

**Enquête sociologique dans le cadre d'une étude intitulée**

**« A L'ECOUTE DE L'HOPITAL »**

**Rapport intermédiaire - Note méthodologique**

**Martine Leroux**

**Jean-Luc Bardyn**

**Mai 2003**

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

## **NOTE MÉTHODOLOGIQUE**

### **Première phase d'enquête**

### **La méthode des parcours des parcours commentés en institution hospitalière**

#### **Ambiances sonores hospitalières**

Le projet intitulé « A l'écoute de l'Hôpital » s'interroge sur la qualité sonore des espaces hospitaliers trop souvent fondée sur le seul principe d'isolation acoustique et, dans le cadre d'une expérimentation, cherche à mettre en œuvre une diversification des ambiances sonores. En amont de l'expérimentation, l'étude sociologique menée dans différents services de gériatrie est destinée :

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

Les finalités du travail posent la question du passage de l'expression des ambiances à leur conception et confèrent à la notion d'ambiance<sup>1</sup> sonore une valeur heuristique ; à la fois objective et subjective, celle-ci met en jeu les formes construite, perçue et représentée.

#### **Approche *in situ* de la perception sonore**

La perception du quotidien sonore en milieu hospitalier, dans les services des personnes âgées, telle est la thématique première de ce travail. Dans son contexte à la fois spatio-temporel et social, la perception s'élabore à partir des données sensibles de l'environnement et des représentations collectives, associées au lieu notamment. Elle configure la matière sonore et lui donne sens. C'est le rapport à « cet environnement-là » qu'entretiennent les

---

<sup>1</sup> Voir Augoyard Jean-François. L'environnement sensible et les ambiances architecturales. *L'espace géographique*. n° 4, 1995, pp. 302-318.

différents acteurs des espaces hospitaliers qui nous intéresse ici ; ce qui nous conduit à privilégier une approche *in situ* de la perception sonore.

Nous avons repris et adapté à l'espace institutionnel hospitalier la méthode des parcours commentés prévue pour l'espace public : elle « a pour objectif d'obtenir des comptes rendus de perception en mouvement. Trois activités sont donc sollicitées simultanément : marcher, percevoir et décrire »<sup>2</sup>. Au passant se substituent ici les patients, les soignants, les visiteurs. Cette méthode donne accès à une parole située et privilégie l'expression de la perception dans l'analyse.

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

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

## **Enquête sous forme de parcours commenté**

### **Les terrains d'enquête**

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

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

### **Observations ethnographiques**

Les observations que nous avons menées ont porté sur plusieurs registres :

---

<sup>2</sup> Thibaud Jean-Paul. La méthode des parcours commentés. In Grosjean Michèle et Thibaud Jean-Paul. *L'espace urbain en méthodes*. Marseille : Parenthèses, 2001. p. 81.

- le contexte physique : morphologie spatiale, acoustique (analyse en termes d'effets sonores<sup>3</sup>), analyse et repérage d'autres facteurs d'ambiance permettant notamment de distinguer les limites visuelles et sonores de l'espace ;
- le contexte social : nature et rythme des activités, sociabilité.

Tout au long de l'enquête et parallèlement aux entretiens nous avons pratiqué « l'observation incidente »<sup>4</sup> : ainsi, les détails relevés – pratiques spatiales, sonores, évolution des ambiances au cours de la journée, etc. – deviennent des « indices fragmentaires » susceptibles de confirmer l'analyse du corpus discursif.

### **Passation des entretiens**

Nous avons réalisé une série d'entretiens avec les personnels, les visiteurs et lorsque cela était possible avec des patients. La méthode fut plus difficile à mettre en œuvre avec les personnes âgées : mobilité réduite, surdité fréquente (2 patients en fauteuil ont accepté à Bretonneau). Les pathologies liées aux services de Soins de longue durée en particulier expliquent le nombre peu élevé de patients dans notre échantillon.

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

- Bretonneau : 27 personnes
- Bichat : transversal : 2 personnes
- Bichat : services de longue durée et de soins de suite : 23 personnes
- Bichat : service de gériatrie aiguë : 8 personnes

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

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

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

Les personnes interviewées pouvaient bien sûr envisager tous les facteurs d'ambiance et s'arrêter momentanément lorsque l'environnement retenait leur attention – dans les espaces

---

<sup>3</sup> Notion élaborée au CRESSON. Ouvrage collectif sous la direction de Augoyard Jean-François, Torgue Henri. *A l'écoute de l'environnement. Répertoire des effets sonores*. Marseille : Parenthèses, 1995.

<sup>4</sup> Peneff Jean. *L'hôpital en urgence, étude par observation participante*. Ed Métaillé, 1992.

collectifs, en particulier les maisonnées ou les salles à manger ou espaces de repos. L'entretien se poursuivait par un récapitulatif du parcours effectué et par des relances sur des thèmes peu ou pas abordés précédemment : remarques sur les patients auprès des personnels, le sonore dans les chambres et entre les chambres, les autres facteurs d'ambiance, les distinctions d'ambiance entre les services...

Les personnels des deux hôpitaux et les patients, quels que soient les services, ont accueilli avec intérêt l'enquête et nous ont accordé un peu de leur temps pour se prêter au jeu du parcours commenté. Les entretiens ont été enregistrés, chaque personne interviewée étant munie d'un micro-cravate.

## **Méthodologie d'analyse du corpus d'entretiens**

### **Retranscription des entretiens**

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

### **Dépouillement thématique**

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

Nous avons maintenu autant que possible la linéarité des descriptions des ambiances sonores du parcours : d'une part, nous avons retenu le discours de la perception sans préjuger de ce qui pouvait ou non prendre sens, qu'il s'agisse des ambiances rencontrées et exprimées instantanément ou de celles évoquées dans un contexte donné (par exemple lors d'un entretien effectué en début d'après-midi, le repas dans la salle à manger à Bichat, l'animation dans la maisonnée à Bretonneau, etc.), et d'autre part nous avons extrait de ce discours sur les ambiances – qui répondait à la consigne – les fragments qui relevaient de manière manifeste d'autres thématiques. Nous avons ainsi effectué un dépouillement à partir des catégories fréquemment développées lorsqu'il est question d'environnement sonore – outre la perception, la production sonore, les aspects sonores de la sociabilité – et à partir d'autres thèmes abordés par nos interlocuteurs relevés à la lecture des entretiens. Dans le contexte gériatrique, les soignants font parfois allusion au regard qu'ils portent sur les personnes âgées, aux conditions de travail, à leur parcours professionnel... Par ailleurs, nous avons systématiquement relancé sur les autres facteurs d'ambiance lorsque nos interlocuteurs ne les envisageaient pas et avons demandé quelle était l'ambiance de l'hôpital. Quant aux personnes âgées, leur parole répondait brièvement à nos questions et évoquait toujours des aspects plus personnels comme les motifs de leur hospitalisation, leur famille...

### Sélection de situations sonores

Il s'agit de rendre compte des ambiances sonores, d'en dégager les conditions d'émergence tant physiques que sociales et de concevoir ce qui peut être modifié en vue d'améliorer les ambiances dans des situations analogues. Nous avons hésité entre deux voies pour organiser et traiter le corpus d'entretiens, l'une qui privilégie l'espace, l'autre le temps, et avons finalement opté pour la seconde. En effet, nous ne sommes pas dans la logique spatio-temporelle de l'immédiateté des parcours du passant ; la richesse des entretiens dans ce contexte hospitalier tient au fait que la parole déborde la perception présente et évoque d'autres situations dans les espaces traversés. La logique spatiale permettait alors d'envisager la succession des ambiances sonores dans un espace donné ; exhaustive, elle risquait toutefois de figer les résultats ; par ailleurs, comment fragmenter les espaces parcourus pour que la comparaison entre les terrains soit encore possible ? En revanche, la logique temporelle permettait de retenir les situations sonores évoquées de manière récurrente et qui prennent sens dans le rythme des activités hospitalières. Elle inscrit d'emblée l'action dans l'ambiance sonore.

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

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

### Orientations interprétatives

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

Par ailleurs, nous avons évité une interprétation psychologique des discours tout en étant attentifs au profil de nos interlocuteurs – il est important de savoir que tel patient par exemple est déprimé pour écouter et situer sa parole par rapport à celle des autres dans

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

Nous avons porté une attention particulière aux interactions évoquées entre les acteurs – collègues, patients, familles – qui interviennent directement dans l'émergence des ambiances sonores. La lecture des travaux de Strauss<sup>5</sup> et de Goffman<sup>6</sup> nous a incité à rechercher les négociations à l'œuvre notamment dans la gestion sonore dans les services.

## **Organisation des résultats**

### **Présentation monographique**

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

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

### **Valeur « illustrative » - valeur « restitutive » des citations<sup>7</sup>**

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

### **Analyse des situations sonores – voir ci-après un exemple : le repas dans les pavillons à Bichat (pp. 11-15)**

#### **Perception - appréciation**

La méthode des parcours commentés prévoit une analyse basée sur « des lectures répétées qui permettent de dégager progressivement les modes d'ancrages perceptifs des verbalisations. A cet égard l'analyse des commentaires consiste moins à classer les objets perçus (que perçoit-on ?) lors du parcours qu'à examiner les façons de dire ce que l'on

---

<sup>5</sup> Strauss, Anselm. L'hôpital et son ordre négocié. In Strauss Anselm, textes réunis et présentés par Baszanger Isabelle. *La trame de la négociation*. L'Harmattan, 1992, article de 1963, pp. 87-113.

<sup>6</sup> Goffman Erving. *Asiles, Etudes sur la condition sociale des maladies mentales*. Editions de minuit, 1968.

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

<sup>7</sup> Nous reprenons ici les termes que citent Argoud Dominique, Puijalon Bernadette. *La parole des vieux* Dunod, 1999. Ces termes correspondent à des postures d'utilisation des entretiens et sont proposés par Demazière Didier, Dubar Claude. *Analyser les entretiens biographiques . L'exemple des récits d'insertion*. Paris : Nathan, 1997.

perçoit (comment perçoit-on ?) »<sup>8</sup>. Nous avons maintenu cette perspective qui suppose une relation étroite entre le dire et le percevoir tout en élargissant notre investigation aux représentations. Comment les personnes interviewées parlent-elles des ambiances sonores ? Qu'est-ce qui suscite le commentaire du point de vue de la réception sonore – la réverbération du hall des pavillons par exemple à Bichat, une représentation idéalisée du piano désaccordé, etc. ? Nous avons dans cette rubrique analysé les processus perceptifs.

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

### Production – gestion sonores

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

### Activités – sociabilité

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

### Ambiances - ambiance

Plus synthétique que les rubriques précédentes, celle-ci ressaisit les qualificatifs employés pour exprimer les ambiances sonores et l'ambiance plus globale (incluant les autres facteurs d'ambiance ainsi que les expressions relatives à l'ambiance de l'institution considérée). Les ambiances évoquées remettent en général en question les représentations hospitalières.

### Fiche récapitulative et enjeux

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

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

---

<sup>8</sup> Thibaud Jean-Paul, op. cit. p. 85.

## **Réunions avec l'équipe**

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

## **Fin de la première phase**

Des résultats transversaux concluront cette première phase de l'enquête.

## **Deuxième phase - entretiens sur écoute réactivée**

### **Méthodologie**

L'entretien sur écoute réactivée est une technique d'enquête innovée et utilisée au CRESSON depuis 1981. « En bref, il s'agit de recueillir les réactions d'habitants ou d'usagers à qui l'on fait entendre les sons de leur propre environnement. L'idée est simple mais la mise en œuvre requiert un soin particulier. L'enregistrement devient ici le médium d'un dispositif paradoxal : d'une part, distancier la familiarité sonore, favoriser sa représentation grâce au détachement minimum inhérent à la prise de son et au montage qui ne prélèvent qu'une part de la réalité ; d'autre part, rapprocher du vécu, faire retrouver à l'habitant des attitudes auditives déjà expérimentées. »<sup>9</sup>

Cette méthode adoptée en seconde phase poursuit deux objectifs :

- l'expression du vécu sonore,
- et la projection d'un univers sonore hospitalier plus riche, différent de l'univers quotidien actuel.

### **Enregistrements sonores**

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

### **Passation des entretiens**

Le CD produit<sup>10</sup> se compose de différentes séquences sonores caractéristiques des trois terrains. Nous avons proposé aux personnes qui ont accepté ce type d'interview une écoute au casque – afin de préserver la qualité sonore – de 4 ou 5 fragments.

Nous avons interviewé individuellement ou en petits groupes (1 groupe de 3 cadres à Bretonneau et à Bichat SSR et SLD) :

- Bretonneau : 10 personnes (dont 1 infirmière de nuit)
- Bichat SSR et SLD : 12 personnes (dont 2 infirmiers de nuit)
- Bichat service de gériatrie aiguë : 2 personnes

---

<sup>9</sup> Augoyard Jean-François. L'entretien sur écoute réactivée. In *L'espace urbain en méthodes*. Op. cit. p. 130.

<sup>10</sup> Production audionumérique DAT-Pro Tools sur CD

### **Dernières phases de travail**

L'analyse des entretiens sur écoute réactivée ; elle doit permettre de confirmer et de préciser les résultats obtenus précédemment.

## PAVILLONS A BICHAT - LE REPAS

Avant d'analyser cette situation sonore, précisons que suite à une transformation manifeste des bâtiments, la salle à manger, polygone irrégulier, est composée de l'association de deux parties, l'une de 26,30 m<sup>2</sup>, l'autre de 28,40 m<sup>2</sup> ; dans l'une de ces parties, quatre poteaux constituent un obstacle visuel et empêchent la circulation en particulier des fauteuils roulants. Elle comporte trois portes – deux donnant sur le couloir et une sur l'office. Vitrée sur sa demi hauteur supérieure, elle est légèrement réverbérante. Un **téléviseur** est suspendu au plafond et des **machines à laver la vaisselle industrielles** se trouvent dans l'office attenant et ouvert sur la salle à manger. Les unités regroupent 25 à 27 personnes.

### Une immersion active et subie

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

*Dans cette pièce – je me mets à la place d'un patient – il n'y a pas que le bruit de la télé, il y a le bruit des placards que l'on ouvre, de la machine à laver la vaisselle qui fonctionne, plus le bruit que nous faisons quand nous faisons la vaisselle, c'est-à-dire avant de mettre dans la machine nous passons à l'eau, donc il y a beaucoup de bruit, les assiettes qui*

*cliquent, les verres, la machine qui se met en fonction, nous qui parlons forcément plus fort, puisqu'il y a un bruit qui couvre l'autre. Il y a le bruit de la machine à café. Les robinets, les robinetteries, forcément. Et puis bon on parle, on rigole. (8)*

L'ambiance sonore fonctionnelle liée au repas est associée à celle de la cuisine d'un grand restaurant. Dans cette ambiance, les *tics* sonores de certains patients, *leurs disputes ou taquineries* font parfois irruption. En outre, une légère réverbération signalée par quelques personnes n'empêche pas de repérer d'autres sources sonores dans l'apparente confusion qui semble régner. Nous reprenons ici la description de la situation sonore que fait un cadre qui entre à Trénet pendant le déjeuner :

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

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

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

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

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

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

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

### **L'inévitable production sonore**

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

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

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

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

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

### **Les limites de la convivialité**

Le repas joue un rôle important parce qu'il réunit les patients. Il y en a très peu qui déjeunent et dînent dans leur chambre. Les patients, 3 ou 4 autour de tables rondes selon les possibilités spatiales, ont peu d'échanges. Ils ont en général une place attirée, fruit de l'habitude et du placement opéré par les soignants ; certains ont tendance à se *chamailler* et pour éviter les *bagarres*, sont déplacés, d'autres entretiennent des relations conviviales :

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

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

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

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

## **Densité sonore**

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

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

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

## **Vers une diversité des espaces sonores**

### **Fiche récapitulative**

#### **Ambiances sonores rencontrées**

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

### **Perception – appréciation**

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

### **Production – gestion**

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

### **Sociabilité**

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

### **Rapport à l’environnement**

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

### **Enjeux**

#### **Dispositif salle à manger/office**

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

#### **Diversifier les espaces sonores**

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