (1997) ont permis de confirmer la taxonomie proposée par Kaplan & Kaplan

au moyen du développement d'une échelle de mesures des composantes reconstituantes de l'environnement.

Conclusion

Nous avons effectué dans ce chapitre une triple exploration théorique, dont la première section porte sur les écrits du philosophe français Michel Foucault. La biopolitique met de l'avant l'idée d'êtres humains principalement envisagés sous leurs traits biologiques, à laquelle est rattachée la question du développement de l'urbanisme et de l'établissement de l'hôpital. De façon contrastée, Aaron Antonovsky, sociologue de la santé, s'intéresse à la notion d'être humain vivant, en insistant sur la caractéristique complexe qui lui est propre. Découlent de cette conception des répercussions sur la façon d'envisager la santé et d'offrir les soins, ne se limitant dorénavant plus qu'au corps. Le concept de Sens de cohérence formulé par Antonovsky implique la référence à une globalité, que l'on retrouve dans la façon dont l'auteur dépeint l'individu envisagé comme un tout, inscrit dans un cadre social. C'est la qualité cohérente des rapports qu'entretiennent les individus avec leur environnement social qui s'avèrent déterminants pour la santé. Sur une note différente, Rachel et Stephen Kaplan proposent un cadre théorique nommé « Environnements reconstituants » dont le bénéfice premier consiste à favoriser le renouvellement de la capacité à se concentrer, et conséquemment, à prendre contact avec soi. La qualité plaisante du lieu, à l'origine la nature, y joue un rôle important, liée aux préférences des individus. D'autre part, chacune de ces approches contribue à mettre en lumière un aspect du rapport global existant entre la personne et son environnement dans une optique de santé. Ainsi, si la Biopolitique met en scène la dimension du corps, de l'espace immédiat qui l'entoure, associé à des notions ergonomiques, le Sentiment de

cohérence met de l'avant l'importance du contexte social, alors que Les environnements reconstituants font appel à la notion écologique, dans le sens de perspective globale sur sa vie, à laquelle contribue la possibilité d'être dans un monde complet, ainsi que pour le rôle que joue la nature. Ces trois concepts théoriques forment ainsi la base du présent travail de recherche.

Le but que nous propose Foucault par l'étude de ses textes consiste à nous permettre de comprendre et de forger notre propre actualité, notre propre présent. Nous avons rencontré dans la première section du présent chapitre l'idée selon laquelle la matérialité d'un aménagement, du construit, peut participer à une fonction thérapeutique. L'hôpital, tel que nous en avons pris connaissance à ses débuts, conçu comme un instrument, comme un outil, comme un dispositif gestionnaire des choses et des personnes, se trouve basé sur le modèle panoptique. La nouvelle fonction de l'hôpital, la guérison des patients, s'inscrit dans une volonté d'accroissement de la santé, qui dépend, pour y parvenir, de la participation architecturale. Le rôle accordé par le gouvernement à l'architecture et à l'urbanisme met de l'avant une visée instrumentale, où tant l'architecture que l'aménagement urbain sont considérés comme des outils au service de la gestion d'une population, basé sur le principe implicite que l'environnement peut avoir un rôle utilitaire, qu'il agit sur les individus.

À la lumière, toutefois, de l'optique spirituelle en design que nous privilégions, telle que proposée dans le premier chapitre du présent ouvrage, basée sur les propos de Stokols (1990); à la lumière des définitions d'être

humain complexe que nous présente Antonovsky et de santé mise de l'avant par l'OMS; à la lumière, de plus, du besoin de récupération de l'attention dirigée qu'éprouvent les individus contemporains, propres à favoriser la guérison, dont font état Kaplan et Kaplan, nous nous permettons de nous interroger sur la suffisance des aménagements conçus dans une optique purement instrumentale, en accord avec la deuxième proposition présentée dans le premier chapitre du présent ouvrage. Dilani (2001), dans un article intitulé *Psychosocially Supportive Design – Scandinavian Healthcare Design*, propose que le rôle de l'architecture soit de créer un contexte propre à favoriser une réflexion sur notre place dans le monde : « *The basic function of architecture, art and design is to challenge our minds and to start a mental process about who and where we are.* ». À ce titre, l'hôpital ne fait pas exception.

Nous nous interrogeons conséquemment à savoir en quoi le concept d'environnements thérapeutiques, tel que nous l'entendons dans la présente enquête, diffère du concept d'espace thérapeutique mis de l'avant dans la formation de l'hôpital. Qu'ont de particulier les environnements thérapeutiques actuels? Notre rôle consistera conséquemment à voir en quoi les trois concepts théoriques explorés peuvent contribuer à enrichir le thème de l'étude. C'est ainsi que nous aborderons, dans le chapitre suivant, la notion contemporaine d'environnements thérapeutiques, qui nous permettra de faire le lien avec l'exploration théorique à laquelle est dédiée ce chapitre. Nous proposerons, pour ce faire, quelques concepts issus de cette exploration, que

nous mettrons en lien avec l'aménagement des environnements thérapeutiques.

3. Les environnements favorisant la guérison

3.1. Un nouveau paradigme

En partant du postulat selon lequel les édifices témoignent à divers degrés de la culture et de l'histoire dans laquelle ils s'inscrivent, on peut présumer que l'intérêt croissant pour la conception d'environnements dits « thérapeutiques » dans les établissements de santé au travers le monde serait une manifestation tangible des changements qui s'opèrent depuis un certain temps déjà dans le domaine médical (lui-même influencé par la définition de la santé). Le secteur nord-américain des soins de santé, particulièrement aux États-Unis, est en effet en mutation depuis le milieu des années 1980, le système axé sur le consommateur remplaçant graduellement le modèle basé sur le prestataire de services. Ces changements s'inscrivent dans le changement de paradigmes caractérisé par quatre déplacements :

- de la jeunesse vers la maturité : l'acquisition d'une sagesse qui dépasse la catégorisation binaire jeunesse / vieillesse, neuf / vieux;
- des mesures correctives vers la santé : la transition d'un art de la guérison vers un art de la santé, ayant beaucoup influencé l'architecture hospitalière;
- de la spécialisation vers la globalisation : les centres de santé sont conçus de façon à servir un ensemble d'usagers avec des besoins variés sous un même toit; et
- de la réponse vers l'anticipation : les structures sociales et physiques doivent être en mesure d'imiter la dynamique propre à l'être humain en

faisant preuve de prévoyance vis-à-vis des besoins humains changeants (Miller & Swensson, 2002, p. 20).

En gros, Miller & Swensson (2002) identifient un mouvement passant d'une dépendance vis-à-vis des institutions vers la promotion des soins personnels (*self care*).

Parmi les dispositions prises pour favoriser la santé, apparaît le développement des « environnements favorisant la guérison » ou « thérapeutiques » (*Healing Environments* ou *Psychologically Supportive Environments*) (Malkin, 2008). Cette désignation concerne les environnements qui sont envisagés comme « une ressource thérapeutique permettant d'améliorer le bien-être et de favoriser la guérison » (Fischer & Dodeler, 2009), usuellement conçus pour les centres de services de santé (hôpitaux et autres établissements à vocation spécifique, tels les centres de réadaptation et les cliniques) affichant un intérêt ou une reconnaissance pour la question de l'aménagement en rapport avec la santé. Leur développement s'appuie sur des connaissances provenant des milieux des neurosciences, de la biologie évolutionnaire, de la psycho-neuro-immunologie et de la psychologie environnementale (Malkin, 2008). De tels environnements sont considérés offrir un soutien psychologique permettant de favoriser le rétablissement des patients, tout en contribuant au bien-être des professionnels, des membres du personnel et des visiteurs qui y travaillent et qui y séjournent.

Le concept d'environnements favorisant la guérison a donné lieu au Design fondé sur les données probantes (*Evidence-Based Design - EBD*), une

approche méthodologique en aménagement des centres de santé essentiellement axée sur l'application des connaissances à propos de l'incidence de l'environnement bâti sur les résultats cliniques, dont voici une définition, telle que stipulée par le Center for Health Design et rapportée par Malkin (2008): « *the deliberate attempt to base building decisions on the best available research evidence with the goal of improving outcomes and of continuing to monitor the success or failure for subsequent decision-making* » (p.2). Cette approche, qui s'avère globale et positiviste, prend non seulement en compte l'aspect thérapeutique de l'environnement, mais également les notions d'efficacité opérationnelle, ainsi que de qualité et de sécurité des patients.

Dans la foulée de l'accroissement de l'intérêt – d'envergure internationale – porté au sujet de l'aménagement dans le secteur de la santé, nous notons la fondation de centres dédiés à la formation et à la recherche, notamment, le *Center for Health Design* (<http://www.healthdesign.org/>) et le *Samueli Institute* (<http://www.samueliinstitute.org/home>), tous deux situés aux États-Unis, le *International Academy of Design and Health* (<http://www.designandhealth.com/>), sis à Stockholm, la formation d'associations gouvernementales dédiés à la cause, tel le *Architecture and Design Scotland* (<http://www.ads.org.uk/>), ainsi que l'apparition du mouvement *Planetree* (<http://planetree.org/>), un organisme consacré au développement d'un modèle gestionnaire innovant, dont l'aménagement fait partie prenante (Kopec, 2006; Frampton, Gilpin & Charmel, 2003).

De façon générale, le dénominateur commun aux diverses approches théoriques et pragmatiques liant l'environnement intérieur et la santé s'avère la réduction du stress comme moyen facilitateur permettant d'accéder au bien-être tout en favorisant la guérison. Ainsi, dans la littérature psychologique traitant du rôle de l'environnement dans les établissements de soins de santé, qu'il s'agisse des facteurs ambiants tels le bruit ou la lumière (Fischer & Dodeler, 2009), des impacts des caractéristiques du bâtiment se déclinant en termes de niveaux de stimulation, de cohérence, d'affordance, de contrôle et des qualités reconstituantes de l'espace (Evans & McCoy, 1998), tous ces éléments trouvent leur justification, pragmatique, dans la diminution de la tension chez les individus. L'unique théorie conçue spécifiquement pour les milieux de santé, L'approche du milieu propice à la guérison (Theory of Supportive Design), établie par le behavioriste Roger Ulrich (1997, rapportée par Fischer & Dodeler, 2009), ne fait pas exception. De plus, l'apport du domaine des neurosciences, évoqué précédemment, va dans le même sens puisqu'il s'appuie sur des constats physiologiques comme moyen d'établissement et de représentation du degré de stress vécu par les individus. Fischer & Dodeler (2009) concluent, dans un chapitre dédié à la conception du nouveau Centre universitaire de santé McGill, présenté à titre d'exemple d'un établissement institutionnel « dont les aménagements sont propices au bien-être et à la guérison » (p.109), que « l'espace intérieur atténue le stress subi par le patient, la famille et le personnel » (p.112). Ainsi, quelle que soit la forme que prenne le soutien psychologique attribué à l'environnement intérieur dans les aménagements favorisant la guérison, sa validité se trouve

justifiée par son influence sur le degré de stress vécu, à la baisse, par les usagers des lieux.

3.2. Un survol historique

On s'entend généralement pour dire que la formation de l'hôpital moderne, comme typologie et institution, se situe en Europe entre les dix-septième et dix-huitième siècles (Silva, 2001). Elle serait entre autres mue par une double considération, celle de la valeur croissante accordée à l'être humain (Foucault), ainsi que l'idée philosophique selon laquelle il serait possible de maîtriser son environnement, en vue d'une finalité de santé et de bonheur, idée dont on peut retracer l'origine au siècle des Lumières (Cheminade, 1993). En a toutefois découlé un modèle organisationnel d'une rigidité structurale fortement hiérarchisée (Miller & Swensson, 2002), et une conception architecturale essentiellement axée sur la fonction, où la structuration de l'espace est établie selon la spécialisation des aires dédiées aux activités thérapeutiques (Silva, 2001). La typologie pavillonnaire, issue de la France post-révolutionnaire, essentiellement développée pour des raisons d'hygiène, est demeuré en usage bien après que la démonstration a été effectuée qu'il n'était pas supérieur aux autres typologies sur le plan de la santé ou du bien-être. La présence croissante d'appareils technologiques dans l'hôpital, une aseptisation accru des lieux, d'autre part combinée à la minimalisation de la décoration propre aux valeurs du mouvement moderniste des années cinquante, tous ces éléments ont contribué à faire de l'hôpital un lieu austère et souvent mal perçu des patients, bien que pour certains, l'aspect scientifique et efficace que dégage de tels aménagements inspire confiance. (Miller & Swensson, 2002).

De plus, la programmation traduit l'idée que l'amélioration des conditions de santé d'un point de vue collectif ou sociétal prime sur le confort et le bien-être des patients pris sur une base individuelle (Tzowiadou-Teske, 2001). Ainsi, non seulement la qualité de vie des patients et du personnel est-elle souvent jugée inutile, elle peut même parfois être considérée nuisible à la mission de l'établissement. Or, c'est précisément sur ce point que se font actuellement sentir les limites d'un tel système de pensée et de fonctionnement, tel qu'en fait foi le récit suivant.

Thirty years ago I started my career in Hospital Architecture admiring and promoting Technology-Centered hospitals. I was visiting the most up-to-date facilities as a guest, not as a patient; and I was photographing and taking note of every detail. Then the time came that I visited one of them as a patient. During those long hours I was confined in bed with all of my human rights temporarily removed, simply because I had entered as a patient. I started to consider for whom a hospital is built; and came to an astonishing realization! High-tech hospitals are not built for patients; they are built for prestige. (Tzowiadou-Teske, 2001, p.3954)

Cette expérience, et particulièrement la référence à la perte de droits humains, concorde avec le concept de « Total Institution » que met de l'avant Goffman (1961, rapporté par Miller & Swensson, 2002), faisant ainsi référence à des organisations qui prennent en charge l'ensemble des besoins des personnes qui y vivent. Les particularités de ces institutions comprennent (1) le fait que l'ensemble des facteurs de vie se retrouvent régis sous un même toit, (2) que les différents aspects journaliers d'une personne s'effectuent en compagnie d'une grande quantité d'autres personnes, et que les activités requises sont identiques pour tous, et finalement (3) que les activités sont structurées et se suivent dans un ordre préétabli, ayant été établies par des autorités officielles. (Miller &

Swensson, 2002) Ces auteurs rapportent aussi les propos de Coe, qui apparente une pratique propre à l'ancien paradigme, qu'il nomme « *stripping* », consistant à échanger ses vêtements civils pour des vêtements institutionnels, et la soumission exigée des patients, à la disponibilité des ressources offertes par l'établissement, dont fait partie l'information. À cet égard, l'auteur mentionne qu'une principale difficulté rencontrée par les patients concerne leur difficulté à accéder à l'information. (Miller & Swensson, 2002)

Pour mieux comprendre ce contexte médico-hospitalier, nous nous attarderons à l'analyse de la formation de l'hôpital, comme suit.

3.3. La réforme hospitalière

Longtemps régie par des organisations, religieuses pour la plupart, l'hôpital français n'intègre la notion de « thérapeutique », que rend possible l'introduction de la médecine comme profession hospitalière, dans ses objectifs, qu'autour de l'année 1760 (Foucault, 1994c), son premier rôle s'avérant jusque là l'assistance (Ferland, 1999). En accueillant alors indistinctement pauvres et malades qui y passent leurs derniers jours, il offre essentiellement une aide matérielle et le salut de l'âme.

L'hôpital comme institution importante et même essentielle pour la vie urbaine de l'Occident depuis le Moyen Âge n'est pas une institution médicale. À cette époque, la médecine n'est pas une profession hospitalière. Il est important de garder à l'esprit cette situation, pour comprendre l'innovation que représente l'introduction au XVIII^e siècle d'une médecine hospitalière ou d'un hôpital médoco-thérapeutique (Foucault, 1994c, p. 511).

S'opère en effet une véritable transformation, constituée d'un remaniement des objectifs et du mode de fonctionnement hospitalier, ainsi que du développement d'une typologie architecturale visant à répondre à l'introduction de cette nouvelle fonction médoco-thérapeutique institutionnelle. Pour Foucault, toutefois, l'idée d'une réforme n'apparaît pas à prime abord comme le résultat d'une remise en question de l'idée fondatrice ou identitaire de l'hôpital, mais elle découle de deux facteurs que sont l'application des mesures disciplinaires à l'espace, dans le but d'y mettre de l'ordre, combinée d'autre part au développement de la pratique médicale et au rôle accordé dans celle-ci à l'environnement (Foucault, 1994c, p. 517). Cette réponse hypothétique bipartite qu'offre Foucault à la question : « Comment s'est produite la médicalisation de l'hôpital, à savoir, l'inclusion

de la médecine dans le domaine hospitalier ? », elle implique trois changements structurels majeurs. Il s'agit du lieu d'implantation de l'hôpital dans la ville et la répartition de ses espaces intérieurs, le système de direction, dorénavant confié aux médecins, ainsi que la mise sur pied d'un système de notation des données qui soit le plus stable et complet possible (Foucault, 1994c, p. 518-520).

La réforme hospitalière s'articule sur deux plans. Le premier, que Foucault qualifie de négatif, vise la rémediation aux problèmes, essentiellement environnementaux, qui causent ou qui accentuent la formation des maladies, suivi de la présence d'activités médicales (Foucault, 1994c; Cheminade, 1993). Les hôpitaux, en effet, du fait de leur emplacement au milieu de la ville et des conditions insalubres qui les caractérisent, représentent un risque continu de propagation de la maladie (Greenbaum, 1971). Le taux de mortalité s'y avère ainsi très élevé, particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Paris. Pour que la guérison devienne chose possible, l'environnement doit d'abord être assaini. L'établissement hospitalier devient ainsi un « dispositif d'anti-contagion », et son fonctionnement est basé sur le principe d'isolement : des individus et de la circulation des matières morbides (Béguin, 1976). La rémediation aux problèmes sanitaires n'est toutefois que la première étape de la transformation de l'hôpital, destinée, au final, à la guérison. Les activités thérapeutiques en consistent l'envers de la médaille, s'inscrivant, tout comme l'assainissement, dans un cadre disciplinaire. Le maintien de l'ordre fait partie intégrante de ce cadre, d'autre part composé d'un régime de soins

dicté par le médecin et d'une surveillance constante effectuée en vue d'assurer une efficacité thérapeutique. Les textes écrits portant sur le suivi de la condition des patients font également partie des procédures thérapeutiques, permettant de surcroît une production du savoir. Les nouvelles fonctions thérapeutiques impliquent des médecins qu'ils effectuent des tournées, accompagnés d'un cahier de notes. Si les patients sont soumis à une surveillance de la part des médecins, ceux-ci le sont également, à un niveau hiérarchique supérieur auquel ils doivent se rapporter. « L'impression qui domine cette phase d'élaboration d'un hôpital « fonctionnel » est que le médecine est fortement intégrée au sévère réseau disciplinaire qui investit toute l'activité hospitalière. » (Thalamy, 1976, p.45)

La réflexion sur la refonte de l'aménagement hospitalier s'effectue essentiellement en présence des médecins, des physiciens, des militaires et des réformateurs (Fortier, 1976). Y participe, le chirurgien Jacques René Tenon (1724-1816), membre de l'Académie royale des sciences, une société savante oeuvrant comme « juge, enquêteur et auteur de projets scientifiques » (Mafarette-Dayries, 2000, p. 121) qui assiste l'État dans le traitement des questions d'ordre public (Mafarette-Dayries, 2000). Tenon possède une expérience pratique non négligeable dans les hôpitaux de Paris et des alentours, et se distingue pour ses connaissances dans les domaines médicaux, scientifiques et administratifs (Greenbaum, 1971). Suite à la présentation, en 1786, d'un premier rapport reposant sur « les informations historiques, les données cliniques, les statistiques et les plans qu'il avait

systématiquement réunis pendant vingt ans (Greenbaum, 1971, p. 323) », l'Académie est maintenant chargée de former une commission d'enquête sur « la construction et l'organisation interne des hôpitaux anglais », dans le cadre des réformes hospitalières (Greenbaum, 1971, p. 317), visant à remédier aux conditions exécrables qui règnent dans les hôpitaux français (Greenbaum, 1971; Foucault, 1994c). Ce médecin, accompagné du physicien Charles-Augustin Coulomb, également commissaire, effectue en 1787 une tournée des hôpitaux d'Angleterre d'une durée de onze semaines, où ils procèdent à un soigneux examen de cinquante-deux établissements existants. Tenon prend minutieusement note de leurs observations et élabore un rapport qu'il présente à son retour au pays, à propos duquel Greenbaum (1996) mentionnera : « His Mémoires sur les hôpitaux de Paris (1788) remains the most widely cited and influential Enlightenment treatise on the architecture, goals, and operation of what was to become the modern hospital » (Greenbaum, 1996, p. 131).

Au nombre des préoccupations à visée thérapeutique dont fait état Tenon, il y a entre autres facteurs, l'ergonomie, le rapport de l'individu à l'espace qui l'entoure et dans lequel il se situe, mais aussi la question de la distanciation et de la correspondance des zones entre elles. Ce médecin chirurgien soumet, de plus, l'instruction quant à l'implantation d'hôpitaux spécialisés, où l'idée d'une répartition fonctionnelle et curative des espaces est également mise de l'avant, mais à une plus grande échelle (Foucault, 1994c, Valentin, 1975). Les exigences et les principes qui sous-tendent l'aménagement intérieur de l'hôpital proviennent de la condition selon

laquelle l'action thérapeutique est appliquée au corps pour le soigner et pour permettre d'en accroître les connaissances médicales. L'intention d'organiser autour du malade un espace structuré, qui soit fonction du corps et de la pratique médicale, forment les bases de ce que l'on nomme l'espace thérapeutique (Béguin, 1976, p.62). En d'autres mots, l'espace individuel est maintenant envisagé sous un jour thérapeutique, auquel est liée une volonté de répondre aux besoins fonctionnels des individus, qu'il s'agisse du repos, de la respiration et de la marche. Ainsi, chaque patient se voit assigné un lit qui lui est propre; les volumes des pièces sont calculées précisément en fonction des besoin de renouvellement d'air selon le nombre de patients qui s'y trouvent, alors que les dimensions des marches, leur longueur et leur hauteur, sont ajustées en fonction de l'individu malade. D'autre part, Tenon estime que le système de placement des patients dans les pièces comprend de « bonnes et de mauvaises formes », ces qualité dépendant du degré d'optimalité de la surveillance qu'ils permettent vis-à-vis des patients, l'observation des malades étant une activité essentielle. Pour Tenon, l'édifice hospitalier est un moyen technique servant la nouvelle fonction thérapeutique (Béguin, 1976).

Machine à guérir, l'hôpital l'est parce qu'on souhaite qu'il fonctionne à la fois comme un dispositif d'anti-contagion, comme un dispositif de surveillance de la maladie et du personnel médical, comme un appareil permettant de connecter grâce à tout un réseau de relais les diverses instances thérapeutiques. Il l'est aussi parce qu'il doit fonctionner comme un outil au service d'une satisfaction réglée des besoins organiques, comme un aiguilleur et un présentateur de malades. (Béguin, 1976, p. 69)

La qualité de l'air intérieur demeure toutefois une question cruciale et un enjeu majeur dans la conception du nouvel hôpital. Il s'agit d'un

facteur à ce point décisif qu'on l'invoque comme élément pour justifier le refus des projets mis de l'avant par certains architectes, dont la configuration des bâtiments proposés, basée sur les schémas classiques – « un rectangle (ou d'un "U") ouvert sur une cour... parfois celui d'une croix se fermant sur un dôme central (Fortier, 1976, p.81) », – est considérée faciliter la transmission de l'air vicié dû à la présence de pièces contigües. Ainsi, les opérations de purification autrefois effectuées par les individus sont désormais prises en charge par le bâtiment lui-même, celui-ci dorénavant apparenté à un équipement (Béguin, 1976).

Un bâtiment de typologie dite « pavillonnaire » devient le modèle choisi et normalisé par l'État français pour la construction des hopitaux sur son territoire, qui se répand par ailleurs aux autres pays d'Europe, ainsi qu'en Amérique du Nord. L'hôpital Royal Victoria, édifié à Montréal en 1893, s'avère un exemple (Lieux patrimoniaux du Canada, 2012; Sternberg, 2009). L'hôpital pavillonnaire, ou segmentaire, comprend des pavillons distincts caractérisés par de larges pièces ouvertes permettant la ventilation croisée et facilitant la surveillance des malades et des visiteurs. Ces salles contenaient de vingt à trente lits, distancés les uns des autres et situés près des grandes baies vitrées qui favorisaient une excellente luminosité naturelle. (Sternberg, 2009; Silva, 2001, Ayliffe & English, 2003) L'évaluation de la qualité du nouvel hôpital est fonction de sa capacité à répondre aux exigences thérapeutiques qui sont guidées par des notions scientifiques, basées sur les procédés d'observation et de quantification, en harmonie avec les préoccupations de l'époque (Ferland, 1999). C'est ainsi

que, rattachée à la question de la santé et découlant des besoins de salubrité, sont mis en valeur le savoir comptable et physique, ainsi que la question des besoins de circulation de l'air et de l'eau dans l'ensemble de l'hôpital et dans les pièces respectives, au détriment d'un savoir architectural classique. « Calculer, c'est établir la quantité statistique au détriment de la composition esthétique, le chiffre du physicien, du chimiste, et même du démographe, au lieu de la proportion de l'architecte. » (Barret Kriegel, 1976, p.32) À propos de l'hôpital comme équipement, Barret Kriegel en parle en ces termes:

En cette fin du XVIIIe siècle, l'hôpital-équipement n'est encore qu'un projet, mais le débat que tranche l'Académie des Sciences manifeste que sera désormais délaissée la traditionnelle politique des emblèmes et des signes, tournée vers l'édification de monuments, au profit d'une technologie de l'équipement vouée à une administration des choses.» (1976, p.35-36)

Les architectes, dont le rôle se limite à une retranscription des programmes d'État, en se voyant imposé un modèle typologique universel pour la conception des bâtiments hospitaliers, sont ainsi relégués au second plan dans leur rapport aux médecins. Le gouvernement considère la santé un enjeu trop important pour être laissé entre les mains des architectes (Fortier, 1976). Cette réalité fait partie d'un cadre plus large, celle d'une préoccupation généralisée, de la part de l'État, d'assurer la gérance d'une population sous un mode biopolitique, au moyen d'une main mise sur le domaine de l'aménagement.

Nous avons pris connaissance, dans cette section traitant de la réforme de l'hôpital, du processus ayant mené à l'abandon d'une architecture signifiante, telle que le proposait l'architecture classique, abandon dont découle l'absence de repères, de symboles et de signes dans l'environnement hospitalier depuis le dix-huitième siècle. La conception des hôpitaux s'étant ainsi vue réduite à des questions de calculs et de quantités en vue d'une efficacité fonctionnelle estimée – la thérapeutique – on remarque de plus l'absence de référence à quelque notion de qualité environnementale (vécue) dont pourrait bénéficier les patients. En tant que machine, équipement, outil, seule compte l'action de l'hôpital sur le corps, l'organisme vivant, dont on tente d'en extraire le mal pour ne garder que l'élément santé, ainsi que sur les activités entourant ce corps. Ce modèle hospitalier, c'est celui qui prévaut depuis le dix-huitième siècle, c'est celui qui nous a été légué et que l'on reconnaît dans les hôpitaux traditionnels.

3.4. Concepts issus du cadre théorique

Le but des deux prochains concepts est de mettre en évidence les difficultés inhérentes à l'hôpital comme institution traditionnelle, permettant d'une part de voir comment elles s'articulent, mais également, de déterminer de quelle façon il est possible d'y remédier, et ce, d'une façon consciente (l'envers de la médaille). Les autres thèmes sont proposés comme faisant partie d'une nouvelle façon de voir et de faire, liés à la notion d'accueil. Fait ici surface l'idée de subjectivité, plutôt que le fait, pour les patients, d'être l'objet d'un procédé thérapeutique. La conception de machine impliquant l'évacuation du rapport à l'autre, en découle le besoin d'intégrer à la thérapeutique, envisagé sous un angle essentiellement fonctionnel, qui caractérise l'optique traditionnelle, la composante « accueil ». Un des problèmes, tel que décrit par les patients, c'est l'absence de dimension relationnelle, vécue sous le mode de l'isolement et de l'exclusion. Pourtant, l'étymologie du mot « hôpital » nous renseigne sur le rôle de l'accueil et de l'assistance, ce qui contraste avec l'expression usuellement utilisée dans les centres de santé pour décrire le rapport au patient, à savoir, sa « prise en charge ». Si l'accueil est une fonction hospitalière à laquelle l'aménagement peut participer, elle est toutefois conceptualisée autrement qu'en termes médicaux ou au moyen de la médecine, et ce, dans le contexte des centres de soins (thérapeutiques). Cette approche passe par le sens, et non les tests biomédicaux en rapport avec la gestion du stress, puisque penser l'aménagement comme un acte médical s'inscrirait dans une optique biopolitique.

3.4.1. Le concept d'isolement / d'exclusion

Ce double thème, directement issu de la biopolitique, à l'intérieur de laquelle s'inscrit l'histoire du développement de l'hôpital, est présenté par Foucault comme faisant partie intégrante de cette évolution. Il est à la base du procédé disciplinaire et panoptique sur lequel se fonde le fonctionnement du modèle hospitalier depuis le dix-huitième siècle. Selon Foucault, les concepts isolement/exclusion apparaissent premièrement comme des mesures politico-médicales mises en place pour contrer la propagation des maladies, en urbanisme. Ce faisant, elles forment les bases d'un mode de fonctionnement disciplinaire dont on retrouve l'expression concrète dans le choix des facteurs (mécanismes) qui sont considérés pour effectuer les changements dans le modèle institutionnel.

Le principe d'isolement se trouve ainsi exposé dans la séparation que l'on effectue des individus entre eux, dans l'absence de continuité des pièces entre elles, dans la répartition, mais aussi dans la distanciation, des salles destinées à recevoir les patients sur une base fonctionnelle (maternité, opération...), sur la façon de contrôler le trajet des vêtements et du linge sales, tout comme des courants d'air vicié, le tout, dans un but d'évitement de contamination que produit le contact des corps entre eux et avec l'environnement pathogène. La séparation des malades implique une volonté d'exclusion basée sur le principe de différenciation : des maladies entre elles, des propriétés morbides ou propres à la santé, etc. La réunion se trouve ainsi associée au désordre, dont découlent la maladie, et la séparation, à l'ordre et à la pureté. Ainsi, la mise à l'écart de ce qui se trouve être problématique

produit un effet bénéfique et salubre, rendu possible par la séparation et l'exclusion de ce qui est considéré indésirable.

Bien que la mise en ordre dans le fonctionnement interne de l'hôpital favorise l'efficacité thérapeutique, elle implique du coup l'exclusion des personnes pour qui ce service ne peut s'adresser, ou qui sont considérées comme n'ayant pas de valeur, tels certains pauvres et personnes dont la maladie est considérée non curable (Béguin, 1976), situation que décrit Béguin au moyen du terme « violence ».

D'autre part, le mode de fonctionnement panoptique propre à l'hôpital, cette surveillance continuelle, combinée à la notation suivie du patient par le médecin, ces données auxquels le patient n'a pas accès, crée, de son point de vue, une objectivation, dont Foucault dira à propos de l'individu en rapport avec une communication, qu'il en est l'objet et non le sujet. L'individu se trouve ainsi placé dans une position d'objet par rapport au médecin. Cette chosification implique de l'individu une absence de rapport humain, ainsi qu'un sentiment d'exclusion par rapport à son propre processus de santé/maladie, et de son propre état.

Tous ceux qui conçoivent des aménagements pour des patients avouent considérer autrement l'aménagement une fois l'expérience d'hospitalisation passée. Ainsi, cette épreuve s'avère très différente selon qu'elle est évaluée de l'extérieur, ou vécue par les patients. L'objectif du présent travail se veut une réflexion sur le sens de l'aménagement dans le contexte d'une structure fonctionnelle et sociale propre aux établissements institutionnels de santé.

3.4.2. Le concept de pouvoir (rapports de)

Ce concept, également ancré dans la pensée biopolitique, est premièrement celui accordé au corps médical par le gouvernement, qui se transmet dans les dispositifs disciplinaires mis en place dans le mode de fonctionnement propre à l'hôpital traditionnel, ainsi que dans le mode de pensée médical. L'articulation des rapports de pouvoir de l'establishment médical vis-à-vis des patients, ce à quoi Goffman fait référence par le concept d'institution totale, peut être comprise par l'expression couramment utilisée dans les établissements de santé : « la prise en charge de l'individu ». L'institution médicale traditionnelle est fondée sur ce principe, dont les bases, posées au dix-huitième siècle, nous sont parvenues sans remise en question profonde depuis les années quatre-vingt.

Le concept de pouvoir implique l'absence de références personnelles dans l'environnement des patients, ainsi que de références dans les façons de faire : qu'il s'agisse des vêtements, de préférences quand aux horaires des activités ou au choix de nourriture. Le concept de pouvoir implique également que le médecin possède le savoir, et que celui-ci est le seul habileté à répondre aux besoins des patients, qui doivent suivre les prescriptions qui leur sont données, et dont la surveillance permet de s'en assurer. Savoir et pouvoir sont ainsi associés, et fonctionnent ensemble. Cette réalité crée une situation qui peut se comprendre dans un cas d'urgence où une personne n'est plus en mesure de prendre soin d'elle. Toutefois, la généralisation d'un mode de fonctionnement axé sur le modèle éclipse la possibilité d'un rapport de service,

et rentre en conflit avec le besoin d'autonomie de patients, tout en accroissant leur inconfort.

3.4.3. Le concept de soutien social

Ce concept représente une des six catégories de ressources de résistance généralisées proposées par Antonovsky, dont la caractéristique est de faciliter la gestion de la tension. Celui-ci, en tant que sociologue (médical, de la santé), accorde un rôle important à la dimension sociale dans la vie des individus, en rapport avec le phénomène santé, en fonction des connaissances acquises dans le cadre de son travail et de ses recherches. C'est d'ailleurs cette dimension qui est à la base de la formation du concept de sens de cohérence qu'il met de l'avant. Antonovsky s'intéresse aux structures sociales, aux modes de fonctionnement qui leur sont propres, ainsi qu'aux éléments déterminants qui en font partie. À cet égard, il fournit l'exemple de l'impact possible d'un changement structurel à l'intérieur d'un hôpital, en rapport avec le sentiment de cohérence, comme suit.

In Coser's (1963) account of the redefinition of a ward for the terminally ill as a rehabilitation ward, a redefinition that had many organizational and value implications, we see how the entire work life of the nurses was transformed. If such a change were institutionalized and maintained, there would be reason to expect that, over the course of the years, the SOC level of the nursing staff personnel would be raised considerably. This would be true of any chronic institution, for patients no less than for the staff. (Antonovsky 1987, p. 126-127).

Si le soutien social peut découler de la façon dont sont structurées les organisations sociales et les valeurs qui y sont véhiculées, ce concept comprend également la possibilité d'avoir accès aux ressources sociales en fonction des besoins spécifiques des patients ou des individus. Ainsi, la possibilité, pour une

personne hospitalisée, résidante ou en visite pour des traitements dans un centre de soins, de bénéficier de la présence d'un membre de la famille ou d'amis, à titre de visiteur ou comme accompagnateur, en fait partie intégrante. Il comprend également toute forme de participation dont pourrait bénéficier un patient de la part d'individus ou d'un groupe d'individus, lui permettant d'avoir accès à de l'information, de pallier à certaines difficultés fonctionnelles, ou pour permettre d'échanger.

Plusieurs études mettent de l'avant le bénéfice pour les individus de faire partie d'un réseau social, particulièrement dans les moments de difficulté. Le sentiment de solitude, de honte et d'angoisse face à l'incertitude que réserve l'avenir sont des états d'âme qui accompagnent régulièrement le fait d'être malade. L'obligation, pour les patients, de devoir rester dans un lieu qui ne leur est pas familier, à l'écart de la famille et des amis, contribue également aux aspects négatifs liés à la maladie. Le fait d'avoir accès au soutien social dans de tels moments facilite l'adaptation.

3.4.4. Le concept d'interactions sociales

Ce concept trouve son fondement dans celui, plus général, des rapports humains. Il se distingue toutefois du concept de soutien social dans la mesure où il met l'accent sur l'idée du partage, sur la possibilité d'échanges que permettent les conversations ou les activités de nature diverse, sans que l'accent soit porté sur la présence d'un réseau social, de la famille ou des amis. Il implique la notion d'une qualité dans les communications.

Le concept d'interactions sociales comprend entre autres le degré de facilité (ou de difficulté) avec lequel il est possible de parler à quelqu'un pour obtenir de l'information. Ces interactions comprennent le rapport avec d'autres patients ou accompagnateurs, les conversations avec les professionnels, le personnel soignant et les autres personnes sur place. La possibilité d'interagir avec autrui a une incidence sur le sentiment d'isolement et le sentiment d'appartenance.

L'aménagement joue un rôle à cet égard dans la mesure où les cloisons, le degré d'ouverture et d'isolement acoustiques rendent les lieux propices aux échanges. C'est ainsi que la possibilité d'établir, mais aussi de contrôler les rapports visuels et auditifs, favorisent ou découragent la présence d'échanges, ainsi que leur qualité. La taille des groupes, qu'il s'agisse de deux personnes, de petits ou de plus grands groupes, font également partie de la donne. Ainsi, la capacité à se voir, à s'entendre tout en évitant que les autres en fassent autant, sont des éléments qui découlent directement de la façon dont sont aménagés les lieux.

3.4.5. Le concept de plaisir

Bien que Kaplan & Kaplan ne fassent pas explicitement mention de ce concept dans la théorie des environnements reconstituants, il s'y trouve toutefois d'une façon implicite. Kaplan & Kaplan stipulent que, malgré le fait que le contexte de leur étude se situe dans un cadre naturel, celui-ci n'est pas le seul dans lequel l'expérience reconstituante peut avoir lieu. Le facteur

invoqué pour justifier la qualité reconstituante de la nature est le concept de « préférence », auquel est liée la fascination.

Les Kaplan indiquent, en se basant sur la nature évolutive de l'être humain, que les informations dont les organismes humains ont besoin pour survivre sont de l'ordre de la sécurité, mais aussi de la préférence (Kaplan & Kaplan, 1989). Dans une section du chapitre dédié au « Restorative Environment » (Kaplan & Kaplan, 1989) intitulée « A Theoretical Digression », les auteurs mentionnent le fait que la capacité d'un individu à tolérer la douleur et la confusion se trouve facilitée dans un environnement qui est apprécié pour ses qualités sûres et rassurantes. L'attention dirigée, dont nous avons dit qu'elle est une ressource limitée, serait en cause dans la gestion de la douleur. En permettant entre autres à un individu de se concentrer, elle contribue ainsi à la réduction de la douleur associée à la confusion mentale. D'autre part, les auteurs, en se basant sur les connaissances du système nerveux, mentionnent le fait que l'expérience du plaisir tend à réduire ou à éliminer la douleur. Les auteurs en déduisent qu'un environnement considéré comme agréable devrait permettre la diminution de la douleur, tout en facilitant la capacité à faire face à l'incertitude et à la confusion. Les Kaplan proposent que faire l'expérience d'une réalité environnementale agréable permet la récupération de l'attention dirigée en faisant appel à l'attention involontaire. Le contact avec des stimuli qui procurent du plaisir favorisent la tolérance de la douleur et le repos de l'attention dirigée. Selon les auteurs, un environnement préféré est donc plus apte à être un environnement

reconstituant. Il s'agit ici d'un raisonnement que les auteurs qualifient de « moléculaire ».

Les auteurs relient les thèmes de la fascination et du plaisir dans une précision à propos du concept de fascination, qu'ils nomment « *soft fascination* ». L'expérience de la « fascination douce » comprend à la fois le fait d'être fasciné et de ressentir du plaisir, ce qui engendre une diminution de la douleur liée à la confusion. Elle a comme avantage de permettre la possibilité de réfléchir autrement ou sur d'autres sujets, mais également, de penser à ce qui provoque la confusion, suite à la diminution de la douleur préalable, qu'a engendré le plaisir. Parmi les exemples qu'offrent les Kaplan au sujet de la fascination douce dans le contexte de la nature, sont les jeux de lumière sur le feuillage ou les motifs que créent les ombres portées (Kaplan & Kaplan, 1989).

Il y a peu d'études portant sur les éléments pouvant avoir une qualité fascinante (Hidi & Bard, 1986, rapporté par Kaplan & Kaplan, 1989). Parmi les qualités d'objets qualifiés de fascinants que fournit William James, tels que rapportés par Kaplan & Kaplan (1989), l'on trouve les expressions : « *bright things, pretty things, metallic things* ». Florence Nightingale, dans ses écrits datant d'une similaire à ceux de James, fait la remarque suivante :

The effect in sickness of beautiful objects, of variety of objects, and especially of brilliancy of colour is hardly at all appreciated.

Such cravings are usually called the "fancies" of patients. And often doubtless patients have "fancies," as e.g. when they desire two contradictions. But much more often, their (so called) "fancies" are the most valuable indications of what is necessary for their recovery. And it would be well if nurses would watch these (so called) "fancies" closely.

I have seen, in fevers (and felt, when I was a fever patient myself), the most acute suffering produced from the patient (in a hut) not being able to see out of window, and the knots in the wood being the only view. I shall never forget the rapture of fever patients over a bunch of bright-coloured flowers. I remember (in my own case) a nosegay of wild flowers being sent me, and from that moment recovery becoming more rapid.

People say the effect is only on the mind. It is no such thing. The effect is on the body, too. Little as we know about the way in which we are affected by form, by colour, and light, we do know this, that they have an actual physical effect.

Variety of form and brilliancy of colour in the objects presented to patients are actual means of recovery. (Nightingale 1859, p. 33-34)

Ainsi, selon madame Nightingale, le fait, pour des patients, d'avoir accès, dans ce cas-ci, visuellement, à des objets qui représentent un intérêt pour eux, qui exercent sur les patients une forme de fascination, qui leur apporte un certain degré de plaisir, apporte des bienfaits tangibles, favorisant la guérison. Qu'il s'agisse d'objets, d'éléments naturels ou d'environnements tangibles, le plaisir auxquels ceux-ci contribuent favorise le bien-être, non seulement cognitif, mais également, corporel. Il s'agit donc d'un élément important à inclure dans la composition d'un environnement thérapeutique.

3.4.6. Le concept de réflexion

Le concept de réflexion est également issu de La théorie des environnements reconstituants. La capacité à se concentrer implique la capacité à réfléchir. Bien que les Kaplan mettent de l'avant l'idée que la capacité à se concentrer permette l'adaptation aux contraintes sociales au moyen de l'inhibition, elle concerne aussi la capacité à se centrer sur sa vie et sur ses priorités. Kaplan mentionne le fait que l'attention dirigée est nécessaire pour prendre du recul sur sa vie et mettre celle-ci en perspective, afin de vivre une vie cohérente, c'est-à-dire en harmonie avec ses aspirations profondes. Un des avantages de l'expérience reconstituantes consiste justement à voir clair.

Toutefois, pour pouvoir être en mesure de réfléchir, il est nécessaire d'avoir des endroits qui y sont dédiés, ou du moins, des conditions calmes qui facilitent une telle activité. Être hospitalisé ou malade implique un questionnement sur la vie et sur l'avenir, que ne résolvent pas le seul fait de suivre le protocole médical. La possibilité de réfléchir implique non seulement des dispositions internes, mais aussi, des dispositions externes. Le bruit et la présence d'activités interactives ne constituent pas un cadre idéal. Pour permettre la réflexion, il est utile de fournir les conditions qui la favorisent, et auquel l'aménagement intérieur peut participer.

3.5. Le modèle Planetree

C'est la lecture d'un chapitre, dédié aux milieux de soins de santé, d'un ouvrage intitulé *Environmental Psychology for Design* (Kopec, 2006) qui nous a permis de nous familiariser avec l'organisme sans but lucratif Planetree, que fonde, en 1978, Angelica Thieriot. Ce nom, *Planetree*, représente l'arbre, le « platane », sous lequel Hippocrate (460-356 av. J.C.), médecin grec, l'un des premiers occidentaux à effectuer la distinction entre la médecine et la philosophie (Verderber, 2010), enseignait à ses étudiants. L'humanisation des soins est au cœur de la mission de Planetree, ceux-ci se voulant axés sur les besoins des clients, dans une perspective holistique (Frampton, Gilpin, Charmel, 2003). Elle comprend de plus une approche de conception des établissements de soins qui diffère grandement de la façon de faire traditionnelle. Depuis, ses débuts, Planetree est devenu un réseau international, dont font maintenant partie plus de cinq cents établissements membres provenant du Canada, du Brésil, des Pays-Bas, de la France, du Japon et des Etats-Unis (Réseau Planetree Québec, 2013a), ceux-ci s'engageant à mettre en oeuvre les valeurs de l'organisation. Nos démarches nous ont permis de prendre contact avec le Réseau Planetree Québec (RPQ), situé en Estrie, qui, ayant vu le jour en 2008, comprend actuellement plus de vingt membres (Centre de réadaptation Estrie, 2012).

Une expérience d'hospitalisation personnelle particulièrement difficile, suivie, l'année suivante, de deux épreuves similaires, celles de l'hospitalisation de son fils et de son beau-père, suffisent pour convaincre madame Thieriot de poser un geste visant à offrir des lieux où il est

possible d'y vivre une expérience radicalement autre. Treize ans suffiront à Planetree, suite au moment de sa conception, pour le développement d'un modèle gestionnaire de soins, dont la première étape consiste en l'ouverture d'un centre de ressources, mettant à la disposition des patients et de leur famille de l'information à la fois médicale et se rapportant à la santé. Suit, en juin 1985, l'inauguration d'une unité hospitalière *Pacific Presbyterian Medical Center* à San Francisco, en Californie. Ce prototype de treize places, unique en son genre, est l'aboutissement d'efforts soutenus en vue de répondre au but premier de l'organisme, à savoir, celui d'offrir une expérience d'hospitalisation qui diffère fondamentalement de celle vécue dans les milieux traditionnels. Bien que cette unité comprenne la présence d'équipements médicaux technologiques de pointe, elle met également à la disposition des patients un environnement réconfortant, conçu dans le but de le soutenir. Des données recueillies dans des groupes de discussion en présence de patients, de membres de la famille et du personnel ont servi à nourrir la conception du modèle proposé par l'architecte Roslyn Lindheim. Celui-ci a de plus étudié les hôpitaux et les environnements thérapeutiques de par le monde pour y retenir et y intégrer les connaissances les plus significatives. Cette unité hospitalière se caractérise par :

- la suppression des séparations (cloisons) entre les patients et les membres du personnel;
- un choix de couleurs apaisantes, chacune des chambres ayant un décor qui lui est propre;

- un séjour confortable où les patients peuvent se joindre à leur famille et à leurs amis pour y pratiquer des activités de détente, partager un repas ou visionner un film;
- la présence d'un centre de ressources, situé dans le séjour;
- la présence d'une cuisinette où les patients et les membres de la famille peuvent y préparer des repas, regorgeant de collations santé.

Outre la dimension architecturale, ce modèle hospitalier apporte plusieurs éléments nouveaux. Parmi ceux-ci, on trouve la disponibilité d'une information diversifiée, tant pour les patients que les membres de leur famille, l'encouragement auprès de la famille à soutenir les patients, et la consultation par les patients de leurs propres dossiers, afin d'y noter leur progression. Un objectif additionnel consiste à réduire la tension usuellement associée à l'expérience d'hospitalisation, tout en permettant aux patients de prendre connaissance des méthodes qui leur est possible de pratiquer en vue de réduire le stress dans leur vie quotidienne, une fois qu'ils auront quitté l'hôpital. La présence d'œuvres d'art et la possibilité d'écouter de la musique figure parmi les dispositions à caractère thérapeutique mises en place.

Étude de cas : Une recherche d'une durée de trois ans sur cette unité hospitalière s'effectue à l'Université de Washington, qui accepte d'évaluer l'impact vis-à-vis de l'expérience des patients, du niveau de satisfaction des infirmières et de médecins, des effets sur la qualité des soins et son rapport coût-efficacité. Les résultats mettent en évidence le fait

que les patients se sont avérés plus satisfaits vis-à-vis de leur environnement, de la qualité technique des soins obtenus, ainsi que de l'éducation dispensée. « *Study results summarized the project as a "successful example of patient-centered hospital care"* (Martin and others, 1998, p.133, rapportée par Frampton, Gilpin, Charmel, 2003).

Quatre autres unités sont ensuite développées afin de raffiner le modèle initial, selon les milieux auxquels ils peuvent être destinés. Des visites sont effectuées par divers groupes en provenance d'hôpitaux américains. Le *Griffin Hospital*, situé à Derby, au Connecticut, est le premier hôpital, en 1992, à proposer l'intégration d'une stratégie Planetree. De cette affiliation découle le *Planetree Alliance of Hospitals and Healthcare Organizations*, qui croit depuis, tout en poursuivant sa quête de solutions innovantes dans le domaine des environnements de santé.

Le Réseau Planetree Québec, en tant que chapitre québécois, met de l'avant trois valeurs que sont l'ouverture, le partage et l'innovation. Elle soutient de plus les dix composantes du modèle international, que sont le fait de :

- valoriser les interactions humaines;
- inclure les proches;
- partager l'information;
- humaniser l'environnement physique;
- s'associer à la communauté;
- stimuler par l'alimentation;

- cheminer par les arts;
- s'ouvrir aux thérapies complémentaires;
- soutenir la quête de sens; et
- communiquer par le toucher (Réseau Planetree Québec, 2013).

4. Centre de réadaptation Estrie : présentation et discussion des résultats

4.1. Le centre de réadaptation Estrie

4.1.1. Son mandat et ses services

Le Centre de réadaptation Estrie (CRE) est un établissement du réseau québécois de la santé et de services sociaux dont le principal mandat consiste à offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs incapacités physiques d'ordre moteur, auditif, visuel, de la parole ou du langage, nécessitent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à leur entourage (Centre de réadaptation Estrie, 2013; Santé et Services sociaux Québec, 2013). L'expression plus personnelle de la mission du CRE, comprenant l'intégration des valeurs Planetree, se lit comme suit : « Conjuguer notre savoir, notre savoir-être et notre savoir-faire pour offrir un environnement, des soins et des services de réadaptation spécialisés qui sont respectueux de la personne dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle. » (Centre de réadaptation Estrie, 2013). Établi depuis près de trente ans, le CRE dessert l'ensemble du territoire estrien, regroupant six municipalités régionales de comté, comptant au total plus de trois cent mille habitants. Les services de soins sont regroupés en cinq programmes, que voici :

- Adultes
- Déficiences sensorielles et aides compensatoires (DSAC)
- Enfants et adolescents

- Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) – ressources résidentielles et d’hébergement (RRH)
- Traumatologie.

Le programme « Adultes » : Il offre des services aux personnes âgées de dix-huit ans ou plus qui souffrent d’une ou plusieurs incapacités motrices ou de langage.

Le programme « DSAC » : Ces services s’adressent aux personnes de tout âge présentant des déficiences auditives, visuelles et motrices, et comprennent la distribution et l’entraînement à l’utilisation des aides technologiques appropriées.

Le programme « Enfant et adolescents » : Il s’adresse aux personnes de moins de dix-huit ans présentant une ou plusieurs limitations motrices, ou des incapacités continues de communication. Il s’applique aussi à la famille, aux proches et à la communauté concernée.

Le programme « RFI-RRH » : On y trouve des milieux de vie de remplacement adaptés aux besoins de la clientèle enfant et adulte. Il comprend un réseau de ressources favorisant une variété d’espaces résidentiels. Le programme comprend également l’Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et l’Envolée, une ressource résidentielle transitoire de réadaptation.

Le programme « Traumatologie » : Il se destine aux enfants et aux adultes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral, une blessure médullaire,

une blessure orthopédique grave à la suite d'un accident ou une entorse et des blessures musculaires. Il s'adresse également aux personnes ayant besoin d'une évaluation de la conduite automobile ou des capacités de travail. (Centre de réadaptation Estrie, 2012)

4.1.2. La structure administrative

Le CRE compte un peu plus de trois cents employés. En plus d'une structure gestionnaire hiérarchique traditionnelle, il comprend divers comités. Parmi ceux-ci se trouve le comité des usagers, dont le but est de défendre les intérêts collectifs des usagers, comprenant des questions liées au bâtiment. C'est ainsi qu'ont été signalées des problèmes liées à l'accessibilité et à l'orientation du bâtiment. Le CRE privilégie d'autre part le partenariat avec diverses entités pour lui permettre de réaliser sa mission. (Centre de réadaptation Estrie, 2012)

Trois grandes orientations stratégiques adoptées en 2006 guident toujours les projets et les réalisations actuels. Il s'agit de : (1) Faire de la réadaptation une expérience aussi riche que possible; (2) Développer à l'interne et dans la communauté un sentiment de fierté et de solidarité à l'égard du CRE; (3) Promouvoir la compétence du CRE à développer des pratiques émergentes et novatrices. (Centre de réadaptation Estrie, 2012) À cet égard, plusieurs projets ont été mis de l'avant, dont les cinq suivants seront présentés dans la section des aménagements du CRE :

- La murale interactive
- Les salles d'attente

- Le salon rouge
- La salle Inukshuk
- La Volière.

4.1.3. Affiliation et désignation Planetree

Les rapports entre Planetree et le CRE se tissent aux débuts des années 2000. Une première affiliation résulte en une revalorisation des relations interpersonnelles, ainsi qu'en une régénération d'un climat de travail autrefois moins favorable. La mise en place de nouvelles façons de faire par les membres de la direction, en harmonie avec les composantes Planetree, vise également l'accroissement de la qualité des soins, dont on figure qu'il dépend du bien-être du personnel soignant. Parallèlement, le rôle accordé à la dimension spirituelle a graduellement pris plus d'importance au sein du CRE. Chouinard, Mélançon & Mandeville, dans un article intitulé « Le fil d'Ariane : un outil favorisant la résilience en réadaptation », paru en 2012 dans Les cahiers de psychologie sociale, mentionnent ce qui suit :

La *spiritualité* est définie comme une démarche visant à attribuer un sens aux différents aspects qui constituent la vie quotidienne (Vrklja, 2000). Au cours sa vie, la personne est ainsi amenée à construire une représentation de son monde et d'elle-même, et ce, au fur et à mesure qu'elle vit ses expériences personnelles (Janoff-Bulman, 2006)... Contrairement à la spiritualité, la religion serait plutôt institutionnelle et moins liée à une démarche personnelle et subjective. (p.139)

La spiritualité donc, comme quête de sens, est d'autre part considérée comme un important facteur de soutien à la résilience, favorisant ainsi l'adaptation des patients (Chouinard, Mélançon & Mandeville, 2012). C'est elle qui a guidé l'aménagement de la salle Inukshuk.

4.2. Protocole

Nous avons effectué deux rencontres au Centre de réadaptation Estrie. Nous y avons rencontré la personne responsable des communications les 23 décembre 2012 à 15h30 pour une durée d'environ deux heures, et le 4 janvier 2013, à 14h30, pour une durée également d'environ deux heures. Nos questions portaient sur les six concepts et la façon dont ils pouvaient s'articuler dans l'environnement au CRE. Une visite guidée et des photos ont été prises à chacune de ces occasions.

4.3. Récapitulation des concepts

Les six concepts que nous cherchons à valider sont les suivants :

- 1) isolement / exclusion
- 2) le pouvoir
- 3) le soutien social
- 4) les interactions sociales
- 5) le plaisir
- 6) la réflexion.

- 1) Ce premier concept, l'isolement / l'exclusion, exprime la mise au rancart d'un individu qui se voit placé à l'extérieur d'un groupe, ou le fait de devoir se placer seul sans contact ou en minimisant les contacts avec autrui. Chez Foucault, le concept de discipline conjugue ces deux idées.
- 2) Le pouvoir est une forme de rapport qui s'installe entre deux individus ou entre deux groupes, ou entre un individu et un groupe, où l'un des deux est tenu en position de soumission par rapport à l'autre (individu, groupe). Chez Foucault, le pouvoir permet le savoir, et vice versa. Le panoptisme est une expression qui illustre bien le concept de rapport de pouvoir.
- 3) Le soutien social est une façon d'exprimer que les liens sociaux (famille, amis) agissent comme ressource dans les moments de difficultés auxquels sont confrontés les individus. La forme que prend cette

ressource varie selon qu'elle est d'ordre concret ou de nature psychologique.

- 4) Les interactions sociales impliquent le fait d'être en rapport avec d'autres personnes sur une base sociale, surtout de façon informelle. Elle implique des interactions ou des échanges entre les personnes. Ces rapports peuvent être de nature instrumentale ou intrinsèque.

- 5) Le plaisir implique une réaction favorable, émotive et physique, de la part d'un individu, découlant d'une rencontre (psychique) avec un élément extérieur à soi, qui lui, peut être physique, social ou autre. Si le plaisir peut avoir comme fonction d'atténuer la douleur, il est lié à l'individu comme personne et comme entité globale. Il implique la notion de satisfaction d'un désir, d'un besoin ou de l'accomplissement d'une activité gratifiante (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2013). Selon Kaplan & Kaplan, un environnement qui apporte du plaisir accroît les chances que les individus récupèrent leur capacité à demeurer concentrés, alors que l'accumulation de situations de vie difficiles contribue à la confusion mentale.

- 6) La réflexion exprime l'activité mentale propre à un individu. Dans le contexte d'un centre de soins, elle implique habituellement un rapport à soi. Certains contextes sont plus propices que d'autres à cette activité.

La présentation des données en fonction de leurs rapports respectifs pour chacun des concepts suit.

4.4. Localisation et installations du CRE

Le centre de réadaptation Estrie est situé dans le Complexe St-Vincent-de-Paul, sis au 300, rue King Est, à Sherbrooke. Ce bâtiment abrite également le Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), comprenant le Centre d'hébergement St-Vincent, un centre d'hébergement et de jour rattaché au CSSS-IUGS. Il abrite d'autre part l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.



Figure 1. Le Complexe St-Vincent-de-Paul

http://www.csss-iugs.ca/show_section.php?L=fr&ParentID=27&Niveau2=37&Niveau3=&Niveau4=

Le complexe, à l'origine l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke, est construit entre 1906-1914 (Musée McCord, 2013), où il est tenu par les Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2013). La structure d'origine est premièrement agrandie en 1926 et 1941, et successivement en 1960, 1967, et 1981 (Rues principales, 2013).

Le Centre de réadaptation Estrie déménage en 2002 au Complexe St-Vincent dans le but de moderniser ses installations et de permettre la construction d'un bassin thérapeutique. (Centre de réadaptation Estrie, 2009).

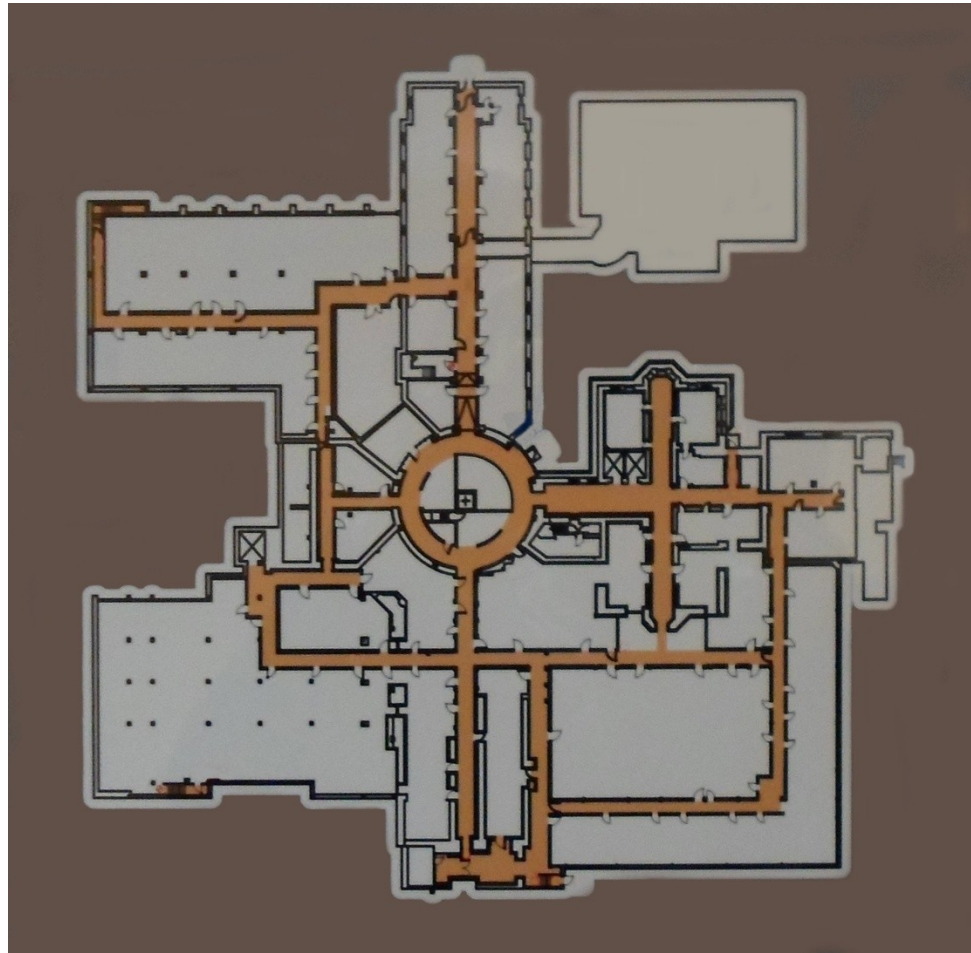


Figure 2. Plan du sous-sol

Le CRE occupe tout le sous-sol, d'une superficie de 4 735 mètres carrés, ainsi qu'une partie du rez-de-chaussée et de l'étage. Le reste de l'édifice est occupé par le CSSS-IUGS, dont font partie certaines résidences. L'aménagement d'un jardin et d'un espace de rangement extérieurs dédiés au CRE, situés de chaque côté du bassin thérapeutique, sont prévus pour l'an prochain. Les espaces dédiés aux activités sont regroupés par programme. Le service DSAC est offert au rez-de-chaussée, et les locaux de l'URFI sont situés au niveau 2. Les activités liées aux autres programmes sont au sous-sol, où un bassin thérapeutique y a été construit en 2003. Les bureaux administratifs du

CRE et de Planetree se trouvent au niveau 2, dans un des trois embranchements en forme de Y à l'arrière du bâtiment.

4.5. Présentation et discussion des résultats

4.5.1. Présentation des résultats

L'analyse qui suit sert à mettre en lumière la présence de certains concepts, tels que nous les repérons dans l'aménagement du CRE. Pour ce faire, nous procéderons en examinant la façon dont s'articulent les lieux physiques, afin d'en comprendre le fonctionnement et d'être en mesure d'effectuer une correspondance juste entre la matérialité et la réalité humaine que nous percevons, et les concepts qui sont, par définition plus abstraits.

Espaces publics

L'entrée principale : L'entrée principale se situe sur la rue King Est, à l'avant de l'édifice. Elle est couverte, de façon à permettre aux personnes d'accéder au bâtiment à l'abri des intempéries. Elle donne sur un long corridor, au niveau rez-de-chaussée, menant ainsi à la tour centrale, où se trouve l'aire de réception du CSSS. Pour se rendre au sous-sol, il faut, de ce point, prendre l'ascenseur dans un corridor en se dirigeant perpendiculairement par rapport à l'entrée.



Figure 3. Vue de l'entrée principale

L'apparence générale des lieux : Les lieux sont propres, bien entretenus, sobres, et dégagent une certaine chaleur. Les murs, le sol, les plafonds, les chaises et l'ensemble du mobilier, notamment le bureau de réception, sont en très bon état. À l'exception du corridor tout près de l'atelier de réparation des fauteuils roulants, où les chaises y sont placées en file, les autres corridors sont libres de tout matériel clinique. L'apparente propreté des lieux participe ainsi à la dimension du plaisir, que d'être au CRE.

Aire de réception (plaisir) :

La fascination qu'exercent sur nous les formes simples, lignes, cercle, sphère, cube, pyramide, etc., est millénaire – à en juger d'après les plus importantes et les plus modestes réalisations de l'architecture et des arts décoratifs. En apercevant le disque solaire, nous ne nous posons guère de questions sur la complexité de sa composition physique. Sa forme et son rayonnement évoquent inévitablement l'idée de lumière et de chaleur. (von Meiss, 2003, p.62)

Un premier coup d'œil donne à voir une aire de réception simple et chaleureuse, mettant en valeur la forme courbe du poste d'accueil. L'interaction des qualités propres aux matériaux, à la forme, à l'espace et aux couleurs, confère une expressivité certaine à cette zone, expressivité qui est également source de plaisir.

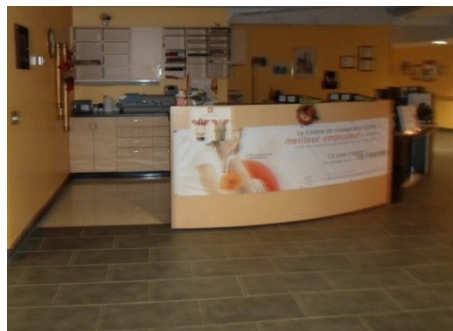


Figure 4. Poste d'accueil

Le couvre-sol joue un rôle important dans la singularisation de l'espace qu'est la zone de réception. Le corridor de la tour centrale est couvert, au sol, d'un dallage de céramique rectangulaire présentant un motif de pose à joint décalé, qui, en parcourant la tour centrale, paraît, de plus, en diagonale. Il en résulte un effet de pavage, qu'accentue la couleur plus pâle du coulis, et qui donne à l'endroit un caractère que l'on ne rencontre pas ordinairement dans les milieux institutionnels. D'autre part, la surface de la céramique possède un léger lustre et relief, qu'accentue la texture créée par le mélange subtil des couleurs, dans les tons foncés de bleu-brun-gris, et que contribue également à mettre en évidence le coulis. En résultent deux niveaux de texture, celui du motif découlant du type de pose, ainsi que celui lié à l'apparence de la tuile elle-même. Ainsi, le premier niveau met en lien la grandeur des tuiles avec la superficie du sol et de l'espace environnant, contribuant à donner aux lieux une échelle humaine, alors que la deuxième offre plutôt une qualité tactile, qu'il est aussi possible d'apprécier au moyen de la vue. Se dégagent de plus de l'ensemble de la pièce une apparente stabilité et un poids qui crée un sentiment de confort associé à la sécurité que l'on peut ressentir en vertu du « soutien » psychologique propre au sol. Ce soutien tient aussi, dans les circonstances, au contraste entre la couleur sombre non uniforme du sol et les surfaces verticales, à savoir, le stratifié imitation bois du mobilier, et la couleur orange-pêche des murs. L'effet clair-obscur qui en résulte sert aussi de repère visuel, mettant de surcroît en valeur la forme courbe du mobilier au poste d'accueil.

Aire de réception (interactions sociales): Le poste d'accueil occupe un quartier de la tour centrale. La hauteur et la configuration du mobilier – celui-ci formant un rayon délimitant la zone de travail – permettent de préserver l'intimité de la réceptionniste, tout en rendant facile la communication, visuelle et auditive, entre celle-ci et les visiteurs, que renforce d'ailleurs l'ouverture spatiale de cette aire. Le poste d'accueil est adapté pour permettre des échanges confortables entre la personne se déplaçant en fauteuil roulant et celle assise en poste. L'emplacement de la surface de travail se situe à mi-chemin entre les deux corridors qui rejoignent la zone de réception, de sorte que l'accès visuel qu'a la réceptionniste aux corridors s'avère indirect. Si cette situation lui permet de bénéficier d'une plus grande intimité, et confère une aise aux passants qui circulent, elle implique toutefois, pour les personnes qui sortent de l'ascenseur et qui ne sont pas familiers avec les lieux, la difficulté de la voir.

Zone ascenseur: La sortie de l'ascenseur donne sur un passage servant de zone intermédiaire entre un couloir transversal et le corridor de la tour centrale. On trouve dans cette section, d'apparence plutôt classique, une surface murale de couleur foncée, qui contraste avec le mur de couleur crème située derrière, sur lequel sont accrochés des tableaux, des trophées et d'autres marques de reconnaissance vis-à-vis du CRE, communément identifié « Mur de la fierté ».



Figure 5. Mur de la fierté

À cet endroit, le revêtement de sol présente la même tuile que celle du corridor de la tour centrale, mais son motif de pose est droit. L'effet est ainsi beaucoup plus discret, de façon à correspondre au rôle intermédiaire propre à cet espace. L'usage d'un même modèle de tuile de céramique devient ainsi un facteur de cohérence entre deux zones de circulation, celle du passage devant l'ascenseur, et celle du corridor de la tour centrale, où le motif de pose se trouve représenter un caractère propre à chacun de ces espaces. Ainsi, le concept de plaisir n'est pas seulement lié à l'expérience sensible propre à chaque zone ou à chaque espace spécifique, mais il est également lié à la présence d'une structure signifiante permettant de relier les pièces ou les zones entre elles, et que permet d'exprimer certains matériaux ou façons de faire propres en aménagement. En d'autres mots, le plaisir peut découler des expériences vécues dans les divers endroits où l'on se trouve, mais il peut aussi provenir de l'expérience d'une continuité entre les différentes zones, et des modulations entourant cette continuité, ce qui implique la perception d'une cohérence d'ensemble.

Les salles d'attente (général) : Les salles d'attente sont destinées aux patients, ainsi qu'aux membres de leurs familles et de leurs amis, qui les accompagnent. Parmi celles-ci, deux d'entre elles sont dédiées aux adultes, dont fait partie le salon rouge, situées dans la tour centrale. La salle d'attente pour enfants est disposée face au salon rouge, de l'autre côté du corridor. Cette organisation spatiale implique, d'une part, qu'il n'est pas possible pour la personne au poste d'accueil de surveiller les visiteurs, vu l'absence de contact direct entre eux. On peut ainsi dire des salles d'attente qu'elles « appartiennent » aux patients et aux visiteurs. Le fait qu'elles soient ainsi placées à l'abri des regards de la réceptionniste, et qu'elles soient d'autre part disposées à l'écart des principaux axes de circulation, accentue l'intimité des lieux. Celle-ci se trouve renforcée du fait que les salles sont installées, de façon métaphorique, « au milieu » ou « au cœur » de la tour centrale, dont le corridor confirme la spécificité interne de l'espace qu'il encercle, au moyen, entre autre, de son couvre-sol, dont la matérialité et la couleur tranche avec celles du revêtement de sol situé de part et d'autre. Cette configuration spatiale et les rapports spatiaux qui en résultent créent un contexte où patients et visiteurs peuvent se sentir en sécurité et à l'abri.



Figure 6. Vue sur le corridor



Figure 7. Vue de l'intérieur d'une salle d'attente sur le corridor

Il s'avère intéressant d'effectuer une comparaison de cet aménagement avec le modèle architectural de Bentham, mettant de l'avant un système de surveillance qui vise la discipline des individus, et à propos duquel nous avons mentionné que les principes sont basés sur l'exclusion et l'isolement. Or, au CRE, ce sont les patients et les visiteurs qui occupent la majeure partie du centre du bâtiment, à partir duquel point il est possible pour eux de voir aux alentours. Le fait que les salles d'attente leur soient dédiées, qu'elles soient situées à l'intérieur de la zone centrale de l'édifice, à l'abri des regards inquisiteurs, et dont le caractère intime favorise les interactions sociales, tout cela nous permet de parler d'inclusion, dans une logique dont le sens est inversé par rapport à l'exclusion que met de l'avant Foucault, faisant également partie des concepts que nous avons présentés. Ainsi, s'il y avait exclusion, elle concernerait plutôt l'intrusion, et aurait comme but le maintien de l'intimité.



Figure 8. Salle d'attente

<http://www.centredereadaptationestrie.org/spip.php?rubrique159&fsize=14&lang=fr>



Figure 9. Le salon rouge

http://www.centredereadaptationestrie.org/IMG/pdf/Depliant_-_L_experience_usager_au_CRE.pdf

Le confort des salles d'attente contribue non seulement à l'accueil des patients, mais également à celui des amis et de la famille, dont la présence répond au concept de soutien social. Plusieurs facteurs interviennent dans l'expérience de bien-être, dont l'ambiance. La sélection et la disposition du mobilier jouent ici un rôle important, en lien avec des préoccupations d'ordre ergonomiques, mais aussi psychologiques. C'est ainsi qu'au CRE, des chaises ont été remplacées par des fauteuils, qui offrent une assise moins rigide, ainsi que la présence d'accoudoirs. Un choix de mobilier comprenant une petite table ronde, des modules de rangement et la présence d'une combinaison de chaises

et de fauteuils permettent aux individus de choisir l'emplacement qui leur convienne dans un cadre d'apparence informel. Un endroit spécifiquement destiné à la présence de fauteuils roulants, adjacent à d'autres fauteuils (fixes), est prévu, que signale une affiche. L'adaptation des salles d'attente pour les personnes à mobilité limitée favorise la présence d'espaces libres dans les salles, qui apparaissent du coup plus aérées. L'emplacement des chaises et des fauteuils permettant aux individus de faire face au corridor rehausse leur confort psychologique, leur sentiment de contrôle ou de maîtrise. L'on retrouve dans chacune des salles la présence d'un mobilier de rangement qui soit esthétique, et qui permette d'y ranger proprement revues, casse-tête, et autre documentation et matériel. D'autre part, les appareils téléviseurs et téléphoniques ajoutent à la dimension confort en offrant un service personnalisé. La présence d'œuvres d'art au mur, ainsi que d'un foyer dans le salon rouge, contribuent à humaniser l'environnement. Ces éléments, de par leur taille et leur emplacement, favorisent l'impression d'une correspondance ou d'une congruence, d'une « justesse » entre les dimensions du corps et de la pièce, à laquelle nous référons communément par l'expression « l'échelle humaine » (Ching, 1995).



Figure 10. Mobilier de rangement



Figure 11. Espace dédié au fauteuil roulant

L'affichage d'information qui soit utile aux patients répond, de façon indirecte, et inversement, au concept de pouvoir, c'est-à-dire qu'elle vise à soutenir l'« *empowerment* » ou « le fait d'avoir une emprise sur sa vie ». Rendre accessibles les informations les concernant permet aux patients de prendre connaissance de leurs droits et des moyens qui leurs sont offerts pour prendre soin d'eux, dont fait partie l'accès et le suivi à leur dossier médical. Le moyen par lequel cette information est communiquée, c'est-à-dire par la disposition de feuilles sur le mur (plutôt que sur une surface intermédiaire, par exemple), bien qu'il puisse contribuer au caractère informel des lieux, pourrait être révisé afin de mettre davantage cette information en valeur, l'accessibilité de l'information étant un principe de base de l'organisme Planetree, auquel adhère, nous le rappelons, le CRE.

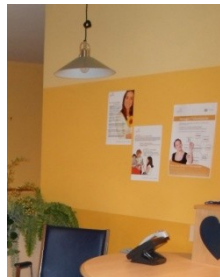


Figure 12. Affichage mural

Les salles d'attente des adultes (plaisir & réflexion): Le plaisir contribue à la dimension attractive de la fonction accueil, auquel participent la diversité et l'intérêt, ou, exprimé autrement, l'absence de monotonie. À cet égard, la forme et les caractéristiques des revêtements du mobilier, la finition des murs, ainsi que la présence d'œuvres d'art jouent un rôle important. L'on retrouve, dans la salle d'attente attenante au salon rouge, trois fauteuils

adjacents, de forme similaire, mais dont les motifs et les couleurs du tissu varient. Ces nuances, tout comme le dégradé des couleurs peintes sur le mur, permettent un enrichissement sur le plan sensoriel, essentiellement visuel et kinesthésique. Un faisceau lumineux chaud dirigé vers le mur permet d'attirer l'attention sur les œuvres d'art situées juste à côté. L'appréciation positive des lieux passe aussi par la qualité de l'éclairage, tamisé, qui contribue à produire une qualité atmosphérique propice au bien-être. L'ambiance chaude et tranquille que l'on trouve dans les salles d'attente favorise les activités telles la lecture, mais également, la réflexion.



Figure 13. Fauteuils et œuvres d'art

« La Volière » : Elle est installée dans la salle d'attente du gymnase de physiothérapie dédiée aux adultes, dans un espace en retrait, ouvert en hauteur, d'où pénètre, le jour, un éclairage naturel. Des effets muraux dépeignant une scène trompe-l'œil permet l'intégration de la volière dans un cadre pictural global. Elle offre un point focal vers lequel peuvent se diriger les regards des patients et des visiteurs, en leur offrant ainsi un contact avec la

nature vivante. Elle favorise, ce faisant, les interactions sociales par le biais d'un sujet de discussion d'intérêt commun.

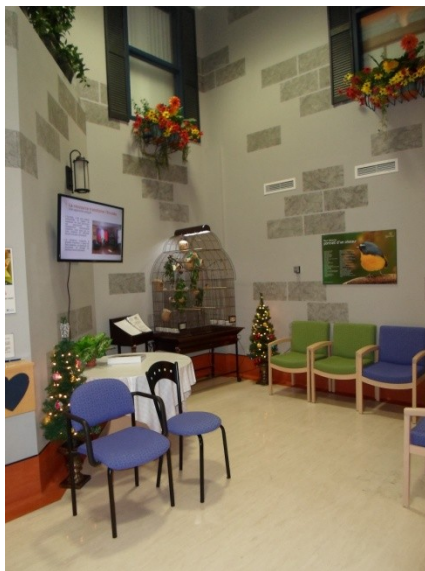


Figure 14. La « Volière »

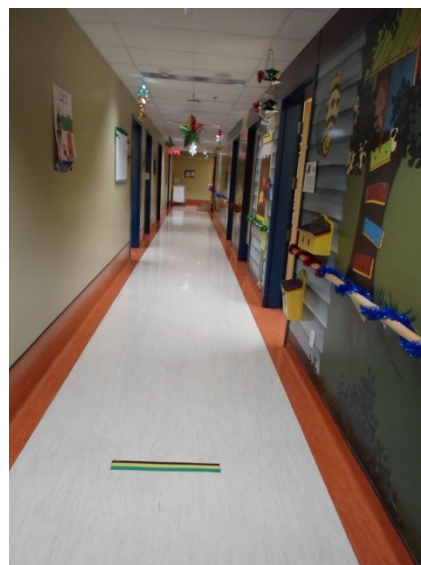


Figure 15. Corridor avec « murale »

« Murale » et jeux interactifs : Une murale interactive peinte sur les murs des corridors menant à l'espace thérapeutique dédié aux enfants et aux adolescents met en scène une succession de personnages grandeur nature dans divers contextes. Les couleurs sont vibrantes. Une corde à linge extensible, ainsi que divers dispositifs éducatifs aimantés, contribuent à créer un cadre à la fois stimulant et éducatif. Des jeux ont également été installés sur certains murs, favorisant l'interaction physique avec le milieu, tout en rendant les moments d'attente plus agréables et éducatifs.



Figure 16. Section « murale »



Figure 17. Corde à linge extensible

http://www.centredereadaptationestrie.org/IMG/pdf/Depliant_-_L_experience_usager_au_CRE.pdf



Figure 18. Jeu mural interactif



Figure 19. Jeu mural interactif

Espaces dédiés aux patients

Gymnase pour adultes : Cette pièce se caractérise par son apparente propreté, que procure le lustre du revêtement de sol, son ouverture, et la présence d'une ambiance, douce et stimulante à la fois. La hauteur libre du plafond compense pour la proximité des appareils.



Figure 20. Gymnase pour adultes

Salle ludique des enfants : L'installation d'un carré de jeu au centre de la pièce, entourant la colonne, permet la libre circulation des enfants tout autour, ainsi qu'une variété de situations possibles pour les jeux et les rencontres. Le plaisir est au rendez-vous.



Figure 21. Salle ludique



Figure 22. Jeux pour enfants

Le bassin thérapeutique : Ce réservoir d'eau chaude bénéficie d'une abondante lumière naturelle que procure la présence de deux murs fenestrés. Bien qu'il soit accessible à des fins thérapeutiques pour tous les programmes du CRE, il est principalement utilisé en réadaptation motrice. En bénéficient également, quelques organismes de la communauté qui desservent une clientèle autre que celle ayant des limitations physiques. C'est ainsi que s'y donnent des cours d'apprivoisement à l'eau pour les tout-petits, par exemple.



Figure 23. Le bassin thérapeutique

http://www.centredereadaptationestrie.org/IMG/pdf/Depliant_-_L_experience_usager_au_CRE.pdf

La salle *Inukshuk* : La création de cette salle est une initiative visant à répondre à la dimension spirituelle des patients et des membres du personnel. Celle-ci fait partie intégrante des valeurs du Centre de réadaptation, en accord avec la perspective holistique que met de l'avant Planetree. La pièce est ouverte à tous les usagers pendant les jours de semaine, à l'exception de l'heure du midi, où elle est réservée aux employés. Certains groupes peuvent en faire la réservation pour le déroulement d'activités, tels des cours de

méditation, par exemple. Elle est disponible la fin de semaine aux usagers et intervenants de l'URFI. Un lève-personne est disponible au besoin.



Figure 24. Vestibule de la salle *Inukshuk*

<http://www.centredereadaptationestrie.org/spip.php?rubrique164&lang=fr>

L'aménagement vise à permettre aux individus de vivre une expérience sensible qui favorise l'accès à l'esprit en mettant de l'avant des éléments symbolique et un « décor » propice à la réflexion et à l'ouverture d'esprit. Le nom, *Inukshuk*, est un terme inuktitut signifiant « à l'image de l'homme ». Il est lié à la présence d'une construction de pierre symbolique dont la forme s'apparente à celle d'un être humain, située dans le vestibule de la pièce principale. Celle-ci, de couleur pâle dans l'ensemble, possède un mur dépeignant un bateau sur fond d'horizon, visible dès l'entrée, mettant de l'avant le thème de la traversée comme symbole de la réadaptation. Cette image donne non seulement le ton à la pièce, mais elle offre de surcroît un point focal et une ouverture spatiale favorisant la réflexion. S'y trouve également des tubes transparents à l'intérieur desquels des bulles se meuvent

verticalement, et un aquarium encastré dans le mur face à la murale. Des tissus légers et vaporeux, drapés au plafond, contribuent à créer une atmosphère feutrée. Des coussins en forme de bateau occupent le centre de la pièce, et des coussins et des sièges de taille variée, placés çà et là, offrent des options flexibles en termes d'assise, procurant aise et confort. L'évocation des images et l'atmosphère feutrée, quasi magique, que l'on trouve dans cette salle, favorisent le repos et le calme intérieur, mettant ainsi en place des conditions privilégiées pour permettre aux personnes de réfléchir et de prendre contact avec elles-mêmes, dans l'espoir de faciliter leur quête de sens, et ainsi retrouver un espoir pour poursuivre.



Figure 25. Salle *Inukshuk* : vue de l'entrée



Figure 26. Siège



Figure 27. Tube de bulles mouvantes



Figure 28. Aquarium

Les résidences – URFI : L'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), située au niveau 2, peut recevoir jusqu'à douze personnes logées en chambres individuelles. Les résidents bénéficient de la présence continue du personnel infirmier. Le poste de garde, situé dans la tour centrale face au corridor menant aux chambres, autrefois traditionnel, est devenu un espace ouvert en 2012. Des postes fermés, permettant au besoin des échanges d'information de nature confidentielle, sont toutefois disponibles à proximité. Les chambres, situées de part et d'autre d'un large corridor, où sont mis en valeur des œuvres d'art, ont des fenêtres qui donnent sur la ville. Des commodes en bois, servant à ranger de façon esthétique la literie, sont adossées aux murs du corridor, entre les chambres. Celles-ci sont relativement petites, mais il est toutefois possible d'y installer un lit d'appoint pour recevoir de la visite. Une pièce, actuellement libre, sert aussi cette fonction. Le CRE encourage les individus à faire des activités à l'extérieur de leur chambre pendant le jour, de façon à favoriser les contacts sociaux. Les résidents ont à leur disposition des salles communes, séjours et cuisinette, ainsi qu'un poste informatique disponible sur réservation.



Figure 29. URFI : cuisine

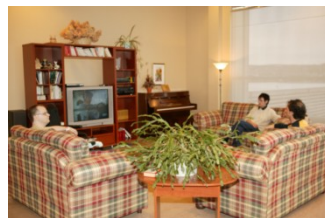


Figure 30. Salle commune



Figure 31. Salle commune

Fig. 29, 30 & 31: <http://www.centredereadaptationestrie.org/spip.php?rubrique164&lang=fr>

4.5.2. Discussion des résultats

La discussion suivante traite des résultats obtenus dans le cadre de l'étude de cas effectuée au Centre de réadaptation Estrie en vue de la validation des six concepts que sont le pouvoir, l'exclusion / l'isolement, les interactions sociales, le soutien social, le plaisir et la réflexion, qui ont été proposés dans le but d'identifier et de clarifier le rôle que joue l'aménagement dans le contexte d'un centre de soins, dans une perspective de santé.

Le pouvoir : Ce concept ne faisant pas partie intégrante de la philosophie du CRE, tout au contraire, l'entrevue nous a toutefois permis de dégager un thème inverse, celui d'« *empowerment* », ou « le fait d'avoir une emprise sur... », présentant possiblement une plus grande utilité en terme de recherche sur les environnements thérapeutiques, dans une optique positive, salutogène et dynamique. Ce « nouveau » concept s'articule essentiellement au moyen de dispositifs mis en place pour favoriser l'autonomisation des individus en rapport avec leur santé et leur cheminement dans ce sens. Les données qu'il nous a été possible de recueillir à cet égard concernent l'utilisation faite des murs pour l'affichage des feuilles comprenant l'information utile aux patients, qui s'effectue essentiellement dans les salles d'attente.

L'isolement / l'exclusion : D'une façon similaire au concept de pouvoir, l'exclusion et l'isolement ne sont pas usuellement mis en valeur au CRE. Toutefois, ces notions pourraient se rapporter d'une façon positive à la possibilité « d'exclure autrui », tout en « s'isolant », en vue de maintenir une certaine intimité dans un cadre plus ouvert. Ce serait le cas des bureaux

fermés permettant que puisse avoir lieu l'échange d'information de nature privée ou de conversations du même ordre, dans une aire ouverte, par exemple. D'autre part, la possibilité de disposer des pièces, telles les salles d'attente, un peu à l'écart des endroits où s'effectue le plus gros de la circulation, offrant ainsi aux patients un abri à l'égard des espaces de circulation plus bruyants, ou permettant de se soustraire à une possible surveillance, peut s'avérer une autre façon d'entrevoir la validité de ce concept, dans la mesure où il concerne une forme de protection à l'égard d'une intrusion quelconque.

Les interactions sociales : Ce thème est lié à la fois au décloisonnement de l'espace entre les membres du personnel et des patients, ainsi qu'à la possibilité et l'envie d'établir des contacts entre les personnes, qu'il s'agisse de patients entre eux, ou avec les personnes qui les accompagnent. Dans les deux cas, les échanges verbaux sont valorisés. C'est ainsi que la présence d'un poste de réception à aire ouverte, de salles d'attente au caractère intime, ou des éléments inusités tels la Volière, qui offrent un sujet de discussion particulier, indiquent l'intérêt qu'accorde l'établissement à ce concept, tout en le validant. D'autre part, les efforts mis en place pour offrir des salles d'attente qui soient confortables, au moyen du respect des critères ergonomiques, mais aussi psychologiques, dans le choix du mobilier, du type d'éclairage, de l'acoustique, ainsi que dans la flexibilité qu'offrent les dispositions du mobilier, non seulement en termes de choix d'emplacement ou d'activité, mais aussi en termes de degré d'intimité désiré, nous amène à conclure l'importance de ce concept, basé sur la prémisse que se sentir bien, se

trouver dans un cadre informel et être en mesure de s'entendre, sont quelques critères qui favorisent l'envie d'échanger.

En ce qui a trait aux résidences (URFI), la présence de salles communes aménagées avec du mobilier qui permette de se regrouper pour partager des activités ou pour discuter est une indication supplémentaire de la validité de ce concept dans un contexte de soins, dont fait partie la réadaptation.

Le soutien social : Bien que ce concept soit un thème que valorise beaucoup Planetree, il est plus difficile de voir en quoi il se distingue, dans le fonctionnement général du CRE, de celui d'interactions sociales. La présence, le confort et la convivialité des salles d'attente jouent à cet égard un rôle important, dans la mesure où un séjour agréable, peut-être même reposant, pour les personnes qui ne bénéficient pas directement du Centre de réadaptation, peut être une façon d'encourager leur présence et de sentir qu'ils y ont une place. La présence du salon rouge, dédié aux parents qui accompagnent leurs enfants, va dans ce sens. La présence d'un appareil téléphonique dans les salles d'attente, qui permette de rejoindre quelqu'un au besoin, est un autre signe du souci accordé par le CRE au besoin de pouvoir compter sur quelqu'un. Les résidences, en permettant l'accès aux visites 24h/24, et en gardant à la disposition des clients des lits qu'il est possible d'installer dans les chambres simples, confirment l'importance du rôle du soutien social dans la vie des patients.

Le plaisir : La visite du CRE a permis de recueillir plusieurs données à l'effet de l'importance que joue ce concept, dans le sens de fascination, mais

aussi d'expérience agréable. Les notions de confort ergonomiques et psychologiques y sont essentielles, puisque faire l'expérience du plaisir implique un degré minimal de confort, compris comme une correspondance entre la personne et son environnement. D'autre part, l'un des critères sur lequel s'appuie ce concept est la capacité de la présence du plaisir à réduire la douleur. Dans ce sens, un environnement inconfortable irait à l'encontre du but même de la fonction de ce concept.

Nous avons considéré la propreté et l'entretien des lieux comme les premières données nous permettant de valider ce concept. L'esthétisme, ou plus particulièrement, les qualités expressives que l'on trouve dans l'aménagement, sont apparues d'une façon particulière dans l'aire de réception, dans la salle *Inukshuk*, dans la murale ainsi que dans les jeux interactifs. Les pièces ou les espaces mettant de l'avant un thème ou un caractère évocateur ont été considérées comme des indices de la valeur de ce concept dans le cadre d'un environnement de soins. D'autre part, la présence des concepts propres à l'aménagement intérieur que sont la modulation ou les variations dans l'environnement, en accord avec l'appel aux sens que mettent de l'avant le CRE, dans un cadre global cohérent, sont ressortis comme des données importantes. La notion d'échelle humaine occupe aussi à cet égard un rôle important, tout comme l'idée de confort, ainsi que la présence d'éclairage naturel, tel qu'on peut les retrouver combinés dans le bassin thérapeutique, par exemple.

La réflexion : Les données permettant de valider ce concept sont apparues de façon moins uniforme que les trois derniers. Toutefois, nous considérons que la présence de la salle *Inukshuk*, en tant qu'initiative Planetree conçue premièrement pour les patients, offre suffisamment de poids pour permettre d'en valider la pertinence. La tranquillité des salles d'attente, bien que plutôt axée sur une dimension sociale, offre tout de même un appui additionnel dans ce sens, puisqu'on y trouve un climat qui pourrait être favorable à cette activité, en fonction du nombre de personnes qui s'y trouvent.

De façon récapitulative, nous pouvons affirmer que l'impossibilité que nous avons eue à valider le concept de pouvoir, selon la définition que nous lui avons donné, témoigne de la présence au CRE d'une optique philosophique en rupture avec le mode de fonctionnement traditionnel dont nous avons identifié les bases aux dix-huitième siècle, au moyen des écrits de Foucault. Remplacer ce concept par celui d'emprise nous semble en effet plus approprié, bien que sa validation exigerait plus de données que celles que nous avons recueillies à son sujet. D'autre part, le concept combiné exclusion/isolation, dont nous avons dit qu'il pourrait servir comme moyen de défense, nous semblerait mieux servir par le choix d'un terme comme limites, dans le sens où la capacité à mettre ses limites est une qualité exprimant une capacité d'action et de respect de soi qui pourrait aller dans le sens d'emprise sur sa vie, par exemple. Les concepts d'interactions sociales et de plaisir nous sont apparus de façon non équivoque comme étant significatifs. Celui de soutien social, bien qu'important, est un peu moins généralement apparent.

L'analyse que nous avons effectuée de la salle *Inukshuk*, en vue de la validation du concept de son rapport avec la réflexion, s'avère intéressante pour l'interrogation qu'elle suscite, à savoir la possibilité d'un rapport associatif entre le plaisir et la réflexion, le plaisir étant ici associé à l'expressivité des lieux, et qui pourrait intervenir comme un facteur dans la formation d'un cadre propice à la réflexion. La réflexion impliquant normalement une certaine distanciation d'avec le bruit et un cadre d'activités dynamiques, parfois même d'interactions sociales, l'aménagement de la salle *Inukshuk* serait ainsi une façon de permettre à cette activité d'avoir lieu, en vue du bien-être des patients. Les heures de disponibilité portent témoignage à l'importance qu'accorde le CRE à la fonction de cette pièce pour les usagers. Toutefois, la forte interaction entre le concept de plaisir et de réflexion nous permet de nous interroger sur la possibilité qu'il s'agisse aussi d'un endroit de ressourcement, ce qui serait peut-être plus près de la signification que donne le CRE à cette pièce, et qui se rapproche de la théorie des environnements reconstituants. L'interrogation demeure donc, à savoir si la reconstitution est le bénéfice premier de cette pièce, dont découlerait une plus grande facilité à réfléchir.

Conclusion

Notre étude portait sur l'aménagement intérieur des centres de santé. Nous ayant fixé comme but de répondre à la question, « Comment aborder le rôle de l'aménagement intérieur dans une perspective thérapeutique? », nous avons déterminé, dans un premier temps, l'orientation philosophique que nous voulions donner à notre travail. Notre approche était basée sur un texte de Stokols (1990) dans lequel l'auteur met de l'avant une optique dite « spirituelle », où le rôle de l'environnement ne se limite pas à la seule dimension fonctionnelle ou utilitaire. Nous avons retenu de cette vision, selon laquelle l'aménagement peut créer un contexte de vie empreint de qualités symboliques et affectives, la présence d'expériences significatives qui en découlent.

Notre recherche était une exploration théorique. Le triple cadre à l'intérieur duquel nous avons œuvré, en lien avec le domaine de la santé, était formé des trois approches que sont la Biopolitique de Michel Foucault, le Sens de cohérence d'Aaron Antonovsky, et la Théorie des environnements reconstituants de Kaplan & Kaplan. Nous avons successivement présenté la notion contemporaine d'environnements thérapeutiques, ainsi qu'un aperçu du développement de l'hôpital en Europe au XVIIIe siècle. En remettant en cause les façons de faire propres à un espace de santé traditionnel, nous avons interrogé le concept d'environnements thérapeutiques, à savoir en quoi il diffère du concept d'espace thérapeutique mis de l'avant dans le développement de l'hôpital. Nous avons formulé la question suivante : « En

quoi les trois concepts théoriques explorés peuvent contribuer à enrichir le thème de l'étude? ». Nous avons ainsi dégagé du cadre théorique, préalablement présenté, six concepts que sont l'isolement / exclusion, le pouvoir, le soutien social, les interactions sociales, le plaisir et la réflexion.

L'évaluation de la pertinence de ces concepts s'est effectuée au moyen de l'analyse d'un aménagement d'un centre de santé, le Centre de réadaptation Estrie, situé à Sherbrooke, faisant partie du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Le CRE est également un membre désigné du Réseau Planetree, une organisation d'échelle internationale dont la mission est vouée au développement de pratiques gestionnaires respectueuses de la dimension humaine dans les centres de santé. La qualité de l'environnement physique étant l'une des dix composantes du modèle promu par cette organisation, il s'agissait d'un point référentiel pour la vérification des concepts soumis. L'étude de cas ayant comme but la validation ou le rejet des concepts issus du cadre théorique, elle était axée sur l'articulation de ces concepts dans le concret.

En conséquence, l'isolement/exclusion et le pouvoir ont été rejetés. Le soutien social, les interactions sociales, le plaisir et la réflexion, se sont, au contraire, avérées valides. La réfutation des deux premiers concepts a donné lieu à l'émission de suggestions de substitutions, à savoir, les limites/l'intimité et l'emprise (« *empowerment* »), basés sur l'idée de la protection et du développement de soi, plutôt que la formation de rapports de force. D'autre part, l'interaction marquée entre les concepts de plaisir et de réflexion, que

nous avons rencontrée ponctuellement dans un endroit créé en vue de répondre aux besoins spirituels des individus, nous a permis de nous interroger sur le rapport associatif pouvant exister entre eux en vue du ressourcement, nous permettant de formuler l'hypothèse de l'importance de la présence d'endroits dédiés à la reconstitution comme facteur de santé, dans un environnement autre que naturel.

Les principales limites à la présente recherche sont, d'une part, le fait que l'étude de cas fut restreinte à un seul établissement, réduisant par le fait même la quantité de données disponibles. D'autre part, l'environnement dans lequel nous l'avons effectué n'a pas été entièrement conçu selon les valeurs et les principes de Planetree. En dernier lieu, nous notons l'absence de contrevérification de la corroboration et de l'infirmité des concepts soumis au moyen de données sur le comportement et le vécu des clients et usagers des lieux.

La première piste de recherche d'avenir concerne la notion « d'accueil », à laquelle étaient liés les quatre concepts que nous avons validés : le soutien social, les interactions sociales, le plaisir et la réflexion. Il s'agit d'une fonction à laquelle pourrait répondre l'aménagement intérieur. Cette notion implique de l'environnement qu'il joue un rôle d'accueil vis-à-vis de l'individu, ou, exprimé autrement, qu'il favorise le fait que les individus ayant besoin de soins au sein d'un établissement de santé se sentent accueillis. L'aménagement répondrait ainsi à une raison d'être de l'établissement, en conformité avec l'étymologie du mot hôpital. Cette notion mériterait

conséquemment d'être davantage définie et développée. À titre d'exemple, notons des recherches ultérieures portant sur l'importance relative des concepts soumis dans le présent travail, permettant l'approfondissement du thème en question. D'autre part, le raffinement de ces concepts, au moyen d'études de cas plus nombreux, serait souhaitable. Dans une orientation légèrement différente, l'étude sur la pertinence et l'importance de lieux intérieurs dédiés au ressourcement ou à la reconstitution, dans les centres de soins, est également recommandée.

Références bibliographiques

- Agence de la santé publique du Canada.** (2013). Promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhp02-psm02/2-fra.php>
- Antonovsky, A. (1979).** *Health, Stress and Coping*. San-Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987).** *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San-Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996).** The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Architecture and Design Scotland.** (2013). Repéré à <http://www.ads.org.uk/>
- Auger, C. (2009).** Le Dr Claude Hémond et le Centre de réadaptation Estrie : Une philosophie humaniste inspirée de Planetree. *Bulletin de l'Association des médecins de langue française du Canada*, 42(3), 1-3. Repéré à http://132.210.161.89/amlfc/Bulletin/2009/bulletinMaiJuin2009_VF.pdf
- Ayliffe, G. A. & English, M. P. (2003).** *Hospital Infection: From Miasmas to MRSA*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press.
- Barret Kriegel, B. (1976).** L'hôpital comme équipement. *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne* (p.23-36). Paris, France : Institut de l'environnement.
- Béguin, F. (1976).** La machine à guérir. *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne* (p.55-69). Paris, France : Institut de l'environnement.

Center for Health Design. (2013). Repéré à <http://www.healthdesign.org/>

Centre de réadaptation Estrie. (2009). Publications : Plan d'organisation 2009-2012. Repéré à :

<http://www.centredereadaptationestrie.org/spip.php?rubrique49&lang=fr>

Centre de réadaptation Estrie. (2012). Poursuivre sa trajectoire : rapport annuel 2011-2012. Sherbrooke, Qué.

Centre de réadaptation Estrie. (2013). Mission. Repéré à

<http://www.centredereadaptationestrie.org/spip.php?rubrique20&lang=fr>

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2013). Le CHUS :

Historique. Repéré à <http://www.chus.qc.ca/le-chus/historique/>

Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2013).

Lexicographie : Plaisir. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/plaisir>

Cheminade, C. (1993). Architecture et médecine à la fin du XVIIIe siècle : la

ventilation des hôpitaux, de l'Encyclopédie au débat sur l'Hôtel-Dieu de

Paris. *Recherches sur Diderot et sur l'Encyclopédie (14)*, 85-109. doi :

10.3406/rde.1993.1207

Ching, F. (1995). *Le design d'intérieur*. Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur

ltée.

Chouinard, J., Mélançon, G. & Mandeville, L. (2012). Le Fil d'Ariane : un

outil favorisant la résilience en réadaptation. *Les cahiers internationaux*

de psychologie sociale, 2012/1(93), 135-157. Repéré à

[http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-](http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2012-1-page-135.htm)

[sociale-2012-1-page-135.htm](http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2012-1-page-135.htm)

- Cremonesi, L.** (2004). Technique. Dans S. Leclercq (dir.), *Abécédaire de Michel Foucault*, (p. 182-184). Paris/Mons, France : Vrin/Sils Maria.
- DePaul University Libraries Digital Collections.** (2013). Vincentian Postcards : Hospital Saint Vincent de Paul. Repéré à <http://digicol.lib.depaul.edu/cdm/ref/collection/cm1/id/1279>
- Dilani, A.** (2001). Psychosocially Supportive Design: Scandinavian Healthcare Design. Dans Dilani, A. (dir.), *Design and Health : The therapeutic benefits of design* (p.31-38). Stockholm, Suède: Svenskbyggjtjänst
- Dilani, A.** (2007). Psychosocially Supportive Design : as a theory and model to promote health. *International Hospital Federation Reference Book 2006/2007* (p.055-059). Suisse : IHF Publications. Repéré à: www.ihf-fih.org/en/Publications/IHF-Publications/Reference-Book/IHF-Reference-Book-2006-2007-The-International-Hospital-Federation-Reference-Book-2006-2007
- Evans, G. W. & McCoy, J. M.** (1998). When Buildings Don't Work: The Role of Architecture in Human Health. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 85-94.
- Ferland, C.** (1999). *Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé*. Paris, France : Le Moniteur.
- Fischer, G.-N. & Dodeler, V.** (2009). *Psychologie de la santé et environnement : Facteurs de risque et prévention*. Paris, France : Dunod.
- Fortier, B.** (1976). Architecture de l'hôpital. *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne* (p.71-86). Paris, France : Institut de l'environnement.

- Foucault, M.** (1976). La politique de la santé au XVIIIe siècle, *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne* (p.11-21). Paris, France : Institut de l'environnement.
- Foucault, M.** (1993). *Surveiller et punir : naissance de la prison* (2e éd.). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M.** (1994a). Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 3 : 1976-1979, texte n° 170, p.40-58). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M.** (1994b). Entretien avec Michel Foucault. Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 4 : 1980-1988, texte n° 281, p.41-95). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M.** (1994c). Espace, savoir et pouvoir. Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 4 : 1980-1988, texte n° 310, p.270-285). Paris, France : Gallimard. (voir entre autres intro)
- Foucault, M.** (1994d). L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne. Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 3 : 1976-1979, texte n° 229, p.508-521). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M.** (1994e). La naissance de la médecine sociale. Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 3 : 1976-1979, texte n° 196, p.207-228). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M.** (1994f). La politique de la santé au XVIIIe siècle, Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 3 : 1976-1979, texte n° 257, p.725-742). Paris, France : Gallimard.

- Foucault, M.** (1994g). Naissance de la biopolitique, Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 3 : 1976-1979, texte n° 274, p.818-825). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M.** (1994h). Sécurité, territoire et population, Dans D. Defert, F. Ewald & J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Tome 3 : 1976-1979, texte n° 255, p.719-723). Paris, France : Gallimard.
- Frampton, S. B., Gilpin L. & Charmel, P. A.** (2003). *Putting Patients First : Designing and Practicing Patient-Centered Care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- François, G., Brouette, B., Etienne, A.-M. & Fontaine, O.** (2000). Influence du “Sense of Coherence” dans l’adaptation aux conséquences aversives du traumatisme. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 5(14), 20-27.
- Greenbaum, L. S.** (1971). The Commercial Treaty of Humanity. La tournée des hôpitaux anglais par Jacques Tenon en 1787. *Revue d'histoire des sciences*, 24(4), 317-350. doi : 10.3406/rhs.1971.3247.
- Greenbaum, L. S.** (1996). Book Review : Journal d'observations sur les principaux hôpitaux et sur quelques prisons d'Angleterre (1787). *Bulletin of the History of Medicine*, 70(1), 131-132 Repéré à : http://muse.jhu.edu/journals/bulletin_of_the_history_of_medicine/v070/70.1br_tenon.html
- Gros, F.** (2010). *Michel Foucault* (3^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.

- Hartig, T., Mang, M., & Evans, G.W.** (1991). Restorative Effects of Natural Environment Experiences, *Environment and Behavior*, 23(3), 3-26. doi: 10.1177/0013916591231001
- Hartig, T., Korpela, K., Evans, G.W., & Gärling, T.** (1997). A Measure of Restorative Quality in Environments, *Scandinavian Housing and Planning Research*, 14, 175-194. doi:10.1080/02815739708730435
- Herzog, T. R., Ouellette, P., Rolens, J. R. & Koenigs, A. M.** (2010). Houses of Worship as Restorative Environments, *Environment and Behavior*, 42(4), 395-419. doi: 10.1177/0013916508328610
- International Academy of Design and Health.** (2013). Repéré à <http://www.designandhealth.com/>
- James, W.** (1892). *Psychology*. New York, NY : Henry Holt & Co.
- Kaplan, R., & Kaplan, S.** (1982). *Cognition and Environment : Functioning in an Uncertain World*. New York, NY : Praeger Publishers.
- Kaplan, R., & Kaplan, S.** (1989). *The Experience of Nature: A Psychological perspective*. New York, NY : Cambridge University Press.
- Kaplan, S.** (1983). A Model of Person-Environment Compatibility, *Environment and Behavior*, 15(3), 311-322. doi: 10.1177/0013916583153003
- Kaplan, S.** (1992). The Restorative Environment: Nature and Human Experience. Dans D. Relf (dir.) *The Role of Horticulture in Human Well-Being and Social Development* (Chapitre 22, p. 134-142). Portland, OR : Timber Press.

- Kaplan, S.** (1995). The Restorative Benefits of Nature : Toward an integrative framework, *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182.
- Kaplan, S.** (2001). Meditation, Restoration, and the Management of Mental Fatigue, *Environment and Behavior*, 33(4), 480-506. doi: 10.1177/00139160121973106
- Kopec, D. A.** (2006). *Environmental Psychology for Design*, New York, NY: Fairchild Publications, Inc.
- Korpela, K. M., Hartig, T., Kaiser, F., & Fuhrer, U.** (2001). Restorative Experience and Self-Regulation in Favorite Places, *Environment and Behavior*, 33(4), 572-589. doi: 10.1177/00139160121973133
- La radio communautaire de l'Estrie.** (7 juin 2012). Première organisation désignée au Canada Le centre de réadaptation Estrie. Repéré à <http://cflx.qc.ca/radio/premiere-organisation-designee-au-canada-le-centre-de-readaptation-estrie/>
- Lascoume, P.** (1993). Foucault et les sciences humaines, un rapport de biais: l'exemple de la sociologie du droit. *Criminologie*, 26(1), 35-50. doi : 10.7202/017329ar
- Laumann, K., Garling, T. & Stormark, K.M.** (2001). Rating Scale Measures of Restorative Components of Environments. *Journal of Environmental Psychology*, 21(1), 31-44.
- Lieux patrimoniaux du Canada.** (2012). Site du patrimoine du Mont-Royal. Repéré à <http://www.historicplaces.ca/fr/rep-reg/place-lieu.aspx?id=8517&pid=18818&h=Hôpital,ROyal,Victoria>

- Mafarette-Dayries, P.** (2000). L'Académie royale des sciences et les grandes commissions d'enquête et d'expertise à la fin de l'Ancien Régime. *Annales historiques de la Révolution française*, 320, 121-135. doi : 10.3406/ahrf.2000.2318
- Malkin, J.** (2008). *A Visual Reference for Evidence-based Design*. Concord, CA: Center for Health Design
- Miller, R. L. & Swensson, E.S.** (2002). *Hospital and Healthcare Facility Design* (2e éd.). New York, NY: W. W. Norton.
- Musée McCord.** (2013). Collections – recherche : MP-0000.1031.10 | Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Sherbrooke, QC, vers 1910. Repéré à <http://www.musee-mccord.qc.ca/fr/collection/artefacts/MP-0000.1031.10/?Lang=2&accessnumber=MP-0000.1031.10>
- Nightingale, F.** (1859). *Notes on Nursing: What it is and what it is not*, Londres, Angleterre : Harrison.
- Organisation mondiale de la Santé.** (2010). La définition de la santé de l'OMS. Repéré à <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Ouellette, P., Kaplan, R., & Kaplan, S.** (1995). The Monastery as a Restorative Environment, *Journal of Environmental Psychology*, 25(2), 175-188. doi: 10.1016/j.jenvp.2005.06.001
- Planetree.** (2013). Repéré à <http://planetree.org/>
- Réseau Planetree Québec.** (2013a). Organisation : Modèle international. Repéré à <http://reseauplanetree.org/organisation/modeles/>
- Réseau Planetree Québec.** (2013b). Membres : membres. Repéré à <http://reseauplanetree.org/organisation/modeles/>

- Rues principales.** (2013). À propos : Historique de la rue King Est. Repéré à <http://rues-principales.com/a-propos-de-nous/historique/>
- Rynor, B.** (Sept. 2010). Beautifying Hospitals: A tough sell. *Canadian Medical Association Journal*, 182(13). E633-E634. doi:10.1503/cmaj.109-3320
- Samueli Institute.** (2013.). Repéré à <http://www.samueliinstitute.org/home>
- Santé et Services sociaux Québec.** (2013). Aide : Lexique. Repéré à <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Lexique.asp>
- Silva, K. P.** (2001). L'idée de fonction pour l'architecture: l'hôpital et le XVIIIème siècle – partie 1/6. *Achitextos | Architexts*. (Fév.) Repéré à <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/01.009/919>
- Sternberg, E. M.** (2009). *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Stokols, D.** (1990). Instrumental and Spiritual Views of People-Environment Relations, *American Psychologist*, 45(5), 641-645.
- Thalamy, A.** (1976). La médicalisation de l'hôpital. *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne* (p.43-53). Paris, France : Institut de l'environnement.
- Tzowiadou-Teske, E.** (2001). *Healing Medical Architecture*. Engineering in Medicine and Biology Society. Proceedings of the 23rd Annual International Conference of the IEEE; 4, 3954-3955. Repéré à http://ieeexplore.ieee.org/xpls/abs_all.jsp?arnumber=1019708&tag=1#
- Ulrich, R. S. (2001).** Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes. Dans A.Dilani (dir.), *Design and Health: The Therapeutic Benefits of Design* (p. 49-59). Stockholm, Suède : Svenskbyggtjänst.

- Valentin, M.** (1975). Jacques Tenon (1724-1816), précurseur de la médecine sociale. *Société française d'histoire de la médecine*, 9(1), 65-73. Repéré à : http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1975_6x009x001/HSMx1975_6x009x001x0065.pdf
- Vandewalle, B.** (2006). *Michel Foucault : Savoir et pouvoir de la médecine*. Paris, France : L'Harmattan.
- Verderber, S.** (2010). *Innovations in Hospital Architecture*, New York, NY: Routledge.
- von Meiss, P.** (2003). *De la forme au lieu : Une introduction à l'étude de l'architecture* (2e éd.). Lausanne, Suisse : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Wallenstein, S.-O.** (2009). *Biopolitics and the Emergence of Modern Architecture*. New York : The Temple Hoyne Buell Center et Princeton Architectural Press.

Références iconographiques

Centre de réadaptation Estrie. (2010). Dépliants : L'expérience usager.

Repéré à : http://www.centredereadaptationestrie.org/IMG/pdf/Depliant_-_L_experience_usager_au_CRE.pdf

Centre de réadaptation Estrie. (2013a). Réalisations novatrices : Salle

Inukshuk. Repéré à :

<http://www.centredereadaptationestrie.org/spip.php?rubrique164&lang=fr>

Centre de réadaptation Estrie. (2013b). Réalisations novatrices : Salles

d'attente. Repéré à :

<http://www.centredereadaptationestrie.org/spip.php?rubrique164&lang=fr>

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de

gériatrie de Sherbrooke. (2013). LE CSSS-IUGS : Édifices. Repéré à

[\[iugs.ca/show_section.php?L=fr&ParentID=27&Niveau2=37&Niveau3=&Niveau4=\]\(http://www.csss-iugs.ca/show_section.php?L=fr&ParentID=27&Niveau2=37&Niveau3=&Niveau4=\)](http://www.csss-</p></div><div data-bbox=)

[iveau4=](http://www.csss-iugs.ca/show_section.php?L=fr&ParentID=27&Niveau2=37&Niveau3=&Niveau4=)