
Mémoire de fin d'études: L'architecture des espaces d'accueil en milieu hospitalier : parcours au sein du CHC MontLégia

Auteur : Guissart, Juliette

Promoteur(s) : De Wit, Pierre

Faculté : Faculté d'Architecture

Diplôme : Master en architecture, à finalité spécialisée en art de bâtir et urbanisme

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24238>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège, Faculté d'Architecture

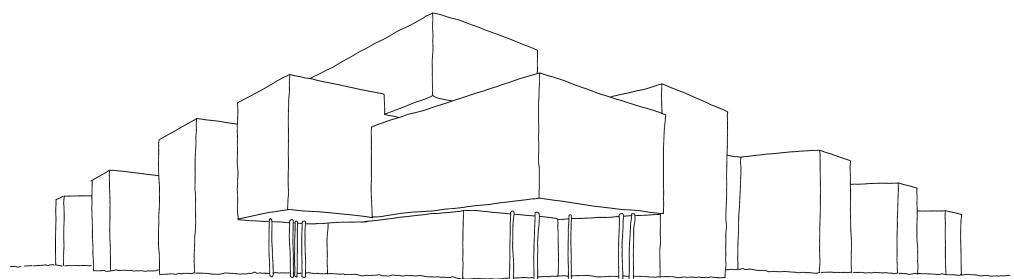
L'architecture des espaces d'accueil en milieu hospitalier : parcours au sein du CHC MontLégia.

Travail de fin d'études présenté par Juliette Guissart en vue de
l'obtention du grade de master en Architecture

Sous la direction de Pierre de Wit

Année académique 2024-2025

L'architecture des espaces d'accueil en milieu hospitalier : parcours au sein du CHC MontLégia.



GUSSART Juliette

Sous la direction de Pierre de Wit
Faculté d'Architecture - Université de Liège
Année académique 2024 - 2025

Les remerciements

Merci à Monsieur Pierre de Wit, mon promoteur,

Pour avoir accepté ce rôle,

Pour ses conseils,

Et pour m'avoir mise en relation avec le CHC MontLégia.

Merci à Madame Sarah Amighetti, ma première lectrice,

Pour avoir accepté la tâche de lire ce travail de fin d'études,

Et pour avoir amorcé ses prémisses à travers le cours d'états

d'avancement.

Merci à Madame Marina Frisenna, ma seconde lectrice,

Pour avoir également accepté cette lecture,

Et pour ce quadrimestre de projet, aussi exigeant qu'enrichissant.

Merci à Monsieur André Mulder, chef du département de pédiatrie,

Pour sa précieuse aide et le temps qu'il m'a consacré.

Merci à mes parents,

Pour m'avoir toujours soutenue, ici et ailleurs.

L'abstract

Ce travail de fin d'études interroge la manière dont l'architecture hospitalière, et plus particulièrement les espaces d'accueil tels que les halls, les couloirs et les salles d'attente, influencent l'expérience vécue des usagers. Il s'appuie sur une immersion au sein du CHC MontLégia, situé à Liège, en Belgique, et mobilise des outils méthodologiques tels que des tableaux d'analyse, des observations *in situ*, des relevés habités ainsi que des croquis et des perceptions sensibles. La démarche adoptée est qualitative, exploratoire et située, cherchant à saisir la complexité des interactions entre l'espace et le corps.

Cette recherche s'ancre dans un cadre théorique pluridisciplinaire, mêlant sociologie de l'espace, psychologie environnementale, étude des distances interpersonnelles ainsi que des apports philosophiques et historiques afin de mettre en lumière les enjeux spatiaux, matériels et symboliques des espaces d'accueil hospitaliers. La méthode d'observation ethnographique, inspirée du relevé habité, permet de révéler les modes d'appropriation, les ambiances et les comportements des usagers dans ces espaces.

A travers une lecture critique et sensible, ce travail invite à considérer les espaces hospitaliers non pas comme des simples zones fonctionnelles mais comme des environnements à la croisée du soin, de l'accueil et de la dimension sensible. Cette recherche constitue une première étape vers une meilleure compréhension du rôle de l'architecture dans le vécu hospitalier.

L'usage de l'IA

L'usage des intelligences artificielles (IA) s'est principalement porté sur la traduction de textes en anglais via « DeepL Translate », qui intègre désormais une IA.

L'utilisation de l'IA « ChatGPT » a été sollicitée pour trouver des synonymes afin d'éviter les répétitions et enrichir le vocabulaire, reformuler des paragraphes pour améliorer leur clarté et fluidité, ainsi que structurer des idées parfois difficiles à exprimer par écrit, notamment dans la méthodologie. L'IA m'a aussi aidée pour la première relecture orthographique et syntaxique.

La table des matières

L'introduction	9
1. Pourquoi ce choix de sujet?	10
2. Objectifs de cette recherche	13
3. Limites de cette recherche	14
L'état de l'art : cadre théorique et contextuel	15
1. Repérer l'hôpital dans l'histoire	16
2. Composantes des salles d'attentes et couloirs : cloisonnement et distribution	18
3. Concepts clés pour la lecture de l'espace hospitalier	20
4. Positionnement méthodologique et posture de recherche	22
La méthodologie	24
1. Stratégie de la méthodologie: entre théorie et pratique	26
2. Choix de l'hôpital: le CHC MontLégia	27
3. Elaboration d'un outil d'analyse : logique « inversée »	28
4. Choix des salles d'attentes: stratégie de sélection	31
5. Méthode immersive : intégration de relevés ethnographiques	34
6. Entretien semi-directif : rencontre avec un professionnel	36
7. Plan de rédaction : création d'un fil conducteur	37
L'évolution de l'architecture hospitalière : spatialités et enjeux historiques	38
1. L'hôpital : trajectoire historiques et transformations spatiales	39
2. Le couloir : naissance d'un espace de circulation	44
2.1. Définition et origines	44
2.2. Evolution et fonctions	44
3. La salle d'attente: transition spatiale et outil organisationnel	46
3.1. Définition et inscription spatiale	46
3.2. Genèse et enjeux contemporains	46
4. Le cas d'étude: le CHC MontLégia	48

La fluidité des parcours hospitaliers : circulation et compréhension des espaces	51
1. Le cas du CHC MontLégia	53
1.1. La configuration spatiale : organisation des flux	54
1.2. L'accessibilité et la signalétique : repères pour l'usager	61
1.3. Les approches conceptuelles	64
1.3.1. L'esthétique et la technique : recherche d'équilibre	65
1.3.2. L'espace servi et l'espace servant : lecture en arrière plan	68
Le rôle de l'architecture dans les salles d'attente : compréhension et usages	69
1. La notion d'attente : définition et description du concept	71
2. Le cas du CHC MontLégia	72
2.1. La configuration spatiale : organisation de l'attente	73
2.2. L'ergonomie : conception d'un environnement capacitant	82
2.3. La proxémie : gestion des distances et interactions	83
2.3.1. La théorie : lecture spatiale des relations	83
2.3.2. Le cas pratique : analyse de cas concrets	85
2.4. Les percées visuelles et la lumière	92
2.4.1. Les vues et la lumière naturelles : bienfaits et réalité sur le terrain	92
2.4.2. La lumière artificielle : contraintes et enjeux	95
2.5. La biophilie et la notion d'ambiance : réflexion en second plan	96
La complexité des espaces hospitaliers : entre circulation, attente et usages réels	98
1. Zones en mouvement et zones en arrêt : tension spatiale fondamentale	99
2. Espace conçu, perçu et vécu : lecture critique d'une pensée	101
2.1. La pensée fondatrice	101
2.2. La réinterprétation de cette triplicité spatiale	103
3. Espaces adaptés, détournés, évités : entretien avec un professionnel de la santé	105
La conclusion	119
1. Synthèses et résultats du travail	120
2. Perspectives et intérêts	123
La bibliographie	125
Les annexes	136

L'introduction

1. Pourquoi ce choix de sujet?

Le sujet pour un travail de fin d'études répond, à mes yeux, à un double objectif : nourrir une réflexion d'ordre professionnel, en l'occurrence, l'architecture, tout en laissant émerger une dimension plus personnelle. Il me semble que le choix du sujet s'opère en questionnant une part de soi, il ne s'agit pas uniquement de démontrer une maîtrise technique ou de développer des concepts établis mais bien de mettre en forme une sensibilité, une perception du monde. Autrement dit, il s'agit de comprendre ce qui nous touche dans notre rapport à l'architecture, en passant donc par l'espace, par le dessin et ici aussi, par l'écriture.

Ce travail prend ainsi pour départ une expérience personnelle dans le milieu hospitalier. Toutefois, il s'inscrit dans une approche rigoureuse et documentée, en lien avec l'architecture hospitalière. Il explore la manière dont les caractéristiques spatiales, matérielles et symboliques influencent les perceptions et les usages.

Lorsque nous découvrons un lieu pour la première fois, nous sommes immédiatement plongés dans une ambiance (Meriaux et al., 2021). L'ambiance révèle une émotion liée à la façon dont nous percevons immédiatement notre environnement (Bégout, 2020). Dans le milieu hospitalier, cette ambiance est d'autant plus marquante. L'hôpital est un lieu complexe, chargé de symboles et d'expériences humaines fortes. C'est un lieu d'échange entre le corps et l'espace, entre l'humain et la technique. Pourtant, un hôpital n'est généralement pas un lieu que l'on choisit de fréquenter de bon cœur, encore moins que l'on souhaite intégrer dans son quotidien. Alors, comment en vient-on à choisir ce lieu comme zone d'investigation pour un travail ? Qu'est-ce qui, dans un lieu chargé d'expériences souvent délicates, peut susciter l'envie d'y porter un regard architectural ?

Petite, il m'arrivait de me rendre dans un hôpital accompagné d'une personne en blouse blanche. Je n'étais ni patiente ni visiteuse mais simplement une personne extérieure qui déambulait. Autrement dit, ma présence était tolérée mais je n'avais ni fonction ni rôle précis. Plus tard, je me suis rendue à nouveau à l'hôpital mais cette fois-ci en tant que patiente et d'ailleurs j'ai eu l'occasion d'y entendre : « Je suis à l'hôpital, je suis à peine entré dans le hall que j'avais déjà envie de rebrousser chemin » (Meriaux et al., 2021). Cette phrase m'a marquée, sans que je sache réellement pourquoi. Elle a pourtant éveillé ma curiosité, jusqu'à en devenir un point de départ pour interroger autrement l'expérience de l'architecture hospitalière.

Se rendre dans un hôpital provoque diverses émotions et ce, en fonction de notre démarche ; rendre visite à un proche, passer un examen, consulter un médecin, subir une intervention chirurgicale, etc. L'hôpital nous confronte à notre condition humaine : naissance, vie, maladie, guérison et mort. Tout cela se concentre dans un lieu, un bâtiment. Le milieu hospitalier crée de la joie, du stress, de l'angoisse, du désemparement et de l'acceptation. C'est un environnement dans lequel nous n'avons pas de repères, nous sommes à la fois entourés mais terriblement seuls (Davies, 2012, cité dans Parvin, 2022). On y côtoie du personnel médical ainsi que des personnes extérieures, on rencontre des malades et des guéris. C'est à partir de ces constats nourris par la sociologie de l'espace et la perception environnementale qu'une réflexion s'est imposée concernant le rôle fondamental de la dimension architecturale dans la construction de ces expériences sensibles.

En tant qu'étudiante en architecture, je m'interroge sur la manière dont sont perçus les espaces dédiés à l'accueil hospitalier, c'est-à-dire des lieux permettant de recevoir, d'orienter et d'accompagner les usagers. Cela inclut notamment les halls, les couloirs et les salles d'attente. L'architecture a un pouvoir d'action sur l'ambiance mais également un impact sur les personnes qui entrent, se posent et partent (Meriaux et al., 2021). Autrement dit, l'architecture ne soigne pas, mais elle accompagne et favorise les interactions entre les individus (Meriaux et al., 2021 ; Fleury et SCAU, 2022). Ainsi, ces espaces jouent un rôle fondamental dans l'expérience de l'usager et méritent d'être étudiés tant du point de vue architectural que sociologique.

Je m'intéresse également à la manière de concevoir l'attente, non plus comme une simple suspension temporelle mais comme une situation spatiale. Ce sont des lieux dans lesquels nous sommes à l'arrêt, souvent sans autre fonction que celle de patienter. Dans une certaine mesure, nous sommes réduits à l'inaction ; une inaction rarement choisie, souvent imposée (Falzon, 2004). Cette passivité contrainte dans un cadre spatial m'interroge : que transmet l'architecture dans un espace où l'absence d'action semble être le mot d'ordre ? D'autant que « bien que ces salles soient libres d'accès et ouvertes à tous, elles sont perçues à tort comme des lieux d'attente et deviennent déconsidérées par les institutions. » (Meriaux et al., 2021, p.2). Alors, peut-on concevoir des espaces d'attente qui ne soient pas uniquement des étapes transitoires suivant la continuité logique du parcours hospitalier ?

En résumé, ce choix de sujet est né d'un souvenir et s'est construit à partir d'une superposition d'expériences personnelles et observées. Le milieu hospitalier représente un espace ambigu, à la fois ordinaire dans nos vies et pourtant souvent éprouvant. À travers cette recherche, l'architecture devient un moyen d'explorer cette friction et de comprendre comment elle peut accompagner, influer ou freiner les vécus des usagers.

Mon travail s'inscrit ainsi dans une démarche à la fois sensible et rigoureuse, mobilisant l'écriture, le dessin et l'analyse *in situ* pour mieux comprendre comment l'espace hospitalier agit sur celles et ceux qui le traversent.

2. Objectifs de cette recherche

Pour rappel, cette recherche s'inscrit dans le champ de l'architecture hospitalière et plus particulièrement dans l'étude des espaces d'accueil du CHC MontLégia, incluant les halls, les couloirs et les salles d'attentes. Elle interroge la manière dont ces espaces façonnent l'expérience des usagers en tenant compte de leurs dimensions spatiales, matérielles et symboliques.

La problématique centrale de ce travail peut être formulée ainsi : **comment l'architecture des espaces d'accueil, tels que les salles d'attente et les couloirs, influence-t-elle l'expérience des usagers au sein du CHC MontLégia ?**

Les objectifs de cette recherche s'articulent autour d'une double lecture complémentaire :

- Une lecture spatiale, qui porte sur l'analyse des caractéristiques physiques des espaces étudiés : les typologies, les volumes, la lumière, le mobilier ou encore la signalétique présente. Cette approche permet d'identifier les éléments architecturaux qui structurent l'espace et participent à l'expérience globale.
- Une lecture liée à la perception, qui explore la manière dont les usagers, particulièrement les patients, perçoivent ces espaces selon leur dimension humaine et sensible. Cette approche subjective complète l'analyse spatiale en mettant en lumière les enjeux d'acceptation, d'appropriation et de détournements liés à ces lieux.

Pour cela, la méthodologie adoptée combine une observation qualitative menée sur le terrain, avec un cadre théorique croisant l'architecture, la sociologie de l'espace et les sciences humaines. Cette approche méthodologique est largement détaillée dans un chapitre spécifique. De même, un chapitre est consacré à l'évolution architecturale des hôpitaux, afin d'éclairer le contexte dans lequel ces espaces ont été pensés et transformés.

Cette démarche cherche ainsi à articuler rigueur scientifique et sensibilité personnelle, en conjuguant données objectives et perceptions subjectives, permettant d'approfondir la compréhension du rôle de l'architecture dans l'expérience hospitalière.

3. Limites de cette recherche

Délimiter son terrain est essentiel, surtout lorsque la possibilité d'élargir est grande. L'étude se concentre uniquement sur le CHC MontLégia. Ce choix implique une approche qualitative et non généralisable à l'ensemble du milieu hospitalier. D'autant que chaque choix d'aménagement est propre à chaque établissement ; l'architecture hospitalière se développe autour de contraintes et d'objectifs spécifiques.

Ce travail se focalise sur des espaces spécifiques au sein du CHC MontLégia, à savoir les espaces d'accueil, principalement les salles d'attentes et les couloirs. Il n'étudie pas les chambres d'hospitalisation, les blocs techniques ni les espaces dédiés uniquement aux soins. Aussi, les parcours analysés débutent tous de la même entrée et excluent les autres circuits possibles.

De plus, ce travail ne vise pas à fournir des solutions définitives sur les espaces observés et analysés mais simplement éclairer une zone peu considérée dans la conception hospitalière : l'expérience architecturale dans les espaces d'accueil et d'attente. Cette analyse s'appuie sur une méthodologie exploratoire fondée sur l'observation *in situ*, la perception spatiale et le relevé ethnographique. Ainsi, la subjectivité inhérente à cette posture est assumée mais encadrée par un outil d'analyse et un cadre théorique permettant d'articuler sensibilité personnelle et exigence scientifique. Aussi, ce travail de fin d'études ne repose sur aucune expertise médicale ni psychologique.

Par ailleurs, les entretiens envisagés avec les architectes du projet n'ont pu aboutir, ceux-ci n'ayant pas donné suite malgré plusieurs relances, y compris concernant l'accès aux plans. Cette absence d'échange a limité la compréhension fine des intentions architecturales. Toutefois, d'autres acteurs de terrains ont pu être mobilisés, permettant de compenser en partie cette lacune, voire enrichir l'analyse grâce à une approche centrée sur l'usage concret des dispositifs architecturaux.

Enfin, ce travail s'organise dans un cadre temporel limité et ne peut donc pas devenir une référence d'évolution à long terme.

Ces différentes limites suggèrent que ce travail, ainsi que ses résultats, doivent être lus comme une première exploration sensible et critique, ouvrant la voie à des investigations complémentaires et plus larges, dans d'autres hôpitaux par exemple. Ce travail s'inscrit dans une logique qui valorise la démarche entreprise plutôt que la finalité, en assumant une posture ouverte, attentive aux perceptions et aux usages.



L'état de l'art :

cadre théorique et contextuel

Cet état de l'art permet de présenter de manière synthétique les principales littératures accessibles et pertinentes en lien avec ce travail. Il commence par une vision générale pour aboutir à des éléments directement liés au sujet. Ce chapitre permet également de définir certains concepts clés abordés tout au long du travail.

1. Repérer l'hôpital dans l'histoire

Avant d'explorer concrètement la question de recherche, il est nécessaire de partir du sujet global : l'hôpital. Lorsque l'on évoque l'hôpital et l'architecture, le nom de Michel Foucault fait écho avec plusieurs ouvrages dont principalement le livre *Naissance de la clinique* (Foucault, 2009) et *Les machines à guérir* (Foucault et al., 1979). Il est l'un des premiers philosophes à modifier les recherches traditionnelles de l'histoire de l'hôpital, il s'est penché sur le concept spatial et ses représentations. L'hôpital est vu comme un grand enfermement (Foucault, 2009) pour plus tard, devenir un lieu où l'on soigne et où l'on guérit (Foucault et al., 1979).

Il est également important de situer les différentes institutions dont faisait partie l'hôpital pour comprendre son évolution. Anthony Vidler (1995) via *L'espace des Lumières : architecture et philosophie de Ledoux à Fourier* met en parallèle des figures architecturales emblématiques comme l'Hôtel-Dieu, le Panoptique de Bentham et le Phalanstère. Toutefois, un glissement s'opère : l'hôpital commence peu à peu à se distinguer comme une institution à part entière. Contrairement aux autres lieux publics, encore flous dans leur définition, l'hôpital est progressivement reconnu comme le lieu de la maladie, marquant un tournant décisif dans son identification (Vidler, 1995). Même si aucun modèle unique d'hôpital ne s'impose à l'époque, ni sur sa taille, ni sur ses fonctions, un accord général émerge sur la nécessité d'un tel établissement. Cette reconnaissance précoce s'explique par la gravité de la situation sanitaire : les lieux existants sont non seulement inefficaces mais aggravent les maladies et constituent un danger pour leur environnement, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur (Foucault et al., 1979 ; Vidler, 1995).

Le livre *Patrimoine hospitalier : un parcours à travers l'Europe* (AP-HP, 2001) retrace l'histoire de plusieurs établissements hospitaliers emblématiques, du V^e siècle au début du XX^e siècle, à travers l'évolution de leurs grandes typologies architecturales. Un ouvrage vient compléter cette perspective, en précisant certaines typologies et en montrant comment l'hôpital devient, à cette époque, un espace médicalisé marqué par une complexité technique croissante. Il développe également l'adoption progressive des principes hygiénistes dans la conception hospitalière (Sainte Fare Garnot et Martel, 1988).

Quant aux auteures C. Duboys-Fresney et G. Perrin (2017), elles retracent le parcours de Florence Nightingale, une infirmière pionnière du XIX^e siècle qui a également joué un rôle déterminant dans l'évolution des hôpitaux. Elle a notamment développé l'importance des conditions d'hygiène et a démontré les liens entre hygiène, aération et processus de guérison (Duboys-Fresney et Perrin, 2017). Son influence s'étend également sur la conception architecturale des hôpitaux, marquée par les principes de ventilation, de lumière naturelle et d'organisation fonctionnelle (Duboys-Fresney et Perrin, 2017).

Dans *L'hôpital et la Cité* (1963), Robert Frédéric Bridgman propose une lecture critique de l'évolution architecturale des hôpitaux, soulignant leur transformation progressive en équipements techniques de plus en plus complexes. Il insiste également sur le rôle central de l'hôpital dans la ville, plaident pour un meilleur ancrage urbain. Selon lui, les établissements hospitaliers doivent s'ouvrir à la ville sans pour autant la contaminer, et sortir de leur isolement fonctionnel en s'identifiant comme des acteurs sociaux et urbains (Bridgman, 1963).

2. Composantes des salles d'attentes et couloirs : cloisonnement et distribution

N. Dodier et A. Camus (1997) laissent sous-entendre que l'apparition physique des salles d'attente hospitalières, à travers l'histoire, est la résultante du cloisonnement progressif de l'hôpital. Celui-ci s'établissait d'abord par des critères sociaux, ensuite par l'apparition du service des urgences : les patients ne sont plus immédiatement admis mais triés en fonction de la gravité de leur état (Dodier et Camus, 1997). Ce filtrage implique une gestion spatiale de l'attente, créant l'admission comme un acte structurant de l'organisation hospitalière (Dodier et Camus, 1997).

Toutefois, la littérature portant spécifiquement sur les salles d'attente en milieu hospitalier reste relativement faible. La majorité des études disponibles concernent des espaces d'attente situés dans des contextes non médicaux tels que des gares, aéroports ou encore cabinets de professions libérales telles que notaires ou avocats. Toutefois, deux thèses se rapprochent partiellement de la thématique de ce travail en analysant la salle d'attente chez un généraliste (Guyot - Coiffier, 2010) et la place de la salle d'attente dans le parcours du soin en médecine générale (Groscol, 2022). Ces recherches adoptent une approche qualitative, fondée principalement sur des entretiens semi-directifs mais elles ne s'intéressent ni à l'hôpital comme structure spatiale, ni à la salle d'attente via ses qualités architecturales. Autrement dit, ces thèses ne présentent ni plans, ni croquis et se focalisent sur des cabinets de médecine générale. Ainsi, ce travail de fin d'études ne prétend pas combler un manque dans la littérature mais cherche plutôt à aborder la problématique sous un autre angle, en mobilisant une pensée d'architecte : l'observation sensible et située.

De même, la majorité des publications traitant du couloir se focalise principalement sur ses typologies et sa fonction de distribution centrale, sans lier directement à l'architecture hospitalière. Deux mémoires, respectivement en architecture et en design s'intéressent à ses dimensions et qualités spatiales. Ils retracent l'évolution du couloir dans plusieurs contextes : l'école pour l'un (Duboisset, 2015) et l'habitat ainsi que l'espace muséal pour l'autre (Cernec, 2017). Les auteurs analysent le rôle du couloir dans la structuration des parcours, la mise à distance mais aussi la manière dont il influence les perceptions, les rythmes et les comportements (Duboisset, 2015 ; Cernec, 2017). Cependant, aucun de ces deux travaux ne traite de sa présence et de ses effets dans l'environnement hospitalier.

Deux auteurs adoptent une démarche proche de celle développée dans ce travail, en proposant une lecture des couloirs hospitaliers à l'aide d'outils issus des sciences de gestion. En s'appuyant sur une observation des pratiques quotidiennes dans les services des urgences, ils analysent comment les professionnels de la santé investissent et transforment ces lieux, souvent déconsidérés et négligés (Orvain et Gentil, 2019). Ainsi, leur étude montre que les couloirs ne se limitent pas à une fonction de circulation : ils jouent un rôle actif dans la gestion hospitalière en tant qu'espaces d'accueil, de surveillance et d'orientation (Orvain et Gentil, 2019).

3. Concepts clés pour la lecture de l'espace hospitalier

La plupart des écrits abordant la notion d'attente s'inscrivent dans le domaine des sciences humaines, notamment à travers un chapitre dans *Qu'est-ce que l'attente ?* de I. Morand publié en 1914. Elle définit l'attente comme « [...] une prévision, un phénomène intellectuel. Mais toute prévision détermine une adaptation de l'organisme ou de l'esprit au prévu, adaptation d'autant plus précise et complète que l'évènement et le temps sont mieux connus. » (Morand, 1914, p.5). Plus tard, P. Fraisse et F. Orsini (1955) définissent l'attente comme une tension liée au décalage entre le présent et l'action espérée et analysent les conduites temporelles qu'elle induit. Ils insistent sur le fait que le temps, tout autant que l'espace, structure nos actions (Morand, 1914 ; Fraisse et Orsini, 1955). Face à ce constat, certaines stratégies permettent de moduler la perception du temps et donc de l'attente. Elle est notamment démontrée à travers une étude montrant que l'occupation améliore la satisfaction des patients même si le temps d'attente est inchangé (Dansky et Miles, 1997). Ces apports permettent d'ouvrir une réflexion sur le rôle de l'espace dans l'atténuation ou l'intensification de l'attente.

Roger S. Ulrich (1984) est reconnu pour ses expériences sur les relations entre l'environnement et la santé des êtres humains. Ces recherches concernent principalement les chambres d'hospitalisation, toutefois, elles invitent à une réflexion plus large sur l'ensemble de l'environnement hospitalier, en insistant sur son influence dans l'expérience vécue des patients. Il démontre que la présence d'une vue naturelle favorise la récupération des patients hospitalisés. Autrement dit, son étude emblématique compare les effets d'une vue sur un paysage végétalisé à ceux d'une vue donnant sur un mur. Il met en évidence le rôle bénéfique de la lumière naturelle, des vues extérieures et du confort spatial dans la réduction du stress et l'amélioration du bien-être (Ulrich, 1984). Dans un rapport, Roger S. Ulrich et ses collaborateurs insistent à nouveau sur l'importance du cadre physique hospitalier pour le bien-être des patients et soulignent que c'est une opportunité pour repenser les environnements de soins au XXI^e siècle (Ulrich et al., 2004).

Parmi les concepts mobilisés, il y a la proxémie qui s'exprime comme une gestion silencieuse des distances entre les corps pour communiquer sans les mots (Hall, 1971). Développé par Edward T. Hall (1971) à travers l'ouvrage *La dimension cachée* et approfondi par Marc-Alain Descamps (1993), ce concept constitue un cadre d'analyse pertinent pour comprendre les interactions sociales dans un contexte spatial. La proxémie permet notamment de distinguer différents types d'espace : les espaces sociofuges et les espaces sociopètes qui, respectivement, isolent les personnes et favorisent les échanges (Descamps, 1993). Dans cette perspective, Charles Holahan (1972) démontre que la configuration du mobilier peut influencer de manière significative les comportements sociaux des patients. Ses résultats permettent de révéler l'impact du cadre physique et spatial sur les interactions sociales (Holahan, 1972).

La pensée de l'espace développée par Henri Lefebvre dans *Espace et politique* (1972) constitue également un fondement théorique majeur. Ce dernier affirme que l'espace n'est pas un simple cadre neutre mais un produit social, façonné par les pratiques, les représentations et les rapports de pouvoir (Lefebvre, 1972). L'auteur distingue trois dimensions de l'espace :

- L'espace conçu, qui correspond à la vision des concepteurs et des décideurs : il renvoie à la manière dont les espaces sont pensés, organisés et projetés. Il cite que c'est l'espace des dominants (Lefebvre, 1972) ;
- L'espace perçu, qui est lié aux usages du quotidien et aux habitudes des individus. Il représente l'espace approprié selon les citoyens et les habitants : l'espace des dominés (Lefebvre, 1972) ;
- L'espace vécu, qui englobe les expériences sensibles et symboliques. Cet espace est subjectif et influencé par les comportements et l'environnement immédiat (Lefebvre, 1972). Il résulte donc des interactions entre la perception et la conception.

Si cette triplicité d'espace a été initialement pensée dans le cadre de l'habitat et de la forme urbaine, elle peut néanmoins être mobilisée pour analyser les espaces hospitaliers. Elle suggère de considérer les salles d'attente, les halls et les couloirs comme des espaces où se croisent les trois dimensions d'Henri Lefebvre (1972) : intentions de conception, habitudes et expériences vécues par les usagers.

4. Positionnement méthodologique et posture de recherche

Daniel Pinson (2016 ; 2020), architecte et enseignant-chercheur, croise les approches architecturales et sociologiques en insistant sur la nécessité de dépasser le relevé architectural traditionnel, souvent centré sur la forme et la structure de l'espace (Pinson, 2020). L'auteur propose d'intégrer une démarche complémentaire : le relevé « habité » ou relevé ethnographique. Cette méthode associe observation attentive, accompagnée de notes et documents visuels (croquis, photographies) permettant de décrire les interactions et les modes d'appropriation dans l'espace par les occupants (Pinson, 2016). Le double regard entre la technique et la sociologie établit un lien essentiel entre la culture de la construction et la culture d'usage (Pinson, 2016 ; Pinson, 2020). Si cette approche a été développée dans le cadre de l'habitat, elle peut tout à fait être transposée à d'autres environnements complexes comme les établissements hospitaliers. Dans cette perspective, l'objectif est d'adapter les principes du relevé habité dans l'étude des salles d'attente, afin de mieux comprendre les formes d'appropriation et les dynamiques sensibles qui s'y jouent au quotidien.

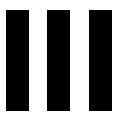
Cette attention portée à l'espace « habité » invite à reconSIDérer la manière dont les établissements de santé sont pensés et conçus. La conception d'un hôpital comporte de nombreuses faiblesses, comme le montre *Genèse d'un hôpital* (Riboulet, 1994) : volonté de monumentaliser l'édifice, extrême parcellisation des espaces, réponse purement fonctionnelle au programme, intégration des techniques sans prise en compte des émotions (Riboulet, 1994). Pour l'auteur, ces dérives pourraient être évitées. En 1980, l'architecte Pierre Riboulet participe à un concours pour la construction de l'hôpital pour enfants à Paris. En parallèle de l'élaboration du projet, il met par écrit ses craintes et ses incertitudes. Il montre les difficultés à concevoir un hôpital et insiste sur l'importance de parcourir les espaces afin de les saisir correctement en pointant l'impact de la technique sur l'espace. Cette problématique est prolongée dans *Soigner un malade et non une maladie* de Laurent Degos (2002), qui dresse le triste constat que la technique prend le dessus sur les relations humaines et donc sur le patient (Degos, 2002).

Ces constats font écho au rôle du concepteur ; l'architecte collabore généralement avec des ingénieurs mais rarement avec celles et ceux qui vivront les espaces au quotidien (Riboulet, 1994). Cette distance vis-à-vis des usages est illustrée par une simple métaphore : le médecin ne sait pas lire un plan tout comme un architecte ne sait pas lire une radiographie (Riboulet, 1994). Cela souligne que les intentions et concepts du projet ne correspondent que rarement à la réalité vécue par les utilisateurs.

En synthèse, ce travail de fin d'études s'appuie sur un cadre théorique historique à travers les œuvres de Foucault (1979 ; 2009) ainsi que de Vidler (1995) et mobilise des concepts issus de la sociologie de l'espace par Lefebvre (1972), de la psychologie environnementale (Ulrich, 1984 ; Ulrich et al., 2004), également de la proxémie (Hall, 1971 ; Descamps, 1993) afin de mieux comprendre les espaces analysés. L'approche de Daniel Pinson (2016, 2020) permet d'observer les usages, les ambiances et les formes d'appropriation, en reliant l'espace construit à l'expérience vécue. Sans oublier la perspective de Pierre Riboulet (1994) qui souligne l'importance de penser la conception hospitalière au-delà de la technique, en intégrant le rôle du concepteur comme médiateur entre le projet architectural et l'expérience quotidienne.

Le cadre théorique ne prétend pas être exhaustif, il a néanmoins guidé et affiné mon regard tout au long de l'élaboration de la méthodologie ainsi que dans la rédaction.

Par ailleurs, en complément des sources scientifiques mobilisées, l'ouvrage iconographique *Prendre soin* (Driguez, juillet 2025) a particulièrement retenu mon attention. Marin Driguez photographie pendant 25 mois la vie quotidienne d'hôpitaux belges : Saint-Pierre, Brugmann et l'Institut Jules Bordet. Cet ouvrage inclut notamment une série de photos intitulée « zone d'attente n°1 » et réalisée sur le banc d'attente des urgences de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles entre le 23 janvier et le 28 août 2019. Ces clichés, initialement centrés sur la condition humaine hospitalière, révèlent, selon mon regard d'étudiante en architecture, une spatialité spécifique ainsi qu'une appropriation du mobilier, une lumière vive et directe, une signalétique visible et également la présence diversifiée d'usagers. Ce recueil photographique a ainsi, de manière informelle, guidé mes déambulations au sein du CHC MontLégia et a contribué à affiner mon regard méthodologique.



La méthodologie

Dans ce travail, la méthodologie fait l'objet d'un chapitre à part entière, ce choix étant justifié par la nature même de la recherche, qui s'inscrit dans une démarche à la fois exploratoire et ancrée dans le réel. Il ne s'agit pas simplement d'appliquer des méthodes reconnues mais de concevoir un dispositif méthodologique sur mesure pensé spécifiquement pour répondre aux objectifs de ce travail de fin d'études et à la complexité du terrain étudié.

Concrètement, l'étude d'un cas suppose une immersion dans un contexte réel, avec des variables liées à la spatialité, à l'organisation des flux, à l'ambiance des lieux de circulation et d'attente ainsi qu'aux interactions humaines. Cette complexité nécessite donc une méthodologie adaptée, contextualisée, progressive et surtout capable de s'ajuster aux données du terrain. La mise en lumière des choix méthodologiques, des outils mobilisés et des critères d'analyse dans un chapitre distinct permet ainsi de rendre plus lisible la démarche de recherche et de donner tout sa crédibilité à l'étude.

Ce chapitre répond aussi à une exigence de transparence scientifique. Il offre au lecteur une vision claire du « comment » de la recherche : comment les données ont été collectées, pourquoi certains espaces ont été retenus et d'autres non, comment les observations ont été structurées, et selon quels principes les interprétations seront ensuite tirées. Cette explicitation méthodologique contribue à une objectivation des résultats, tout en laissant place à une posture réflexive sur les choix effectués.

1. Stratégie de la méthodologie: entre théorie et pratique

Ce travail de fin d'études s'articule autour de deux composantes complémentaires : une approche théorique approfondie et une application pratique à travers l'étude d'un cas concret. Cette dualité permet de confronter les concepts étudiés à une réalité hospitalière contemporaine et tangible, en l'occurrence celle du CHC MontLégia, situé à Liège, en Belgique. La théorie et la pratique vont donc accompagner les différents chapitres de ce travail.

Sur le plan théorique, les grands fondements ont été posés dans les chapitres précédents, notamment à travers l'état de l'art. Ce travail de fin d'études suit une démarche allant du général au particulier, où les éléments théoriques et conceptuels nourrissent l'analyse du cas d'étude. Ici, la réflexion se focalise plus spécifiquement sur la spatialité des salles d'attente et leur organisation au sein du parcours hospitalier autrement dit, les couloirs.

Pour la partie pratique, il est indispensable d'adopter une méthodologie rigoureuse. Des outils d'analyse spécifiques sont développés ci-dessous afin d'assurer la cohérence des données recueillies sur le terrain. Par exemple, un tableau d'observation intègre des critères préétablis, permettant de guider la sélection des espaces étudiés et sert de support pour une analyse des salles d'attente visitées. Également, un carnet de bord m'accompagne lors de chaque visite *in situ*, développant des schémas, des croquis ainsi que de simples interrogations. En somme, cette méthodologie repose sur une logique de découverte, mais s'appuie également sur un processus d'observation systématique, permettant d'allier souplesse exploratoire et rigueur scientifique dans l'étude du lien de l'espace hospitalier découlant sur l'expérience du patient.

Ce travail s'inscrit dans une démarche exploratoire, qualitative et inductive, qui relève d'un paradigme compréhensif et interprétatif. Il ne cherche pas à objectiver des phénomènes de manière généralisable, mais à saisir l'expérience vécue des usagers dans les espaces d'attente hospitaliers, à travers une approche sensible et située. L'objectif n'est pas de mesurer mais de décrire, de ressentir et d'interpréter des situations spatiales à travers une posture réflexive. Ainsi, la méthodologie mobilise des outils qualitatifs tels que l'observation *in situ*, l'analyse spatiale (via des outils méthodologiques) et l'attention portée aux perceptions sensibles des espaces.

2. Choix de l'hôpital: le CHC MontLégia

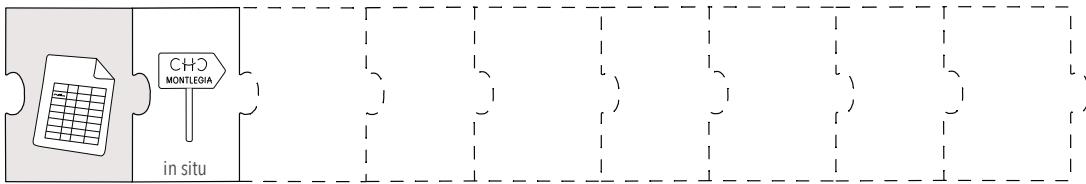
Le choix du CHC MontLégia comme terrain d'étude n'est pas dû au hasard, il s'inscrit dans une logique à la fois stratégique, méthodologique et symbolique. Inauguré en mars 2020, il s'agit du dernier hôpital à avoir vu le jour en Wallonie ; le choix de l'hôpital s'est précisé lors du cours d'états d'avancement en février 2024, il n'est actuellement plus le plus jeune hôpital wallon. Toutefois, il reste un exemple contemporain particulièrement pertinent pour une analyse portant sur l'évolution de l'architecture hospitalière et son lien avec l'expérience des patients. En tant qu'établissement de santé récent, il incarne une génération d'hôpitaux conçus dans un contexte postérieur aux grandes réformes hospitalières, intégrant dès la conception des préoccupations majeures telles que l'humanisation des soins ou encore la durabilité environnementale (Le Groupe Santé CHC, 2020).

Sur le plan pratique, le choix du CHC MontLégia s'est également imposé en raison de sa facilité d'accès, qui permet un suivi de terrain plus régulier. Cette accessibilité favorise la réalisation d'observations directes et offre donc la possibilité de documenter de manière rigoureuse les interactions spatiales au sein de l'hôpital.

Mais au-delà de ses qualités techniques et logistiques, le CHC MontLégia se distingue surtout par la philosophie qu'il incarne. Le Groupe Santé CHC (2020) met au cœur de son projet une vision centré sur l'humain. L'hôpital affirme, dans ses documents et sa communication, aller vers le bien-être du patient et de sa famille, ainsi que mettre en avant la bienveillance (Le Groupe Santé CHC, 2020). Cette orientation se traduit non seulement à l'accueil et dans les pratiques médicales mais aussi, et c'est tout l'objet de cette recherche, dans la manière dont l'espace lui-même est pensé, organisé et vécu.

Ce cadre particulier fait du CHC MontLégia un terrain idéal. Il offre un contexte dans lequel les objectifs théoriques de cette recherche peuvent être confrontés à une réalité construite, en fonctionnement et encore fraîchement implantée dans le paysage hospitalier wallon. Il s'agit donc d'un choix méthodologique permettant de lier, à la fois l'actualité du sujet, la richesse du terrains et la pertinence des valeurs portées par l'établissement lui-même.

3. Elaboration d'un outil d'analyse : logique « inversée »



Comme dit précédemment, l'analyse proposée dans ce travail s'inscrit dans une logique de découverte, où l'observation *in situ* et la construction progressive des hypothèses guident l'organisation de la recherche. Dans ce contexte, la méthodologie adoptée repose sur une stratégie dite « inversée », principalement en raison de la nature exploratoire de cette recherche. Contrairement à une démarche plus classique qui consisterait à sélectionner d'abord un corpus d'espaces, en l'occurrence les salles d'attente, pour ensuite élaborer un outil d'analyse adapté à leurs caractéristiques, j'ai opté pour un processus inverse. J'ai construit en amont un tableau d'analyse détaillé, fondé sur des critères théoriques : architecturaux, ergonomiques et sensibles, sans avoir encore déterminé les salles à observer. Ce choix méthodologique vise à garantir une grille concrète, en restant suffisamment ouverte et souple, permettant d'accueillir une diversité de configurations spatiales et d'usage. En élaborant un outil indépendant au terrain, il s'agissait également d'éviter tous les biais liés à une précompréhension des lieux. Cette stratégie « inversée » permet ainsi d'ancrer l'analyse dans une posture rigoureuse, où les critères précèdent les cas, favorisant dans un premier temps, une lecture plus systématique et comparative des espaces.

Ce choix méthodologique répond à plusieurs logiques. D'abord, il découle de la volonté de structurer l'observation dès les premières visites, afin d'éviter une lecture fragmentaire du terrain. La création d'un tableau d'analyse aux critères préétablis m'a permis d'adopter une posture d'observatrice attentive et rigoureuse, en m'appuyant sur une grille théorique inspirée de différentes sources scientifiques. Il s'agissait ainsi de donner d'emblée une direction claire au travail : partir de la théorie pour la faire intervenir dans le cadre pratique.

Mais cette stratégie est aussi née de contraintes concrètes liées à l'organisation du travail. En effet, malgré plusieurs échanges et relances auprès des bureaux d'architecture concernés, les plans n'ont pas été transmis. Dans ce contexte, la possibilité d'établir en amont une sélection ciblée des salles d'attente a été compromise. Face à cette situation, j'ai adopté une posture méthodologique proactive, en concentrant mon attention sur le développement d'une grille d'analyse. Ainsi, loin d'être une faiblesse, cette inversion des étapes s'est révélée être une opportunité méthodologique.

Le tableau d'analyse :

Critères	Exemple: salle 1		Références
Accès, guichet, trajet, couloirs -> effet labyrinthe (présent, non-ressenti)	Accès par l'entrée principale, facile : toujours tout droit		La signalétique à l'hôpital (Plain-pied, 2005)
Signalétique d'accès et dans la salle	Suivre la route 66 en rouge		La signalétique à l'hôpital (Plain-pied, 2005).
Superficie approximative en m ²	14		/
Organisation spatiale	Pièce distincte		Architecture: form, space and order (Ching, 2007)
Morphologie	Rectangulaire		/
Localisation, vues	Vue sur le parking		View through a window may influence (Ulrich, 1984)
Pièce vide, encombrée, normale	Fortement vide		/
Revêtement (murs, sol, plafond)	Murs peints, faux plafond		Couleur et soin (Bay et Fayolle, 2021).
Présence de portes	Une seule, grande ouverte		/
Nbre et placement			
Présence de fenêtres	2 sur même mur, stores relevés		/
Nbre, placement, etc.			
Présence de lumières	3 néons directs au plafond		Lighting and colour for hospital design (Dalke et al., 2004)
Type, couleur, nbre			
Présence de bruit	Bruit venant du couloir		/
Type et origine			
Couleur prédominante et matérialité	Vert pomme		Couleur et soin (Bay et Fayolle, 2021).
Disposition des assises	Le long des murs		La proxémie (Hall, 1971 ; Descamps, 1993)
Type d'assises	Chaises simples rouges en plastique		/
Nbre, matériaux			

Présence d'autres mobiliers	Non		/
Décoration (plantes, affiches...)	Une plante, tableau en liège		Construire biophilique (Lovergne, 2023)
Élément significatif à la salle	Forte odeur d'huile essentielle		/
Nombre de personnes à l'instant T	3		/
Autre	/		À compléter selon l'analyse de terrain

Fig.1: Tableau type accompagnant les visites [illustration personnelle]

Le tableau est structuré autour d'un ensemble de critères qualitatifs et quantitatifs permettant de comparer les caractéristiques spatiales, matérielles, fonctionnelles et perceptives de chaque salle d'attente visitée. Parmi elles : l'accès à la salle, la signalétique, la morphologie de l'espace, les matériaux, la lumière, les bruits ambiants, la disposition et nature des assises, la décoration, ou encore la présence d'éléments sensoriels marquants (odeurs, couleurs, textures).

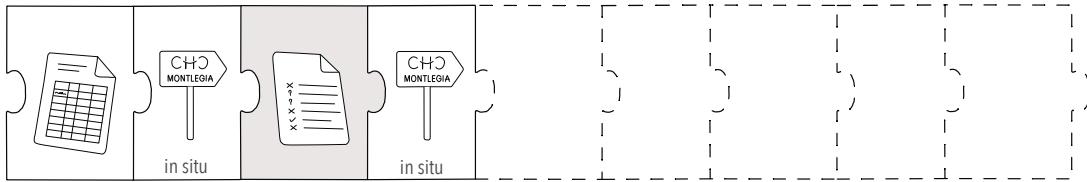
Toutefois cette grille repose, en partie, sur des critères interprétatifs. Elle ne vise pas une objectivité exhaustive mais plutôt une lecture située, assumant une part de subjectivité, propre aux recherches en architecture sensible. Il y a donc un mélange entre rigueur scientifique et sensibilité personnelle, ce qui semble relativement fréquent dans la discipline telle que l'architecture.

L'objectif n'est pas seulement de produire une description technique de chaque espace, mais de mettre en relation ces données avec des enjeux humains et sociaux : comment l'espace influence-t-il l'attente ? Quels sont les effets du mobilier ou de la signalétique sur l'orientation, le confort, voire les ressentis des patients ? Certaines salles traduisent-elles une intention architecturale, ou semblent-elles avoir été placées dans les interstices du bâtiment, comme des « espaces résiduels » ? À travers ces questions, le tableau devient un outil ouvert à une lecture critique de l'organisation hospitalière.

Cette méthodologie inversée permet ainsi de confronter un outil construit théoriquement à une réalité spatiale qui n'est pas encore figée au moment de l'élaboration du dispositif. Elle laisse place à une flexibilité dans l'exploration, tout en assurant une cohérence dans l'analyse comparative. En somme, elle participe pleinement à la démarche de recherche : un croisement entre théorie et pratique observatrice.

Les différents tableaux complétés sont repris dans les annexes n°3.

4. Choix des salles d'attentes: stratégie de sélection



Lors du cours d'états d'avancement, se soulevaient déjà différentes stratégies de sélection des salles d'attente : économique, sociologique/anthropologique, architecturale, etc. Chacune proposait un prisme différent pour orienter le choix des espaces à analyser. Il s'agissait de créer une sorte de cartographie méthodologique, non pas pour toutes les explorer mais pour situer clairement les possibles postures adoptées dans cette recherche.

J'y notais d'ailleurs « Certains choix de sélection sont plus propices que d'autres ou plutôt certains sont à écarter. Par exemple : le choix « *feeling* » est mis de côté, il ne semble pas le plus pertinent. » Une affirmation alors formulée sans justification, probablement car le choix dit "feeling" peut sembler, de prime abord, moins rigoureux ou systématique. Pourtant au fil de l'avancée du travail, cette affirmation a évolué.

Les stratégies directement écartées :

- L'approche économique : qui consistait à sélectionner des salles en fonction de la rentabilité du service (très rentable, peu rentable, etc.), a été jugée peu pertinente pour une analyse centrée sur la perception spatiale.
- L'approche picturale : basée sur des photographies de vues d'ensemble de chaque salle, a été directement écartée car elle n'aurait pas permis de saisir les dynamiques d'usage ni les perceptions corporelles en situation réelle.

Les stratégies considérées mais non retenues :

- L'approche architecturale : basée sur les plans ou le cahier des charges, n'a pas pu être appliquée, faute d'avoir obtenu les documents malgré plusieurs démarches.
- L'approche sociologique/anthropologique : fondée sur le cycle de vie (naissance, soins courants et fin de vie), sur la fréquence des visites et des soins (oncologie contre ophtalmologie : des services de traitement contre des services d'examen annuel) ou sur la nature « publique ou privée » (une grande salle contre une salle quasiment

individuelle). Ces choix n'ont pas été retenu car ils nécessitaient des connaissances préalables du fonctionnement détaillé des services hospitaliers, qui n'étaient pas accessible pour ce travail.

La stratégie appliquée :

- L'approche « feeling » : basée sur une déambulation in situ.

C'est finalement l'approche intuitive, autrement dit le « feeling » qui s'est imposée comme la plus cohérente avec les objectifs de ce travail. Ce terme que j'emploie volontairement, ne renvoie pas un simple ressenti spontané et arbitraire. Il s'agit d'une perception sensible, informée et attentive mobilisée sur le terrain à travers la déambulation, l'observation et l'expérience corporelle de l'espace.

Bien que plus subjectif, ce choix ne signifie en aucun cas un abandon de toute rigueur, ce « feeling » s'ancre dans une culture architecturale et une grille d'analyse, construite et concrète, qui permettent de repérer les qualités spatiales, de percevoir et de questionner les usages. À la différence des critères techniques ou socio-économiques, le "feeling" permet d'ouvrir la porte à des dimensions difficilement quantifiables mais fondamentales : ambiance, fluidité des parcours, bruit ambiant ou encore ressenti de confort ou de malaise. Ainsi, ladite théorie via le tableau d'analyse permet d'accompagner la pratique, dans ce cas, le feeling.

Dans cette perspective, l'intuition corporelle et la sensibilité esthétique deviennent des instruments légitimes d'analyse. Autrement dit, le corps est notre point de vue sur le monde, et c'est à travers lui que se construit le rapport à l'espace (Merleau-Ponty, 1945). Il est donc cohérent qu'un travail en architecture adopte une méthode qui valorise cette dimension perceptive et sélectionne des lieux qui provoquent une interrogation, une curiosité ou un trouble pour une analyse spatiale. Concrètement, ce grand feeling est assumé mais encadré.

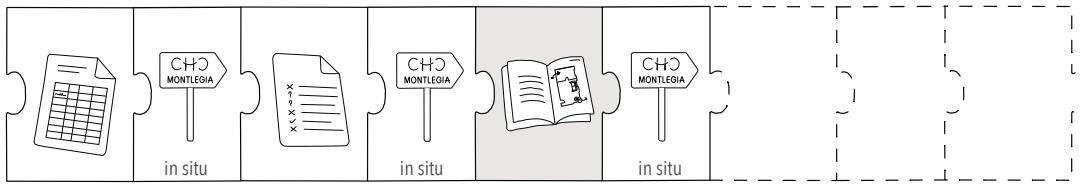
Toutefois, la sélection des salles d'attente ne repose pas exclusivement sur une démarche intuitive : elle s'est progressivement cadrée à partir d'une observation préliminaire du site. Ainsi, toutes les salles retenues dans l'analyse sont accessibles depuis l'entrée principale du CHC MontLégia (route 501), ce qui implique l'exclusion des services de psychiatrie et des urgences, localisés en dehors du parcours choisi. Une diversité de configuration spatiale a également orienté les choix finaux, eux-mêmes intégrés dans des services distincts. Parmi les services sélectionnés, seul celui de la médecine nucléaire (route 302) présente plusieurs salles d'attente, aux configurations spatiales différencierées. Cette diversité interne en fait un point d'observation particulièrement riche, d'autant plus que les agencements repérés s'y retrouvent, sous des formes proches, dans les autres services analysés. Le service de médecine nucléaire peut ainsi être considéré comme un cas pivot.

De plus, certaines ont été écartées, pour des raisons d'impossibilité d'accès (imagerie interventionnelle ; route 616) ou parce qu'elles ne constituaient pas réellement des salles d'attente (gériatrie, revalidation, grossesse à risque, dispatching naissance). Ces dernières apparaissent toutefois dans un autre chapitre d'analyse qui concerne « La fluidité des parcours hospitaliers : circulation et compréhension des espaces. »

Enfin, afin d'éviter toute redondance, certaines salles configurées de manière identique (route 222, route 232, route 422, route 452, route 642, route 832 et route 842) n'ont pas toutes été analysées. Une seule salle représentative de cette typologie a été retenue.

Concrètement, afin d'éviter que mon ressenti initial ne conditionne toute l'analyse, plusieurs précautions ont été mobilisées. D'une part, la prise de notes sur le terrain a suivi un protocole récurrent fondé sur des critères stables. D'autre part, l'analyse a intégré une forme de triangulation : confrontation entre les données issues du ressenti *in situ*, les éléments objectifs du tableau d'analyse et les apports de la littérature scientifique. De cette manière le feeling n'a pas été rejeté mais encadré théoriquement.

5. Méthode immersive : intégration de relevés ethnographiques



Les visites approfondies sont guidées par un carnet de bord. L'intérêt de celui-ci est d'aborder, de la façon la plus précise possible la réalité des lieux : des observations, des ressentis, des réflexions. Il est vu comme un recueil libre, presque décousu mais est toujours guidé par une méthodologie rationnelle : des mots clés, des petits relevés ethnographiques, des croquis d'éléments significatifs présents dans les salles. D'ailleurs, dans la volonté d'être la plus discrète possible et non intrusive, un choix s'est fait : ne pas faire intervenir des sources iconographiques. Celles-ci auraient pu susciter des réactions de la part des usagers présents. D'autant, que je n'ai de toute façon pas obtenu les accords de la direction ; les hôpitaux sont soumis à des règles strictes. De plus, il est difficile d'interagir avec les personnes présentes dans la salle. Ainsi, je me suis mise dans la peau d'un patient ; souvent seul, sans envie de converser.

Concernant les mots clés, ils accompagnent mon ressenti personnel à propos d'éléments immatériels : le bruit, l'odeur, l'atmosphère générale, etc. Ils agissent comme une sorte de pense-bête une fois les observations terminées.

Pour ce qui est du relevé ethnographique ou relevé habité, il est nécessaire d'expliquer son processus et d'en justifier son apport à ce travail de fin d'études. L'ethnographie est l'étude descriptive et analytique d'un environnement, exigeant un travail d'observation en immersion (Mauss, 1947, cité dans Pinson, 2016). Autrement dit, « la sociologie, comme l'ethnologie, sont des disciplines dont la plupart des tenants ont une formation littéraire [...]. » (Pinson, 2016, p.55). Ici, l'intention est d'apporter mes connaissances, mes capacités d'observation et mes techniques de représentation (croquis, schémas, relevés) afin de l'élaborer de la manière la plus architecturale possible et non plus sous l'unique forme d'un rapport écrit classique. D'ailleurs, « ce qui distingue le relevé habité (fig. 2) du relevé architectural (fig.3), c'est qu'il fait apparaître les traces d'occupation de l'espace, de son appropriation par ceux qui en sont les destinataires. » (Pinson, 2020, p.2). L'ambition est de s'imprégnier du lieu, de dessiner en plan la spatialité de la salle d'attente mais surtout d'oublier toutes les conventions de dessins courantes en architecture. Peu importe si la cloison fait 10 ou 20 cm. Ici, on fait apparaître les meubles, les plantes, les différentes circulations entre les pièces, les interactions, etc.

Cette méthodologie s'applique généralement à l'habitation. Toute l'intention de ce travail est de l'appliquer aux salles d'attente dans un hôpital public wallon. Le souhait est de mettre en lumière leur appropriation. Ma démarche se voit considérée comme un prototype et non comme une procédure prouvée.

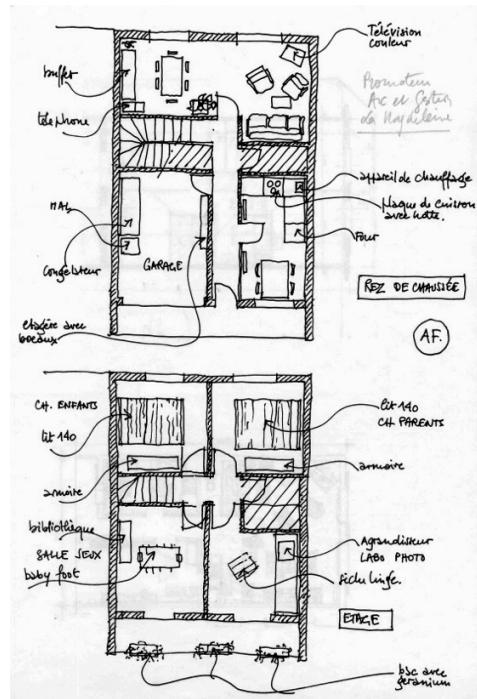


Fig.2 : Exemple de relevé habité/ethnographique annoté (Pinson, 2020, p.13)

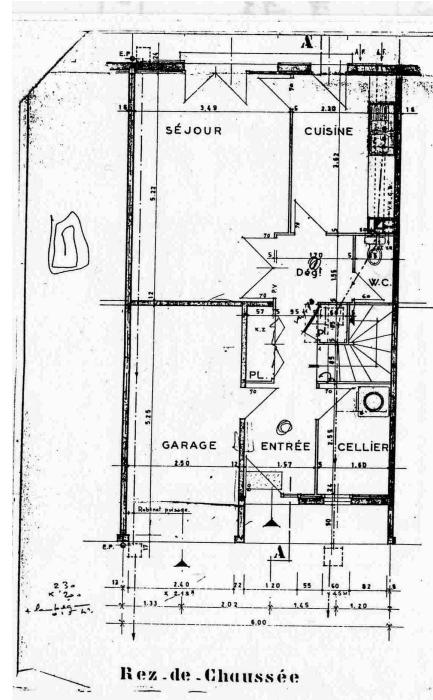
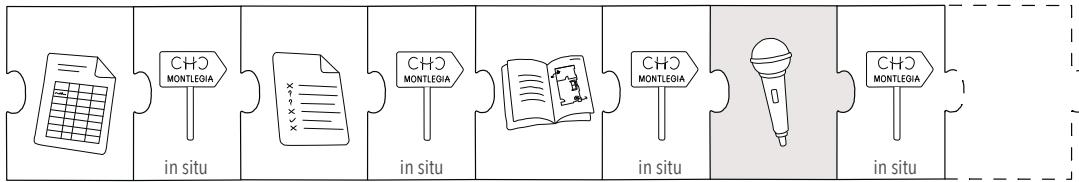


Fig.3 : Exemple de plan type architecte (Pinson, 2020, p.13)

6. Entretien semi-directif : rencontre avec un professionnel



Le relevé ethnographique combiné à un entretien semi-directif est un atout dans la recherche. Un entretien semi-directif consiste à collecter des données à travers des thèmes précis, préparés à l'avance, abordés de manière souple, en allant du cadre général au particulier. Il s'agit d'un échange guidé par des questions ouvertes, conçu pour favoriser une parole libre du répondant, tout en maintenant une orientation structurée par le chercheur (Neuwels, s.d.). Cette forme d'entretien est donc loin d'être un interrogatoire, il permet au chercheur d'approfondir certaines réponses et de capter des éléments imprévus mais significatifs.

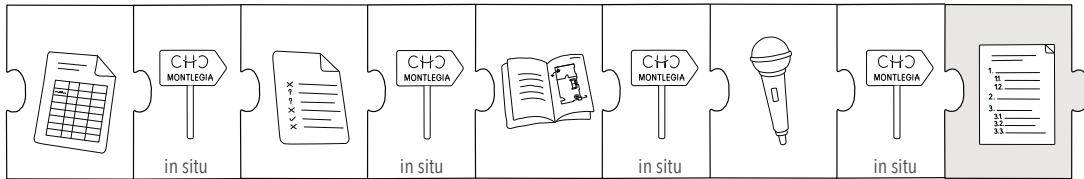
Initialement, ce dispositif était prévu pour interroger les architectes ayant participé à la conception du CHC MontLégia. Cependant, ce point n'a pas pu aboutir. Toutefois, il s'est transformé grâce à une opportunité survenue en fin de parcours : j'ai eu l'occasion de rencontrer Monsieur André Mulder, chef du département de pédiatrie au CHC MontLégia. Cette rencontre m'a permis d'accéder à une lecture encore plus ancrée de l'hôpital, à travers une visite approfondie de l'établissement et de son service, d'abord à ses côtés, puis de manière complètement autonome grâce à un badge d'accès temporaire. Cette exploration spatiale a été combinée à un entretien semi-directif.

Bien que tardive, cette opportunité a profondément réorienté le travail. J'ai donc à la dernière minute modifié la table des matières et intégré un chapitre spécifique consacré à la pédiatrie. Ce réajustement s'est inscrit avec cohérence dans le processus de recherche, puisque le cheminement général et certaines salles d'attentes figuraient déjà parmi les espaces sélectionnés par le tableau d'analyse et la stratégie du « feeling ».

Ainsi, cette seconde phase sur le terrain a permis d'approfondir la compréhension des modes d'appropriation des espaces par les usagers. Elle a mis en évidence des pratiques de détournement des fonctions initiales, des comportements d'évitement ou au contraire d'acceptation par les patients et surtout, des adaptations opérées par le personnel hospitalier. Ces ajustements illustrant parfaitement l'écart, subtil mais significatif, entre l'architecture conçue et l'architecture vécue.

Le guide d'entretien se trouve en annexe n°2.

7. Plan de rédaction : création d'un fil conducteur



L'élaboration de la table des matières ainsi que le choix du fil conducteur de ce travail, découlent d'une idée presque poétique. Ce travail allie théorie et pratique, associe sociologie et architecture, regroupe l'écriture et la représentation graphique et mobilise l'immersion et la retranscription. Ainsi le plan de rédaction se veut être une promenade, ou plutôt une déambulation contrainte, à travers l'hôpital. Concrètement, afin de donner un sens à la table des matières et de relier la forme et le fond, il y a un parallèle structurant entre la progression du travail et le parcours spatial. Le développement du travail suit un fil rouge qui accompagne symboliquement un usager.

L'introduction, l'état de l'art et la méthodologie présentent et soutiennent ce travail de fin d'études, à l'image d'un patient garé sur le parking qui s'apprête à entrer dans l'hôpital.

Le premier chapitre, *L'évolution de l'architecture hospitalière : spatialités et enjeux historiques* correspond au franchissement de la porte d'entrée ainsi qu'aux premiers pas dans le hall. Le chapitre installe le contexte, l'histoire et les repères nécessaires.

Ensuite, le chapitre *La fluidité des parcours hospitaliers : circulation et compréhension des espaces* se focalise tout simplement sur les déplacements de l'usager vers la salle d'attente qui lui est attribuée. Cette étape prépare naturellement la réflexion sur *Le rôle de l'architecture dans les zones d'attente : compréhension et application des espaces* qui marque le moment suspendu dans le parcours où l'attente est source d'observation, de réflexion, de ressenti.

Le dernier chapitre *La complexité des espaces hospitaliers : entre circulation, attente et usages réels*, explore les dynamiques entre les zones en mouvement et les zones en arrêt, ainsi que les écarts entre l'espace conçu, construit et vécu. Ce chapitre fait écho au moment où l'usager, ayant terminé son rendez-vous médical, réintègre les couloirs et prend conscience de ce qu'il vient d'expérimenter, dans le contexte hospitalier.

Enfin, la conclusion rassemble les leçons tirées de cette analyse et ouvre aussi des nouvelles perspectives, faisant référence à l'usager qui regagne le parking et quitte les lieux.

IV

L'évolution de l'architecture hospitalière : spatialités et enjeux historiques

1. L'hôpital : trajectoire historiques et transformations spatiales

Tout d'abord, afin de mieux comprendre le milieu hospitalier, un retour en arrière est nécessaire. Une clarification de l'histoire des hôpitaux est indispensable. Celle-ci débute avec une brève explication du fonctionnement de cet environnement dès le Ve jusqu'au XVe siècle suivie d'une étude plus approfondie dès le XVe siècle.

Par ailleurs, l'écriture de ce point a débuté pendant mon Erasmus à Paris, c'est pour cela qu'il développe principalement des cas français via des littératures majoritairement françaises. Néanmoins, les principes et les fonctionnements abordés restent pertinents pour ce travail ; ils illustrent des évolutions qui ont influencé de nombreux systèmes hospitaliers belges.

Au Moyen-Âge, les hôpitaux sont liés à la religion, c'est un lieu d'accueil pour les plus pauvres, les mourants, les enfants abandonnés ou encore les vieillards ; les gens dont personne n'est en mesure de s'occuper (AP-HP, 2001). Le but de ce lieu est d'accueillir, d'offrir un toit et non de soigner et encore moins de guérir. La définition de l'hôpital au cours du Moyen-Âge résonne de l'acte d'hospitalité ; l'action de recevoir et d'être hébergé chez un hôte (AP-HP, 2001). C'est de l'assistance, il n'y a aucun médecin présent, uniquement des religieux. Par ailleurs, la typologie des bâtiments n'est pas celle que l'on connaît actuellement. Auparavant, c'était une grande halle commune parallèle au bâtiment des religieux. L'un des plus beaux exemples est l'hôpital Notre-Dame-des-Fontenilles fondé en 1293 en Bourgogne, il est le plus long hôpital médiéval d'Europe ainsi qu'un des plus anciens. D'ailleurs, malgré la grande proximité des lits, la charité régnait (AP-HP, 2001).

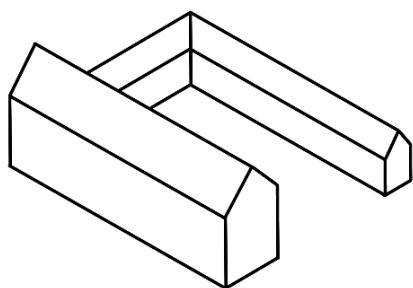


Fig.4 : Typologie type d'un hôpital au Moyen-Age [illustration personnelle]

Dès le XV^e siècle, l'hôpital connaît un tournant décisif qui entraîne l'apparition de nouvelles typologies architecturales. Il se déploie sous une forme rectangulaire avec une cour reprenant les codes du cloître. L'un des plus célèbres est sans aucun doute l'Hôtel-Dieu de Beaune construit dès 1443. L'hôpital est doté d'une nouvelle organisation spatiale ; une grande halle commune dédiée aux plus démunis, un réfectoire, un dortoir pour les hospitalières mais surtout de grandes nouveautés : une infirmerie pour les sœurs ainsi que le début des chambres payantes. Un nouveau paradigme s'ouvrira ; l'accessibilité aux soins (AP-HP, 2001). Cette transformation architecturale accompagne donc un changement plus profond dans la fonction sociale de l'hôpital : on passe d'un lieu d'accueil à un espace de soin (AP-HP, 2001). C'est particulièrement au XVI^e siècle que l'hôpital dit Hôtel-Dieu se médicalise. Il quitte petit à petit l'aspect charitable contre une organisation laïque et savante ; l'accueil des plus démunis est restreint au profit des malades. A cette époque, de nombreux Hôtels-Dieu sont construits en France et dans Paris. À savoir qu'au XVII^e siècle, c'est la genèse de l'hôpital « général », le premier est « La Salpêtrière » en 1656 à Paris. Il y a donc, une grande distinction entre l'Hôtel-Dieu et l'hôpital général. L'hôpital général, en France et au Benelux, est un lieu de réclusion, d'enfermement destinés aux mendiants ; le but étant d'assainir les villes (Bridgman, 1963). L'hôpital ressemble, voire est, une organisation carcérale (Foucault et al., 1979). Ceci dit, l'hôpital général reste un lieu de bienfaisance. Or, les Hôtels-Dieu se spécient de plus en plus dans les soins. Autrement dit, si un individu de l'hôpital général « La Salpêtrière » vient à être malade, il est envoyé dans l'Hôtel-Dieu de Paris (AP-HP, 2001).

Au XVIII^e siècle, la médicalisation s'affirme et les religieux disparaissent au profit des médecins qui osent enfin palper les malades (AP-HP, 2001). On ne cherche pas seulement à soigner mais bien à guérir (Foucault et al., 1979). Les bâtiments hospitaliers se voient cassés aux angles, ce sont dorénavant quatre bâtiments distincts organisés autour d'une cour. De plus, à l'intérieur de chaque bâtiment, des petites salles cloisonnées sont créées, c'est la fin des grandes salles communes. Cette nouvelle configuration permet d'éviter la propagation d'un possible incendie mais surtout d'améliorer la circulation de l'air ; on entre dans le courant hygiéniste (Sainte Fare Garnot et Martel, 1988).

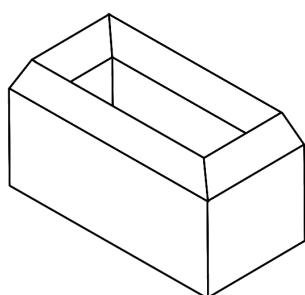


Fig.5 : Typologie type d'un hôpital au XV-XVI^e siècle [illustration personnelle]

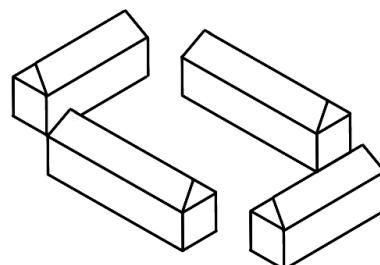


Fig.6 : Typologie type d'un hôpital au XVIII^e siècle [illustration personnelle]

Au XIX^e siècle, la France révolutionne l'architecture hospitalière ainsi que la médecine en construisant « Lariboisière ». L'hôpital est de type pavillonnaire basé sur des idées hygiénistes. Comme le résume Michel Foucault (1979), « l'hôpital doit fonctionner comme une machine à guérir » (Foucault et al., 1979, p.16). L'hôpital pavillonnaire se développe par une dizaine de bâtiments parallèles et autonomes, reliés par des galeries avec une chapelle en position centrale. Ces établissements répondent aux principes hygiénistes : séparation des patients par sexe et par maladie, limitant les risques de contagion. Cette disposition devient un outil contre les miasmes (AHPH, 2001). Lariboisière apparaît comme un monument où la charité et les sciences ne font qu'un (Sainte Fare Garnot et Martel, 1988). La disposition générale permet une salubrité encore jamais connue. Cet hôpital est l'hôpital modèle de l'époque (Sainte Fare Garnot et Martel, 1988).

Au XX^e siècle, une nouvelle transformation majeure s'opère dans la conception hospitalière. En 1935, à Clichy, l'hôpital Beaujon est le premier hôpital monobloc vertical d'Europe. Contrairement aux hôpitaux pavillonnaires, ce type d'établissement regroupe tous les services et fonctions dans un seul bâtiment, haut de treize étages. Ce choix architectural marque une rupture : il incarne l'hôpital rationnalisé, fonctionnel, pensé pour centraliser le soin (AP-HP, 2001). Parallèlement, au milieu du siècle, l'hôpital devient également un espace dédié à l'enseignement et à la production de savoirs (Foucault, 2009). L'apparition de l'hôpital universitaire s'inscrit dans la même dynamique et privilégie également le modèle monobloc. Ce changement architectural accompagne une mutation dans la profession médicale elle-même : « À mesure que le rôle de l'hôpital s'affirme dans le sens exclusif du traitement et de la guérison, toute action prend en effet la forme d'un acte médical, relevant d'un personnel de plus en plus hiérarchisé et qualifié. » (Foucault et al., 1979, p.34). Avant cette évolution, il était possible d'exercer la médecine sans diplôme ni formation universitaire.

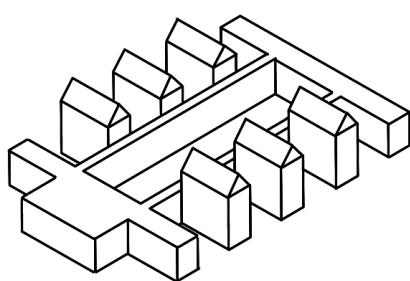


Fig.7 : Typologie type d'un hôpital au XIX^e siècle [illustration personnelle]

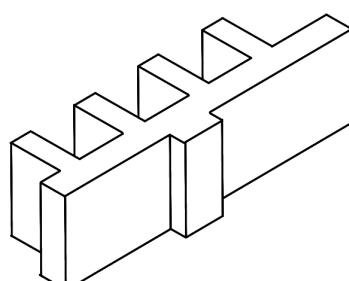


Fig.8 : Typologie type d'un hôpital au XX^e siècle: « le monobloc » [illustration personnelle]

Par la suite, le modèle du monobloc ne disparait pas mais se diversifie : il se décline en monobloc sur socle et polybloc. Ces évolutions conservent toutefois la logique initiale du bloc : centralisation et rationalisation. Néanmoins, cette configuration en bloc marque la fin de l'hôpital humanisé au profit du progrès médical (AHPH, 2001). L'espace hospitalier devient un outil au service de la performance médicale, structuré pour répondre à des normes de standardisation et exigences d'efficacité (Chauveau, 2011). Cette transformation spatiale s'incarne dans des éléments concrets : un seul et unique accueil pour tous, des services uniformisés, des couloirs sans distinction. L'identité architecturale se répète d'un étage à l'autre, d'un service à l'autre.

D'ailleurs, en plus des typologies qui évoluent et diffèrent, il y a également la localisation des hôpitaux ; dans la ville ou hors de la ville. « C'est le processus d'urbanisation qui est générateur d'établissements hospitaliers. Là où la ville se développe, apparaissent les hôpitaux » (Bridgman, 1963, p.32). Au cours de l'histoire, l'hôpital est l'élément de centralité de la ville (Bridgman, 1963). Autrement dit, « le soin au kilomètre zéro, le soin comme soutènement de la ville. » (Fleury et SCAU, 2022, p.18) ; l'acte de soin est vu comme l'acteur de l'organisation de la société. Pourtant, à l'époque des premières épidémies, au XVII^e siècle, les malades se voient sortis des hôpitaux présents dans les villes et apparaissent dans les hôpitaux en campagne ; hors des villes. Il y a un éloignement territorial (Bridgman, 1963). Par ailleurs, « la ville pour se constituer en tant qu'espace sain, contamine d'autres espaces autour d'elle. » (Fleury et SCAU, 2022, p.49). Autrement dit, la ville subit des épidémies alors afin d'assainir ou du moins limiter la propagation, on vient contaminer la périphérie des villes, voire les campagnes. L'idéal étant d'avoir un hôpital avec un accès facile, proche de la ville, situé dans un cadre soigné, dans la nature ; l'isolement à proximité de la ville (Bridgman, 1963). Ainsi, l'hôpital dans et hors de la ville ne concerne plus uniquement l'architecture hospitalière mais bien l'urbanisation hospitalière. D'un point de vue architectural, un tel positionnement n'est pas neutre. Il conditionne à la fois la relation avec le territoire, la visibilité de l'établissement et l'expérience spatiale des usagers.

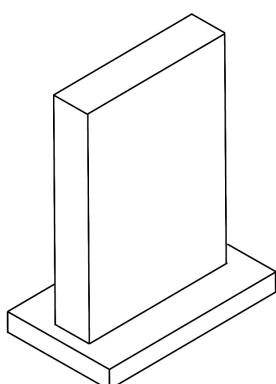


Fig.9 : Typologie type d'un hôpital « monobloc sur socle » [illustration personnelle]

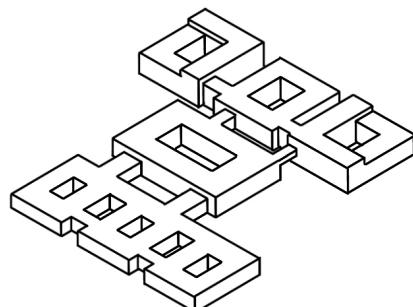


Fig.10 : Typologie type d'un hôpital « polybloc » [illustration personnelle]

En somme, l'histoire de l'hôpital est marquée par une évolution continue, tant sur le plan de ses fonctions, passant d'un lieu de charité à un espace médicalisé puis d'enseignement, que sur celui de son architecture, qui accompagne et reflète ces transformations. Pourtant, au fil de cette grande trajectoire historique, marquée par la spécialisation progressive des espaces hospitaliers, certains lieux semblent avoir été complètement négligés voire oubliés, à l'image du couloir ou des zones d'attente. Il apparaît donc pertinent d'élargir cette perspective historique à ces deux éléments.

2. Le couloir : naissance d'un espace de circulation

2.1. Définition et origines

La littérature consacrée au couloir dans le milieu hospitalier reste très limitée. Il convient donc de remonter à la source de sa définition. Le *Larousse de Poche* (2014) le décrit comme un « passage de dégagement assurant la communication entre les différentes pièces d'un appartement, les différentes parties d'un lieu » (*Larousse de Poche*, 2014, p.188) et également comme un « passage étroit » (p.188).

Avant même d'apparaître dans l'architecture, le mot « couloir » possède une histoire étymologique singulière. Il dérive du verbe « couler », comme le souligne Laurent Duboisset (2015) dans le premier chapitre de son mémoire consacré à cet espace. Il rappelle que la langue française n'employait pas encore le terme « couloir » comme un espace architectural. Le terme renvoyait à des objets et des fonctions liés à l'écoulement tels qu'un canal destiné à rejeter les humeurs du corps ou encore une écuelle par où l'on fait couler du lait (Rachi, 1762, cité dans Duboisset, 2015). Ce qui en réalité est assez logique étant donné qu'il est emprunté du latin *colare* qui signifie passer par un filtre (Duboisset, 2015). On peut y inscrire le mot dans une logique de passage et de circulation. Il faudra cependant attendre des siècles pour que ce terme soit appliqué à un espace bâti.

2.2. Evolution et fonctions

Pendant plusieurs siècles, les habitations ne comportaient pas de couloirs tels que nous les connaissons aujourd'hui. Les pièces étaient en enfilade, sans espace spécifique dédié à la circulation. C'est progressivement, au milieu du XVII^e siècle, voire début du XVIII^e siècle, que le couloir apparaît en tant qu'espace distinct, notamment comme dispositif de distribution central (Droguet, 2002). C'est à cette époque que le couloir est, architecturalement, défini (Cernec, 2017). Cette innovation se déploie particulièrement en France, dans de nombreux châteaux et permet une nouvelle organisation majeure au sein de ses grandes demeures : chaque pièce devient indépendante. Pourtant, dans le cadre plus domestique, c'est l'architecte John Thorpe en 1597 (Koolhass, 1995, cité dans Cernec, 2017) qui va développer les premières maisons avec un couloir en guise de distribution. Il suit le principe du cloître qu'il a, auparavant, étudié. Ce principe semble permettre un degré de confort et d'intimité supérieur (Evans, 1982, cité dans Cernec, 2017).

Dans le milieu hospitalier, l'apparition du couloir comme espace de distribution s'opère par une transformation plus large des bâtiments publics au XIX^e siècle. A cette époque de nouveaux modèles architecturaux émergent, fondés sur la surveillance, l'organisation rationnelle et la séparation fonctionnelle des espaces (Vidler, 1995). Dans *L'espace des Lumières*, Anthony Vidler (1995) compare trois édifices emblématiques : le Phalanstère, le Panoptique et l'Hôtel-Dieu. Selon les définitions actuelles, ces bâtiments correspondent, respectivement, à un habitat collectif, une prison et un hôpital. Malgré leurs fonctions différentes, ils incarnent des systèmes spatiaux comparables, fondés sur des principes similaires d'organisation et de contrôle (Vidler, 1995).

C'est précisément dans ce contexte que le couloir commence à se généraliser dans les bâtiments publics, notamment dans les établissements hospitaliers. Une infirmière emblématique des réformes hospitalières du XIX^e siècle, Florence Nightingale, énonçait les 4 conditions essentielles sur l'organisation d'un hôpital : l'aération, la lumière, l'espace et la possibilité de division (Dubois-Fresney et Perrin, 2017). Le couloir devient alors un élément central à la rationalisation hospitalière ; un outil architectural au service de la santé, de l'hygiène et de la discipline Dubois-Fresney et Perrin, 2017).

Aujourd'hui, le couloir est architecturalement défini comme « un passage long et étroit assurant la communication entre plusieurs pièces. » (Pérouse de Montclos, 2011, p.74). Ses dimensions et ses caractéristiques sont désormais encadrées par des normes d'accessibilité et de sécurité. De plus, le couloir se décline en plusieurs typologies : un couloir fermé, un couloir semi-fermé/semi-ouvert, un couloir ouvert ou encore une coursive extérieure. Chacune de ces configurations correspond à des situations architecturales bien spécifiques. Certaines de ces variantes font l'objet d'un développement plus approfondi dans le chapitre suivant.

3. La salle d'attente: transition spatiale et outil organisationnel

3.1. Définition et inscription spatiale

Concernant la salle d'attente, il est également utile d'en préciser la définition. Le dictionnaire *Larousse de Poche* (2014) définit « attente » comme « action d'attendre quelqu'un, quelque chose ; temps pendant lequel on attend » (*Larousse de Poche*, 2014, p.56), et le terme « salle » comme « pièce d'une habitation destinée à un usage particulier » (*Larousse de Poche*, 2014, p.732). Plus précisément, une salle d'attente y est décrite comme un « lieu couvert destiné à un usage collectif » (*Larousse de Poche*, 2014, p.733).

Cette définition a le mérite de poser un cadre général. Cependant elle apparaît incomplète lorsqu'on l'applique au contexte hospitalier. Elle ne mentionne ni la présence attendue d'assises, ni les exigences liées aux normes d'hygiène, d'accessibilité et de confort qui encadrent cet espace. Pourtant, la salle d'attente hospitalière se distingue nettement d'autres lieux tels qu'une gare, un aéroport, une banque. Dès lors, cette définition ne permet pas de saisir les spécificités architecturales et sociales propres à l'attente en milieu hospitalier.

3.2. Genèse et enjeux contemporains

Comme dit précédemment, une salle d'attente ne se situe pas uniquement dans les hôpitaux. Toutefois, dans le cadre de ce travail de fin d'étude, ce sont bien les salles d'attente hospitalières qui sont analysées, plus spécifiquement celles du CHC MontLégia.

Pourtant, il s'avère étonnamment difficile de retracer l'histoire précise de la salle d'attente dans le milieu hospitalier : peu de littérature s'y consacre directement. Alors, en guise d'introduction historique, je m'appuie sur une visite effectuée en juillet 2024 à l'Hôtel-Dieu de Beaune, considéré, selon la définition moderne, comme l'un des premiers hôpitaux. L'architecture intérieure se caractérise par des pièces en enfilade, sans couloir ni espace spécifiquement dédié à l'attente. L'accueil du patient semble donc se faire directement dans la grande salle commune, au pied du lit, sans moment ni lieu de transition. La prise en charge n'est pas pensée comme une séquence spatiale distincte.

Dès lors, une question se pose : à quel moment les salles d'attente apparaissent-elles réellement dans les hôpitaux ? La création des différents services semble être le premier chapitre de l'histoire de la salle d'attente. En segmentant les soins en fonction des pathologies, l'hôpital cloisonne l'espace et fait émerger des zones intermédiaires entre les services : les salles d'attente (Dodier et Camus, 1997). Toutefois, avant cette organisation par spécialités médicales, le cloisonnement s'établissait par des critères sociaux : les soins pour les indigents et pour la population plus riche (Dodier et Camus, 1997).

Dans les années 60 et parallèlement au cloisonnement, l'apparition des services d'urgence marque un tournant significatif. Les patients ne sont plus pris en charge de manière immédiate ; ils sont évalués, triés et éventuellement admis dans l'hôpital selon ce que Dodier et Camus (1997) citent « la quantité de malheur » exercée sur eux (Dodier et Camus, 1997). C'est-à-dire le degré de souffrance ou de gravité perçu. Ce processus implique une gestion spatiale du tri et de l'attente ; l'admission devient un acte filtrant (Dodier et Camus, 1997). Par ailleurs, les deux auteurs identifient deux interrogations : d'une part, la manière dont les soignants sélectionnent les patients à admettre et d'autre part, la gestion des déplacements entre les services. Cette seconde question est particulièrement pertinente pour ce travail car elle révèle que l'hôpital ne fonctionne pas comme une simple juxtaposition des services mais bien comme un système global, structuré par des circulations, des transitions et des zones d'attentes.

Cette rétrospective permet de mieux comprendre les enjeux contemporains, les couloirs et les salles d'attente deviennent des éléments charnières de l'hôpital. L'espace se configure autour de flux de patients, qui circulent entre des services de plus en plus spécialisés car le système est fragmenté (Dodier et Camus, 1997). Aujourd'hui, les espaces d'attente traduisent l'organisation des soins. C'est dans cette continuité que se situe le CHC MontLégia. En tant qu'hôpital contemporain, il illustre comment ces dynamiques, bien que discrètes, continuent à structurer l'espace hospitalier.

4. Le cas d'étude: le CHC MontLégia

C'est dans cette perspective historique de l'hôpital, du couloir et des zones d'attente que s'inscrit l'analyse spatiale d'un hôpital wallon contemporain. L'ambition est d'observer comment ces dynamiques prennent forme aujourd'hui. Néanmoins, avant d'entrer complètement dans la matière via les différents chapitres qui vont suivre, une description générale du cas d'étude semble judicieuse.

Le CHC MontLégia se présente comme un hôpital général hors de la ville, il allie proximité citadine et paysage campagnard. L'accessibilité est simple et le cadre est cité comme agréable (Le Groupe Santé CHC, 2020). Par ailleurs, son apparition provient d'un regroupement de 3 hôpitaux de proximité, dorénavant fermés, et d'une nécessité de centraliser tous les services. Chaque ancien hôpital présentait des pôles médicaux précis : la clinique Saint-Joseph était la référence pour les services qui concernaient les adultes, la clinique de l'Espérance disposait d'un des plus importants services d'urgence et de révalidation locomotrice et neurologique de la province de Liège et la clinique Saint-Vincent était une référence pour le pôle mère-enfant et couple-enfant. Cette dernière clinique était également une structure référente pour la psychiatrie (Le Groupe Santé CHC, 2020). D'un point de vue global et urbanistique, on comprend le besoin de s'excenter pour permettre le développement de ce grand ensemble. L'hôpital s'étend, par ailleurs, sur un ancien charbonnage, témoignant du passé historique liégeois (CHC Groupe santé, 2020, 0 : 30).

Concernant la conception architecturale et d'après la littérature ainsi que les observations personnelles, le CHC MontLégia peut s'apparenter à une hybridation de l'hôpital monobloc sur socle et de l'hôpital polybloc, reprenant les qualités de chacun. Cette forme hybride permet de réunir tous les services en un seul grand bâtiment, divisé en plusieurs blocs et de reposer sur un socle commun. Concrètement, le projet est structuré en 2 grandes ailes en forme de L : un pôle adulte et un pôle mère-enfant, disposés de part et d'autre d'un bloc central médico-technique. Subjectivement, on peut y voir distinctement les 3 anciens hôpitaux regroupés. Le socle, quant à lui, développe les espaces publics, les services logistiques et administratifs ainsi que les entrées et circulations principales.

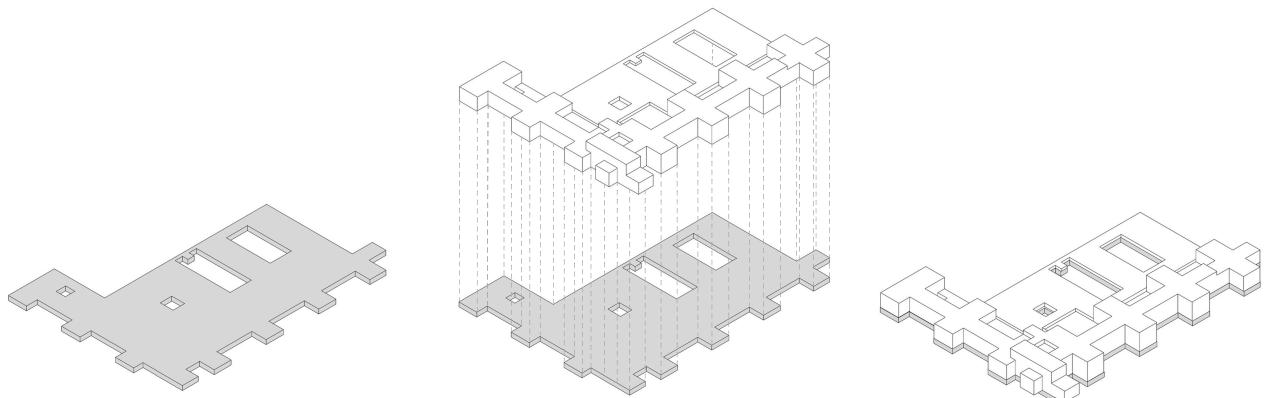


Fig.11: Schéma évolutif du CHC MontLégia: volumétrie du socle, volumétrie des pôles et volumétrie totale [illustration personnelle]

Cette organisation permet d'accéder à tous les services tout en gardant une échelle humaine et une hiérarchie fonctionnelle. D'ailleurs, sur le plan fonctionnel, grâce à la conception en polybloc, l'ensemble des services est organisé selon une configuration en forme de croix, chaque croix correspond généralement à une unité distincte. Cette organisation centrale permet d'optimiser les circulations internes pour le personnel, en facilitant les connexions entre les différentes unités tout en structurant clairement chaque pôle (CHC Groupe santé, 2020, 4 : 15). Cette configuration permet également de maximiser l'ensoleillement naturel, en libérant plusieurs façades exposées. Dans ce sens, le CHC MontLégia inaugure une nouvelle typologie architecturale : l'hôpital polybloc sur socle commun.

En d'autres termes, cette configuration hybride permet de définir une nouvelle forme d'hôpital moderne. A travers son organisation spatiale, le CHC MontLégia reflète les enjeux majeurs de l'hôpital du XXI^e siècle : la centralisation des soins, la hiérarchisation des flux et la prise en compte de l'expérience du patient dès l'accueil. De ce fait, la suite de ce travail constitue une lecture et analyse fine *in situ* de ses espaces d'accueil : les couloirs et les salles d'attente.

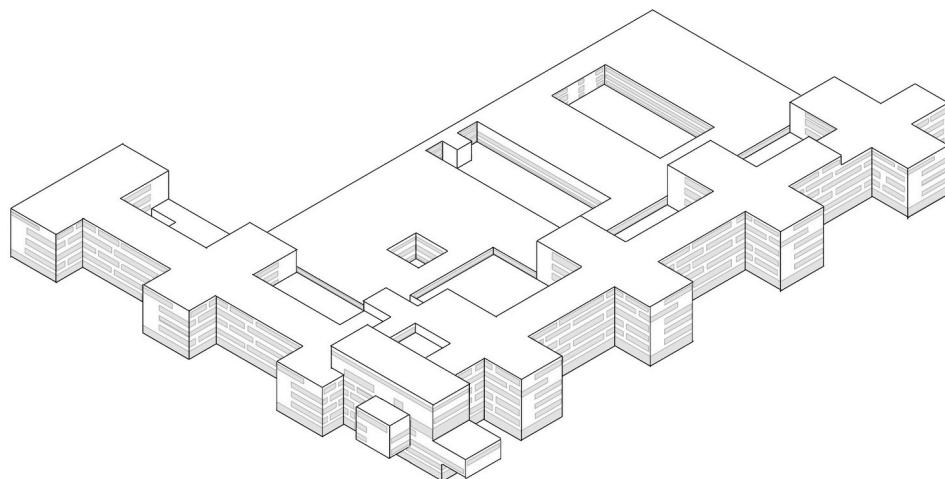


Fig.12 : Configuration spatiale générale du CHC MontLégia [illustration personnelle]

V

La fluidité des parcours hospitaliers : circulation et compréhension des espaces

Dans un hôpital, les déplacements ne semblent pas seulement relever de la logistique, ils traduisent une véritable expérience humaine. Le fait de circuler dans un établissement de soin s'apparente à traverser des rythmes, des temporalités, où chaque espace influe sur l'état d'esprit de celui qui le parcourt (Foucault, 2009). C'est aussi franchir des dispositifs de pouvoir, car l'espace organise et façonne une expérience vécue (Lefebvre, 1972). Le parcours hospitalier ne se résume donc pas à une succession de lieux fonctionnels. Chaque étape, de l'entrée à la salle d'attente en passant par des couloirs jusqu'à l'accueil du médecin pour une consultation, participe à la construction du vécu de patient. Pour reprendre l'idée de l'anthropologue Marc Augé (1992), les lieux de passage, qui sont généralement perçus comme des « non-lieux » deviennent signifiants dès lors qu'ils sont habités par des attentes, des interactions, des émotions. Dans le contexte hospitalier, les espaces de transition prennent une place particulière.

La fluidité des parcours hospitaliers se définit comme la capacité des espaces à permettre un enchainement cohérent des actions, elle constitue un enjeu clé pour les patients comme pour le personnel soignant (Orvain et Gentil, 2019). De plus, la manière de penser la circulation hospitalière consiste à interroger, non seulement les structures visibles, mais aussi les dynamiques sociales et émotionnelles. Autrement dit, l'espace n'est jamais neutre, il structure les comportements (Lefebvre, 1972).

1. Le cas du CHC MontLégia

Concernant la circulation au sein du CHC MontLégia, des éléments méritent d'être précisés. En premier, la notion de circulation, telle qu'elle est abordée dans ce travail, inclut les espaces tels que les halls et les couloirs. Par ailleurs, l'analyse effectuée sur place révèle que les couloirs du rez-de-chaussée sont des espaces de circulations hybrides, à mi-chemin entre le couloir et le hall. Ils dépassent la simple fonction de transit propre au couloir pour devenir un espace de respiration et d'interaction. On peut dire qu'ils ne forment, en quelque sorte, qu'un seul et même espace.

Cela conduit au second point d'attention : dans ce travail la circulation au CHC MontLégia est analysée selon deux niveaux distincts. D'une part, le rez-de-chaussée constitue le cœur de l'analyse et d'autre part, les étages étudiés de manière plus succincte.

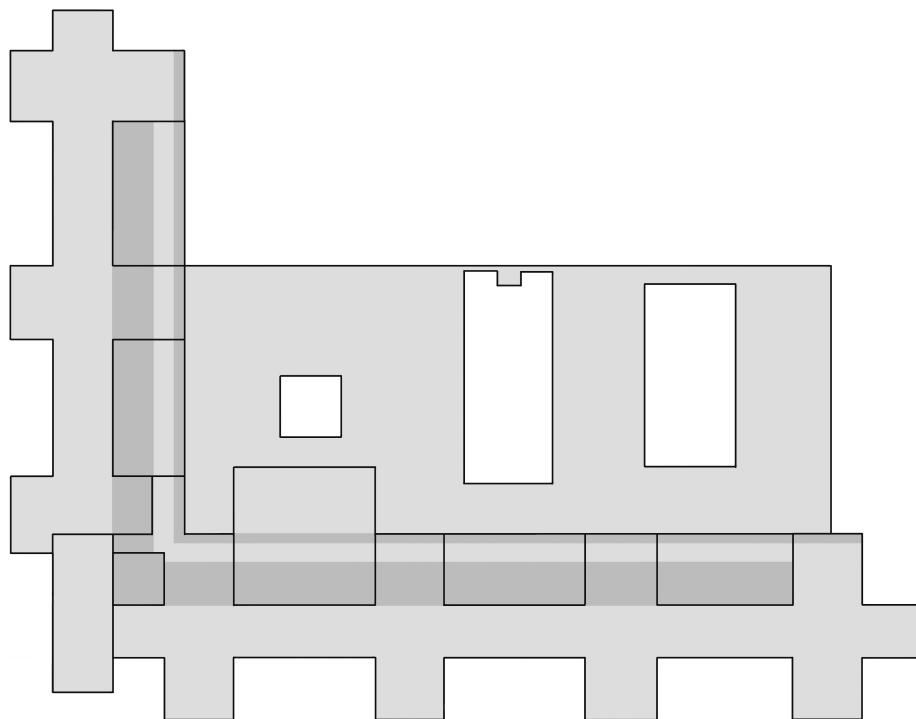


Fig.13 : Vue en plan de la configuration des halls/couloirs du rez-de-chaussée du CHC MontLégia [illustration personnelle]

1.1. La configuration spatiale : organisation des flux

Tout d'abord, plusieurs configurations spatiales peuvent être associées à la figure du couloir : ouvert, fermé, semi-ouvert/semi-fermé, ou encore en coursive extérieure. Seules les typologies présentes dans le cas d'études seront développées. Comme le soulignent Orvain et Gentil (2019, p.354), « leur forme et leur articulation permet de construire des flux continus ou au contraire segmentés », ce qui montre que ces dispositifs jouent un rôle déterminant dans l'organisation des circulations et des interactions au sein du CHC MontLégia.

Au rez-de-chaussée, l'entrée principale dessert deux grands couloirs dits ouverts structurant l'aile mère-enfant et l'aile adulte. Ils développent la même typologie, seul le premier couloir a une longueur inférieure à l'autre, justifiée par la répartition des services. Les deux couloirs sont d'une grande largeur et sont ponctués, au centre et de manière répétitive, par des éléments d'assise en forme de rotonde ainsi que des petits bureaux d'accueil spécifiques à certains services. Par endroits, des excroissances ou renflements apparaissent, quittant l'orthogonalité du plan et introduisant des variations spatiales. Aussi, ces espaces ouverts sont caractérisés par leur porosité, ils développent, de part et d'autre, des poches visuelles et fonctionnelles qui agissent comme des zones tampons. Ces zones permettent de quitter la monotonie généralement perçue dans les couloirs dits fermés (Orvain et Gentil, 2019). Le relevé, dans sa version agrandie et annotée, est présenté en annexe n°1.

D'ailleurs, la finalité de ces grandes circulations ne se ferme pas sur un mur mais s'ouvre sur un grand patio vitré, prolongeant le regard vers l'extérieur. La fin de la circulation est tout autant réfléchie que le chemin parcouru. Par ailleurs, la grande différence entre un couloir et une pièce est notre rapport au corps, dans le premier, nous marchons alors que dans le second, nous nous arrêtons. « En tant que pièce de marche, le couloir peut alors être considéré comme un paysage, un voyage dans l'intérieur, avec ses variations. » (Cernec, 2017, p.48).

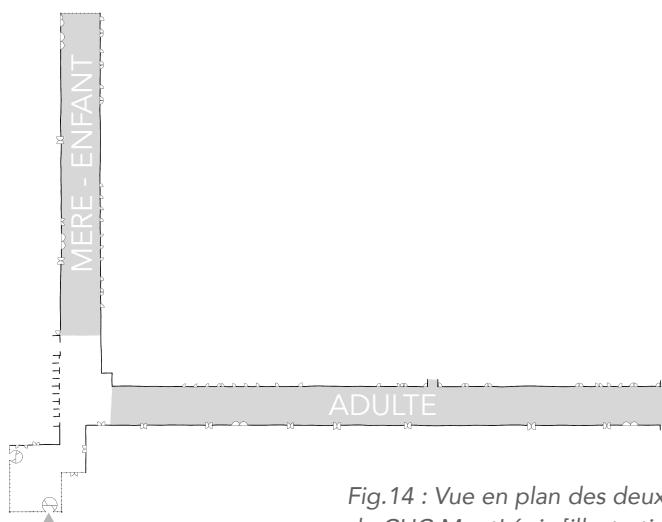


Fig.14 : Vue en plan des deux ailes distinctes du CHC MontLégia [illustration personnelle]

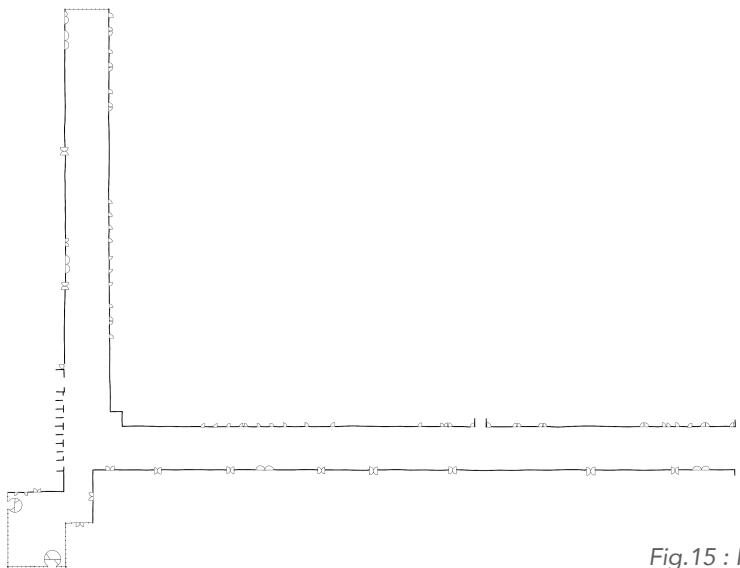


Fig.15 : Plan de la typologie générale
[illustration personnelle]

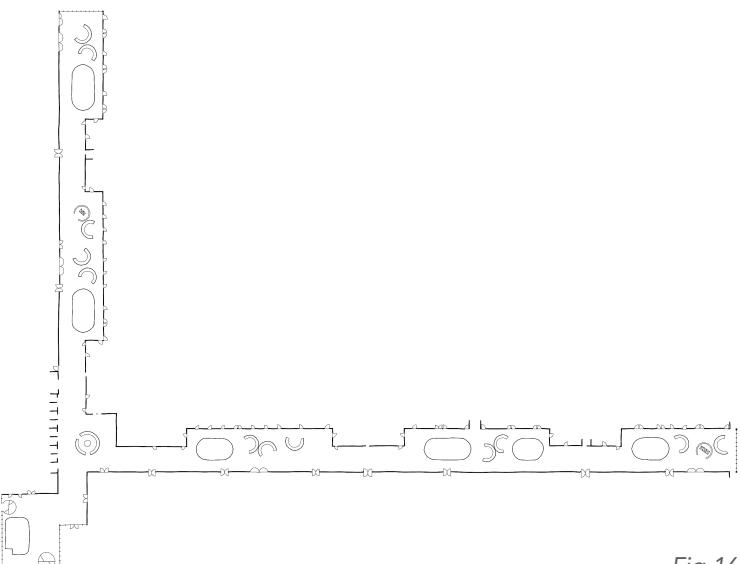


Fig.16: Plan avec ajout d'éléments significatifs [illustration personnelle]

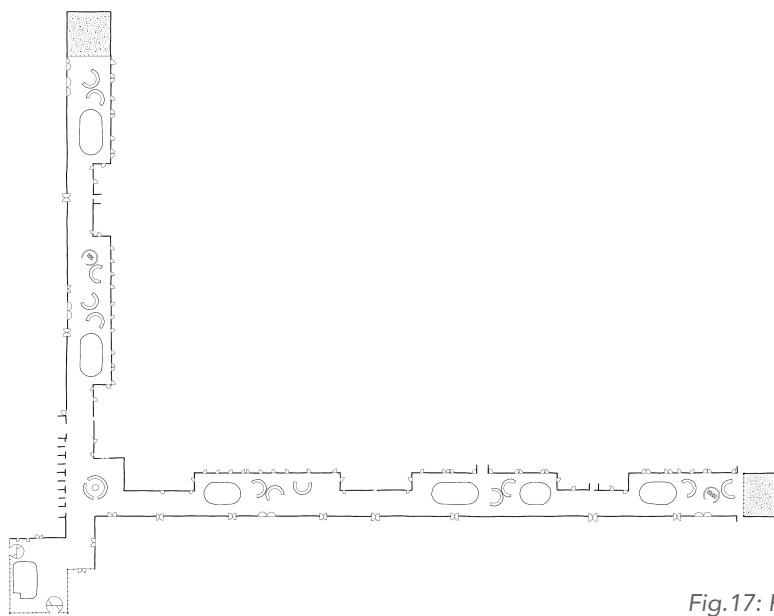


Fig.17: Plan avec ajout des patios
[illustration personnelle]

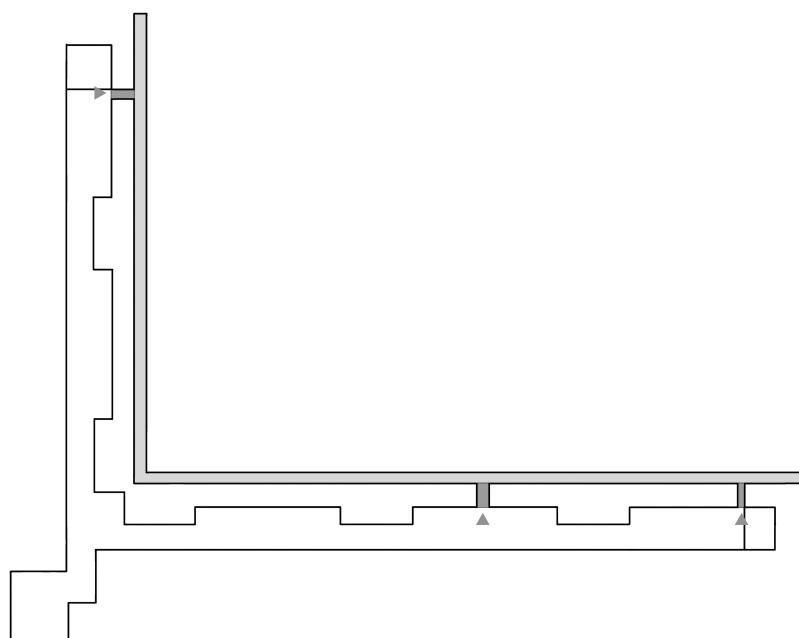
Concernant l'expérience sur terrain, « le couloir ouvert agit comme espace où seule la direction de la circulation est transparente et ininterrompue, et où les possibilités des déplacements sont presque infinies. » (Cernec, 2017, p.29). Le couloir ouvert libère ; il est large et dynamique. Il offre un sentiment de dégagement, permettant aux usagers de se détacher des pièces présentes de part et d'autre de celui-ci. Il permet un degré d'appropriation plus élevé que les autres typologies et offre la possibilité de contourner certaines zones et donc de se dérober de certains éléments, de slalomer entre ceux-ci ou encore d'y marquer une pause. Il influence l'expérience vécue des usagers, leur offrant une forme de choix, ou du moins atténuant le sentiment de la subir. Concrètement, ces deux grands couloirs permettent de percevoir autre chose que ce que la trajectoire suggère. « Le couloir devient un champ de possibles. » (Cernec, 2017, p.29).

De plus, les principaux défis du couloir ouvert en milieu hospitalier concerne la gestion du bruit et le respect de la confidentialité. Dans le cas du CHC MontLégia, la confidentialité est assurée grâce à la présence de bureaux d'accueil cloisonnés principalement par des parois en verre. Concernant le traitement acoustique, le bruit est réduit grâce aux panneaux de bois qui englobent tout le couloir. Ces derniers sont complétés par des panneaux acoustiques positionnés de manière stratégique.

Un point que j'estime architecturalement riche et qui détermine particulièrement l'expérience des patients comme celle du personnel est la mise en place d'un système d'une double circulation. Ce dispositif est présent au rez-de-chaussée, au premier étage et au sous-sol, avec à chaque fois une fonction spécifique. Cette double circulation s'articule de manière à mettre en lien deux couloirs parallèles afin de répondre à des usages différents.

Le premier, déjà évoqué, est la grande circulation ouverte, ponctuée de repères visuels et partagée par les patients, visiteurs et personnel administratif.

Le second est, quant à lui, un couloir dit « fermé ». Il est plus étroit et n'est pas situé au centre du bâtiment. Il longe les ailes sur toute leur longueur et est, si on le souhaite, accessible par l'extérieur via des entrées distinctes. Cette circulation est exclusivement réservée au personnel soignant et technique et son accès nécessite un badge. Par ailleurs, j'ai eu l'occasion d'accéder à cette zone, avec la présence de Monsieur Mulder qui m'a expliqué l'ingéniosité de ce parcours. Tout d'abord, il est conçu pour obtenir une certaine efficacité logistique et est façonné selon des normes et règles sanitaires et d'hygiène. Par l'intérieur, ce couloir n'est accessible que par quelques portes coulissantes en verre, reliant les deux circulations, et distribue des dizaines de cabinets de consultation et connecte ceux-ci aux zones médico-techniques telles que les blocs opératoires ou les laboratoires. Il y a une volonté de confidentialité tout en garantissant une rapidité et une efficacité pour les interventions médicales. D'ailleurs, contrairement à la circulation principale, ce couloir ne cherche pas à produire une qualité spatiale perceptible, l'esthétique y est secondaire. J'ai presque envie d'énoncer cette grande phrase citée par Louis Sullivan en 1896 : « la forme suit la fonction ». D'ailleurs, Monsieur Mulder (communication personnelle, 2025) me disait « ici, on sent qu'on est dans un hôpital. » Concrètement, ce couloir constitue la colonne vertébrale, discrète, des activités hospitalières présentes.



*Fig.18: Schéma de la double circulation et mise en avant du couloir « médico-technique » réservé au personnel
[illustration personnelle]*

Cette organisation en double flux répond également à une logique de stratification des usages où les différents usagers sont spatialement différenciés. Autrement dit, il y a une dissociation entre le parcours des soignants et celui des patients et accompagnants. Cette séparation spatiale permet de fluidifier les déplacements, en optimisant l'efficacité du travail médical tout en réduisant les situations d'encombrement ou de gêne (Belorgey, 2013). Par exemple, cela permet aussi d'éviter les croisements inopinés entre un visiteur et le transport de matériel stérile ou encore le passage d'un brancard en urgence devant un enfant (Mulder, communication personnelle, 2025). Cette stratification illustre parfaitement « la gouvernance par l'espace » citée par Michel Foucault (2009) où l'architecture participe activement à la gestion du corps, des flux et de leurs fonctions. En ce sens, le double couloir ne constitue pas seulement une stratégie d'organisation spatiale hospitalière mais aussi un dispositif de régulation sociale qui vise à ordonner les comportements en fonction de leur statut, de leur fonction et de leur vulnérabilité (Foucault, 2009).

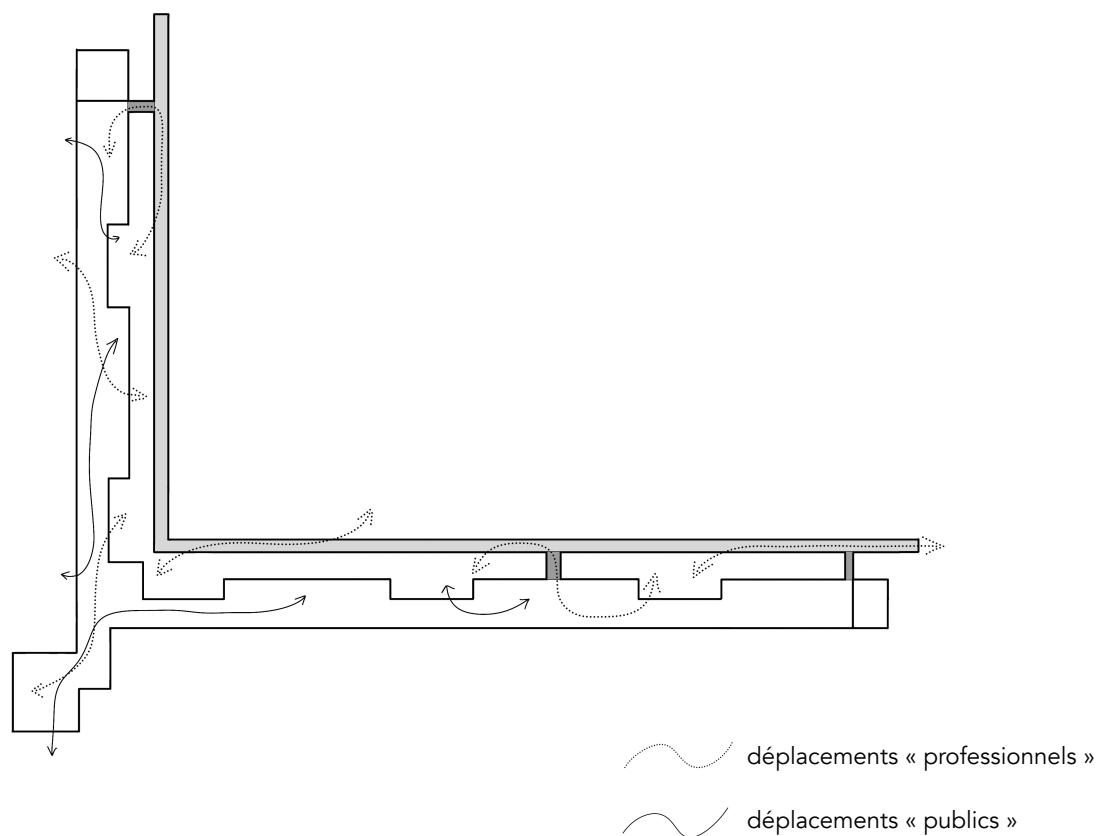


Fig.19: Schéma des différents déplacements [illustration personnelle]

En résumé, les vastes couloirs ouverts du rez-de-chaussée offrent aux usagers un espace fluide, appropriable et visuellement stimulant alors que le long couloir fermé, réservé au personnel incarne une logique uniquement fonctionnelle. A travers cette architecture, se dessine une gestion assez fine des interactions humaines dans le milieu hospitalier. L'espace devient un acteur à part entière du quotidien hospitalier, impactant chaque usager. Ainsi, « le couloir peut être un lieu organisé d'accueil, un lieu de surveillance, et également un lieu d'observation et d'orientation. Ce n'est pas seulement un lieu de circulation. » (Orvain et Gentil, 2019 , p.349).

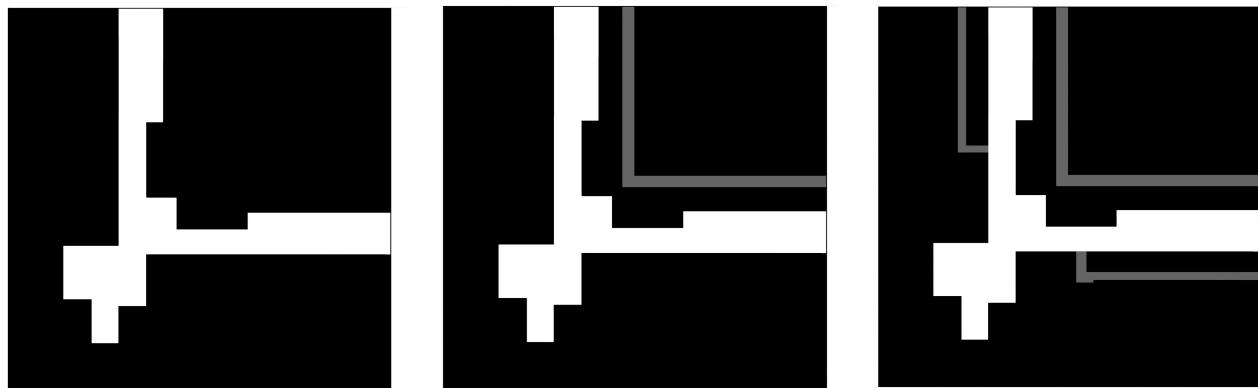


Fig.20: Schéma évolutif des différents couloirs au rez-de-chaussée: la grande circulation, le couloir médico-technique et le couloir secondaire [illustration personnelle]

Pour finir, les couloirs situés aux étages s'apparentent à des couloirs fermés, au sens classique du terme. Ils assurent une fonction purement distributive, c'est-à-dire qu'ils relient et desservent les chambres suivant une logique linéaire et répétitive. Leur largeur est constante, les murs sont pleins et continus, la lumière naturelle est moindre. Néanmoins, certains services tels que le service de revalidation, la gériatrie ou encore le service pour les grossesses à risque échappent à cette rigidité et disposent d'une particularité : l'élargissement du couloir. Cette dilatation spatiale permet de créer une interface, c'est-à-dire un espace intermédiaire entre les lignes de circulation et les chambres d'hospitalisation. Ces grandes interfaces semblent remplir plusieurs fonctions : elles mettent à distance les chambres qui se font face, améliorant le confort visuel et l'intimité. Autrement dit, « l'utilisation de l'espace passe tout d'abord par une expérience des distances ». (Orvain et Gentil, 2019, p.340). Les interfaces donnent également la possibilité aux différents services de s'approprier cet espace : ajout de mobilier, ajout de décoration ou encore création d'une zone de rangement. « Habiter un couloir, c'est construire constamment un nouvel espace dans l'espace. » (Cernec, 2017, p.47). Ces aménagements, bien que discrets, témoignent d'une volonté architecturale d'adaptation à des usages spécifiques.

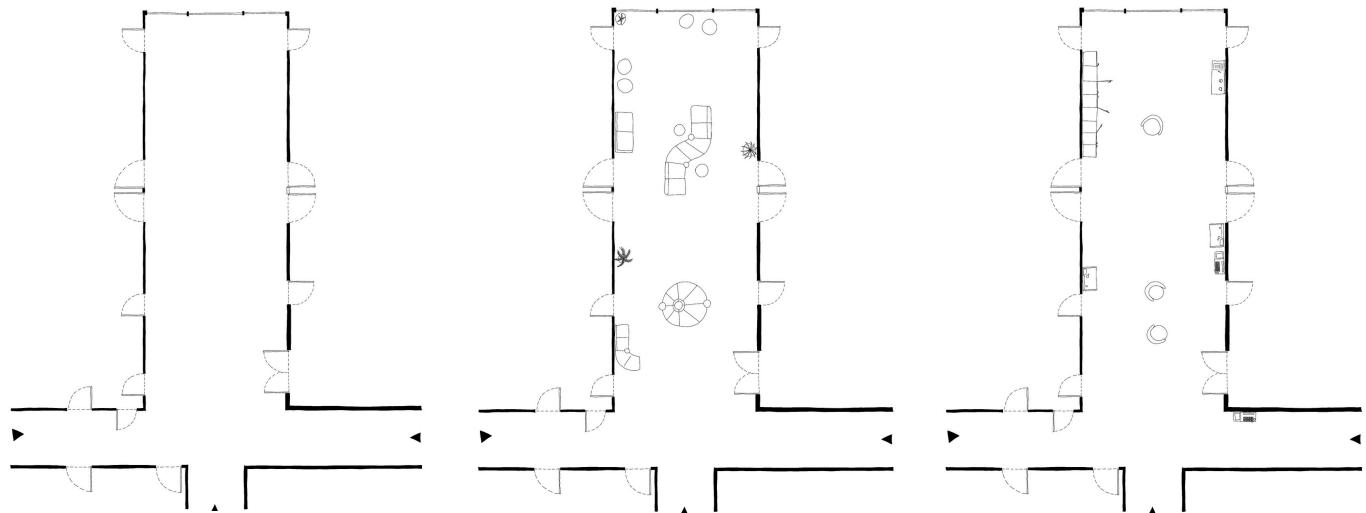


Fig.21: Plans développant les différentes appropriations de l'espace intermédiaire [illustrations personnelles]

1.2. L'accessibilité et la signalétique : repères pour l'usager

L'accessibilité et la signalétique, en plus d'être étroitement liées, constituent des éléments fondamentaux dans la conception des couloirs et halls dans un établissement hospitalier (Plain-Pied, 2015) où se croisent quotidiennement divers usagers : patients valides, en perte d'autonomie, visiteurs ou encore professionnels y travaillant. Dans le cas du CHC MontLégia, ces enjeux ont été clairement intégrés dès la phase de conception, traduisant une volonté de garantir, pour chacun, une circulation fluide, intuitive et inclusive. Par ailleurs, Monsieur Mulder y faisait directement référence en soulignant que la signalétique du CHC MontLégia était cohérente et logique (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

Pour l'accessibilité, l'intention ici n'est pas de mentionner tous les accès, en dehors et au sein de l'hôpital mais plutôt de développer des détails qui font toute la différence. Autrement dit, au CHC MontLégia, l'accessibilité ne se limite pas aux qualités physiques des cheminements. Elle s'inscrit dans une démarche élargie qui commence bien avant l'entrée des différentes ailes. Dès la prise de rendez-vous, l'usager bénéficie d'une série d'outils numériques et d'indications qui facilitent son orientation et son déplacement. Une application, dépendant de « Google Maps », permet de visualiser à l'avance l'organisation générale de l'hôpital ainsi que l'itinéraire optimal à emprunter une fois sur place. Cette possibilité de se repérer avant même de franchir les portes de l'hôpital participe à une forme d'appropriation mentale de l'espace (Ramadier, 2010). Ainsi cette médiation numérique répond à la logique d'accessibilité cognitive, essentielle pour les personnes âgées, en situation de handicap ou encore pour les personnes anxieuses face à un environnement hospitalier inconnu (Ramadier, 2010). De plus, lors de la confirmation du rendez-vous, des instructions précises sont automatiquement envoyées : zones de stationnement la plus proches du service concerné, entrée à privilégier ou encore étage à rejoindre. Il s'agit clairement d'une extension contemporaine du concept d'accessibilité, intégrant le numérique dans la spatialité permettant une approche plus sensible et personnelle aux usagers.

Une fois sur place, cette logique d'accessibilité se poursuit via une signalétique discrète mais efficace et cohérente. Contrairement à de nombreux établissements, la signalétique du CHC MontLégia ne repose pas sur un code couleur mais sur un système de « routes ». Ce système de route a également été pensé dès la conception. Contrairement au CHR de la Citadelle où il a été ajouté par la suite de manière moins structurée, ce qui le rend moins efficace (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Le système repose sur une numération à trois chiffres : le premier chiffre indique la croix (pair pour l'aile mère-enfant et impair pour l'aile adulte), le deuxième chiffre correspond à l'étage et le dernier chiffre désigne une zone. Ce dernier chiffre est un peu plus abstrait mais reste fonctionnel (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Ainsi, lorsqu'un membre du personnel est appelé dans un autre service, il peut s'y orienter avec une grande facilité.

Par exemple, la « route 640 », qui correspond à l'unité de chirurgie pédiatrique de jour, se situe dans la troisième croix de l'aile mère-enfant, au quatrième étage. Par ailleurs, le terme « route », semble s'inscrire dans une logique issue du vocabulaire architectural. Il renvoie à un tracé structurant, une forme de spatialisation du parcours (Panerai et al., 1997).

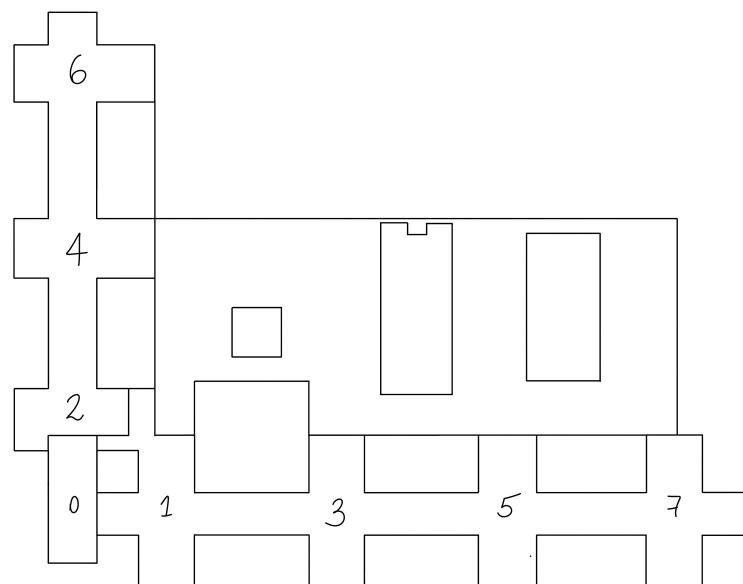
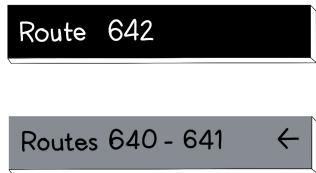


Fig.22: Schéma illustrant la logique des routes [illustration personnelle]

Ces routes sont signalées par des panneaux accrochés au plafond ou sur les murs. Ceux-ci sont de couleur grise lorsqu'il faut continuer à suivre cette route et apparaissent en couleur noire lorsque la zone souhaitée est atteinte. Cette transformation visuelle fonctionne comme un indicateur de progression, rendant l'orientation plus intuitive. En plus des routes, des pictogrammes clairs et répétitifs, tels que ceux utilisés pour les toilettes, les ascenseurs, les zones d'attente, complètent le système signalétique. Ceux-ci facilitent la compréhension même en l'absence de maîtrise linguistique étant donné qu'ils agissent sans mots.



*Fig.23: Dessins de la signalétique des routes
[illustrations personnelles]*



*Fig.24: Dessins des différents pictogrammes
[illustrations personnelles]*

Ce système de routes et de pictogrammes contribue à une accessibilité universelle, accompagnant les usagers dans une lecture spatiale continue, quel que soit leur mode de perception ou de déplacement (Fleury et SCAU, 2022). Cependant, j'en suis venue à me questionner quant aux dispositifs pour les personnes malvoyantes ou aveugles. Aucun plan tactile, aucune bande de guidage au sol ou de signalisation en braille ne semble avoir été intégré. Pourtant, les recommandations de Plain-Pied, bien que datant de 2005, conservent toute leur pertinence : « les personnes aveugles doivent pouvoir bénéficier d'une information doublée par une information en relief ou en braille. » (Plain-Pied, 2005, p.7). De même, aucun signal sonore n'a été observé, hormis ceux dans les ascenseurs indiquant l'arrivée à l'étage demandé. Alors que « rendre sonore la signalisation visuelle augmente l'accessibilité aux personnes ayant une déficience visuelle. » (Plain-Pied, 2005, p.8). Cela soulève la question d'une possible lacune dans la prise en compte de certains types de handicaps sensoriels.

Néanmoins, le CHC MontLégia illustre clairement que l'accessibilité et la signalétique ne sont pas des ajouts secondaires contraignants mais bien des principes structurants du projet architectural. Intégrées dès la conception, elles participent pleinement à la fonction de soin rendant l'expérience hospitalière plus humaine. L'espace devient lisible et rassurant pour l'ensemble des usagers. L'ensemble des dispositifs mis en place facilite l'orientation et ce sans générer d'effort cognitif excessif (Ramadier, 2010).

1.3. Les approches conceptuelles

Comme dit précédemment, Michel Foucault (2009) et Henri Lefebvre (1972) soulignent que les établissements hospitaliers ne doivent pas uniquement se contenter d'organiser les flux ; ils façonnent les expériences, structurent les comportements et participent à des logiques de pouvoir (Lefebvre, 1972 ; Foucault, 2009). Dès lors, il me semble nécessaire d'aller au-delà de la description des dispositifs fonctionnels pour interroger la manière dont l'esthétique et sa perception influencent la qualité de l'expérience vécue au sein du parcours hospitalier.

Deux aspects complémentaires méritent un développement : la tension entre l'esthétique et la technique et, ensuite, l'articulation entre les espaces servis et servants.

1.3.1. L'esthétique et la technique : recherche d'équilibre

L'ambivalence entre l'esthétique et la technique est plus présente au CHC MontLégia. Tout d'abord, les deux grands couloirs centraux présents au rez-de-chaussée s'inscrivent dans une logique d'esthétique affirmée qui mobilise des matériaux, des choix chromatiques et un traitement de la lumière ayant un impact direct sur le vécu spatial. L'exemple le plus manifeste se montre dans l'emploi du bois qui couvre l'entièreté de la longueur des murs. Ce choix, rare en milieu hospitalier, en raison des normes d'hygiènes strictes, évoque une matérialité chaleureuse et domestique. Barbara Bay et Clair Fayolle (2021) aiment le rappeler, les matériaux naturels s'opposent au côté aseptisé des hôpitaux traditionnels (Bay et Fayolle, 2021). D'ailleurs, ce recours au bois s'accompagne d'un travail de lumière. L'entièreté du plafond des couloirs principaux intègre des vitres qui diffusent une lumière, sans générer d'éblouissement ni de contrastes trop marqués. Cette stratégie développe un grand confort visuel mais également une volonté de continuité de l'espace (Plain-Pied, 2005).

De plus, comme évoqué précédemment, cette continuité de l'espace est renforcée par des patios végétalisés qui ponctuent les extrémités des couloirs. Les arbres y sont visibles d'un bout à l'autre. Roger S. Ulrich (1984) a mené des recherches sur les bienfaits de la végétation sur des patients en hôpital psychiatrique ou ayant subi une intervention chirurgicale (Ulrich, 1984). Selon ses travaux, les patients se rétablissent plus rapidement lorsqu'ils ont une vue sur des éléments naturels.



Fig.25: Croquis illustrant le patio végétalisé de l'aile mère-enfant
[illustration personnelle]

Ces observations font écho aux principes du design biophilique, selon lesquels l'intégration de plantes et d'arbres ainsi que des matériaux naturels comme le bois aide à réduire le stress, l'anxiété et améliore la concentration et la productivité (Lovergne, 2023). Dans le contexte hospitalier, cela favorise également une grande récupération des ressources cognitives (Lovergne, 2023).

Pour en revenir aux patios, l'architecte Pierre Riboulet (1994), concepteur d'un hôpital pour enfants, souligne l'importance d'intégrer des patios ou des galeries vitrées dans la conception des hôpitaux. Il écrit « [...] cette longue galerie vitrée accompagne le pas du promeneur pratiquement sans rupture, tout au long du parcours » (Riboulet, 1994, p.11). Selon lui, ces dispositifs sont bénéfiques aux patients sans compromettre les normes sanitaires et d'hygiène (Riboulet, 1994).

Néanmoins, suite aux observations sur place, l'effort esthétique semble sectorisé. Le couloir accessible uniquement au personnel, parallèle au couloir central, et ce dans les deux grandes ailes, fait l'objet d'un traitement spatial radicalement différent. Ici l'esthétique s'efface devant les impératifs techniques : murs blancs, sols en caoutchouc sans joint facilitant l'entretien et limitant la prolifération des bactéries, pas de matériaux chaleureux et aucun traitement décoratif. Le personnel y retrouve un environnement optimisé, sans obstacle ni distraction visuelle. Cette différenciation, loin d'être un défaut dans le cas d'un couloir médico-technique, semble manifester une stratification assumée des usages et des expériences (Orvain et Gentil, 2019).

En plus de ce contraste, une question s'impose : Pourquoi, malgré les efforts déployés pour créer une atmosphère accueillante, le CHC MontLégia opte-t-il pour une palette chromatique aussi neutre ? En effet, le blanc et le gris clair dominent largement les halls, les couloirs, les bureaux d'accueil et de consultation tant au rez-de-chaussée que dans les étages. Les rares touches de couleur s'appliquent uniquement aux luminaires ou aux assises. Cette observation est renforcée par Monsieur Mulder qui considère que le manque de couleur est problématique notamment dans le service de pédiatrie qu'il dirige (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Selon Bay et Fayolle (2021), le blanc agit comme une couleur seuil, il permet aux autres couleurs d'exister avec plus d'intensité, sans créer de hiérarchie (Bay et Fayolle, 2021). Cependant, dans le cas du CHC MontLégia, et particulièrement dans les couloirs des étages, les autres couleurs sont absentes. André Mulder m'a d'ailleurs précisé que ce choix était la volonté des architectes et non un oubli (Mulder, communication personnelle juillet 2025). Il me semble donc que cette esthétique volontairement neutre s'inscrit dans la continuité de la signalétique : sobre, neutre et répétitive.

Ce minimalisme chromatique semble ne pas altérer l'expérience des usagers au rez-de-chaussée où il est compensé par la présence d'éléments de confort sensoriel tels que la lumière naturelle, les matériaux texturés et une signalétique claire. Toutefois, cette stratégie atteint ses limites dans les étages, où l'absence quasi totale de couleur n'est pas contrebalancée par d'autres éléments. Ce décalage soulève alors la question sur l'équilibre à trouver entre exigences techniques et fonctionnelles d'une part et qualités sensibles de l'environnement hospitalier d'autre part.

1.3.2. L'espace servi et l'espace servant : lecture en arrière plan

L'ambiguïté précédente fait écho à une distinction fondamentale formulée par l'architecte Louis Khan en 1991 : celle entre l'espace servant et l'espace servi. Selon lui, toute architecture se compose de deux types d'espaces qui se complètent. Les espaces servants regroupent les éléments nécessaires au bon fonctionnement du bâtiment : les circulations (couloirs, escaliers), zones techniques et sanitaires, souvent rendus peu visibles et attribués au second plan. Les espaces servis, quant à eux, sont ceux qui accueillent les espaces de vie : les différentes activités, les usages ou encore les rencontres (Brownlee et De Long, 1991, cité dans Drew et al., s.d.).

En appliquant cette différenciation à l'environnement hospitalier, on peut constater que cette lecture est perceptible. Particulièrement, dans le cas du CHC MontLégia, où celle-ci est spécifique.

Dans la double circulation, les couloirs devraient, a priori, être considérés comme des espaces servants. Pourtant, au rez-de-chaussée, les grands couloirs centraux adoptent clairement une logique d'espace servi. Ils sont conçus pour être traversés mais aussi expérimentés, accueillant et introduisant plusieurs fonctions. Ils développent une expérience qualitative, à travers leurs atouts architecturaux (matériaux, patios, percées). Ils marquent une volonté d'intégrer l'usager. A l'inverse, le couloir réservé au personnel, situé en parallèle, révèle un espace servant, au sens classique du terme. Il crée de la circulation et est tourné vers l'efficacité.

La grille de lecture proposée par Louis Kahn (Brownlee et De Long, 1991, cité dans Drew et al., s.d.), permet d'interroger encore plus finement le rôle attribué à certains espaces présents à la frontière des deux catégories, notamment les zones d'attentes. Tout comme les couloirs, celles-ci sont à la fois utiles dans l'organigramme fonctionnel et centrales dans l'espace vécu. Autrement dit, elles ne participent pas à l'acte médical mais elles façonnent profondément l'expérience de l'usager, qu'il soit patient ou accompagnant. Dès lors, les zones d'attente sont-elles pensées comme des lieux de passage logistique ou comme des espaces pleinement investis de qualités d'accueil ? Les zones d'attentes semblent osciller entre l'espace servant et l'espace servi, mettant en lumière la complexité de l'architecture hospitalière contemporaine.

VI

Le rôle de l'architecture dans les salles d'attente : compréhension et usages des espaces

Une zone d'attente est un espace chargé d'expériences, positives comme négatives. Dans un hôpital, la salle d'attente est un point au sein d'un flux. Autrement dit, une zone statique à travers un espace continuellement en mouvement. Pour comprendre un espace, il ne suffit pas de regarder sa forme physique, il faut aussi s'intéresser à la manière dont il est utilisé, encadré et transformé au fil du temps. Il est en lien avec les changements de l'organisation sociale (Orvain et Gentil, 2019). La salle d'attente peut être vue comme la véritable vitrine du soin. Des salles bien conçues en termes de lumière, de confort, de propreté et d'ambiance sont associées à une réduction de l'anxiété, à une amélioration de la satisfaction des patients et à une perception plus positive du personnel soignant (Ulrich, 2004).

D'ailleurs, la salle d'attente est forcément considérée de façon très différente auprès des patients et des médecins. Pour reprendre les termes « zone » et « flux », la salle d'attente, pour les médecins, représente surtout un lieu qui permet de gérer au mieux « le flux des consultations, tout en y faisant encore passer diverses informations et des messages de prévention et de promotion de la santé. » (Amstutz et al., 2016, p.2084). Alors que pour le patient, « la salle d'attente devrait être un endroit confortable pour attendre et agréable pour réduire son impatience, voire son anxiété. » (Amstutz et al., 2016, p.2084).

1. La notion d'attente : définition et description du concept

Dans une salle d'attente, c'est presque inévitable, on attend. « Le temps, comme l'espace, est une dimension fondamentale de toutes nos actions. » (Fraisse et Orsini, 1955, p.27). Mais qu'est-ce que l'attente ?

« L'attente est une conduite qui se présente chaque fois que les circonstances imposent un délai entre le moment où nous voudrions accomplir une action et le moment de sa réalisation » (Fraisse et Orsini, 1955, p.28). Par ailleurs, il existerait deux attentes : l'attente crainte et l'attente désir ; il n'existerait pas d'attente pure [...]. » (Morand, 1914, p.2). Dans le cadre de l'attente dans un hôpital, celle-ci se rapporte à une « conduite spécifique liée au fait qu'il y a une suspension de l'action » (Fraisse et Orsini, 1955, p.28) et dans cette situation, encore plus que dans une autre, l'attente procure des perturbations émotionnelles et rejoint le premier type d'attente : impatience, ennui, colère, incertitude se succèdent et s'emmêlent. De plus, « l'incertitude existe à quelque degré dans toute attente » (Morand, 1914, p.1).

Puis l'impatience semble, pour beaucoup, accompagner l'expérience de l'attente : « Or cette impatience causée par la lenteur n'a rien de mystérieux, elle peut sans peine se ramener à l'attente » (Morand, 1914, p.3). Autrement dit, elle résulte naturellement du fait d'avoir attendu plus longtemps que prévu. Aussi, « celui qui nous fait attendre nous nuit, fréquemment il aurait pu l'éviter ; nous sommes ainsi amenés à porter un jugement moral sur sa conduite, nous le blâmons du tort qu'il nous fait, nous sommes à son égard, dans le même état que vis-à-vis de tout offenseur ; une quantité de règles et de principes moraux interviennent, nous nous éloignons de la pure attente » (Morand, 1914, p.4). Concrètement, les longues périodes d'attente sont associées à une moins grande satisfaction des patients. Par contre, s'ils sont occupés pendant l'attente, leur niveau de satisfaction augmente, même si le temps d'attente est inchangé (Dansky et Miles, 1997). Donc l'occupation atténue l'attente, même si sa durée est inchangée. D'ailleurs une citation est écrite sur le mur de la salle d'attente d'imagerie médicale – radiologie (route 303) : la patience est la clé du bien-être.

Après avoir abordé l'attente dans sa dimension temporelle, émotionnelle et symbolique, il est nécessaire d'observer comment celle-ci s'intègre dans des espaces concrets. Le CHC MontLégia, à travers la diversité de ses typologies de salles d'attente, offre un large terrain d'analyse.

2. Le cas du CHC MontLégia

Les murs nous parlent mais il faut savoir entendre ce qu'ils ont à dire sur le fonctionnement des organisations, leurs histoires, les pratiques qu'elles encouragent et les valeurs qu'elles soutiennent (de Vaujany & Vaast, 2014, cité dans Orvain et Gentil, 2019). Autrement dit, la spatialité des espaces d'attente n'est pas neutre. Il suffirait d'observer attentivement l'agencement et l'environnement pour comprendre ce que l'on veut créer et montrer ou au contraire ce que l'on ne souhaite pas développer, voire cacher.

La configuration spatiale dans les salles d'attente du CHC MontLégia se développe via différentes typologies: en pièce distincte, en alcôve, avec des demi-murs, via un prolongement d'un couloir, entre deux pièces de soins, dans un coin ou encore selon des configurations plus spécifiques qui ont mérité des appellations personnelles. L'ensemble des relevés, dans leur version agrandie et annotée, est présenté en annexe n°1.

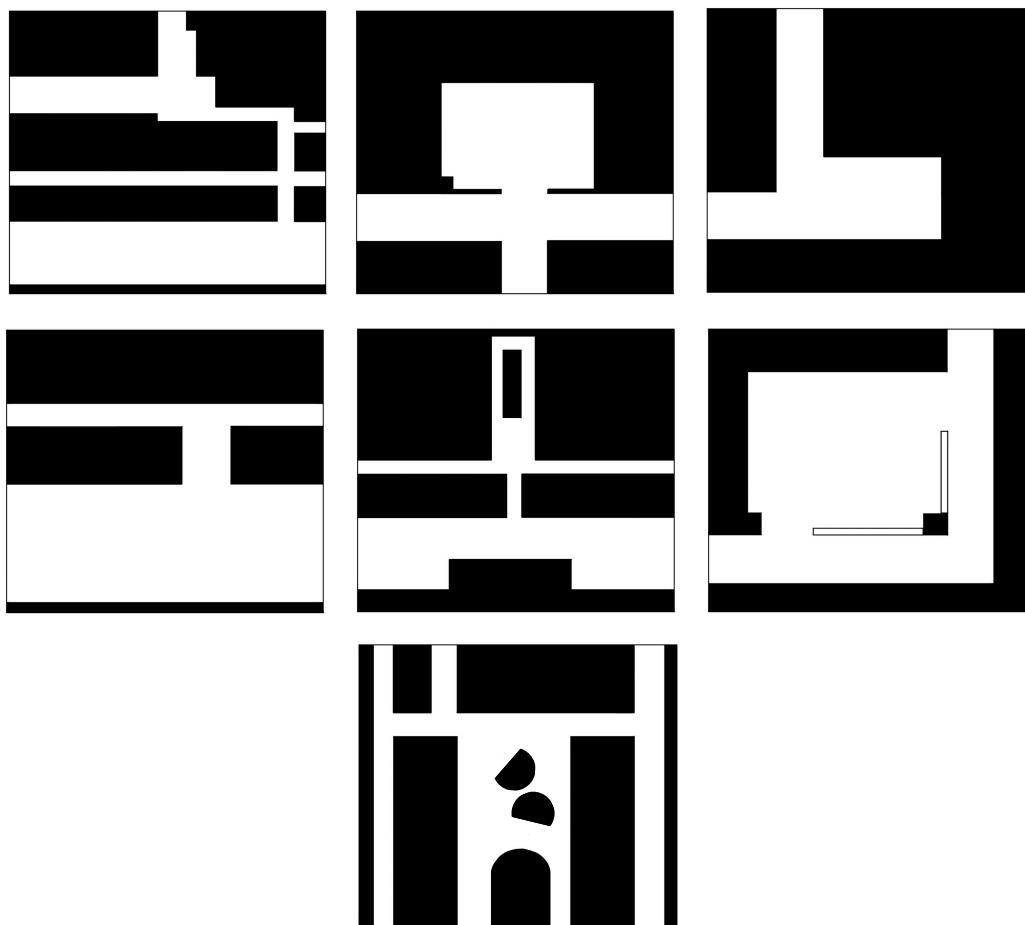


Fig.26: Schéma général des différentes salles d'attente analysées [illustration personnelle]

2.1. La configuration spatiale : organisation de l'attente

La salle distincte :

La typologie de la pièce distincte permet d'isoler et de séparer les espaces. Elle marque littéralement une séparation entre le cheminement pour l'atteindre et la zone d'attente en elle-même. Ici, on peut réellement parler de distinction entre le mouvement et la pause ; le flux et le point statique. Cette configuration offre une certaine intimité aux usagers de cette salle d'attente, dans la mesure où ils sont placés à l'écart des circulations principales. Toutefois, cette mise à distance génère une forme d'ambivalence : si elle favorise le retrait et une certaine intérriorité, elle s'accompagne aussi d'un isolement perceptif, en rompant les liens avec les autres espaces, et par extension, avec l'ensemble du complexe hospitalier. La salle d'attente « imagerie médicale – radiologie » (route 303) se développe dans ce sens : vaste pièce distincte (la plus grande salle d'attente analysée), complexe, ni rectangulaire ni carrée, elle présente quelques recoins tout en offrant une vision globale dès l'arrivée. Cette grande salle se dévoile en zones délimitées non pas par des cloisonnements mais simplement par de la signalétique suspendue au plafond.

De plus, dans le service de la médecine nucléaire (route 302) se développe la typologie de la pièce distincte privée. Elles sont très petites, elles peuvent se fermer avec une porte simple, selon le souhait des usagers. Cette spatialité fermée privée semble généralement utilisée pour des usages spécifiques.

Concrètement, cette typologie de pièce distincte marque une frontière entre un état actif : se déplacer et un état passif : attendre.

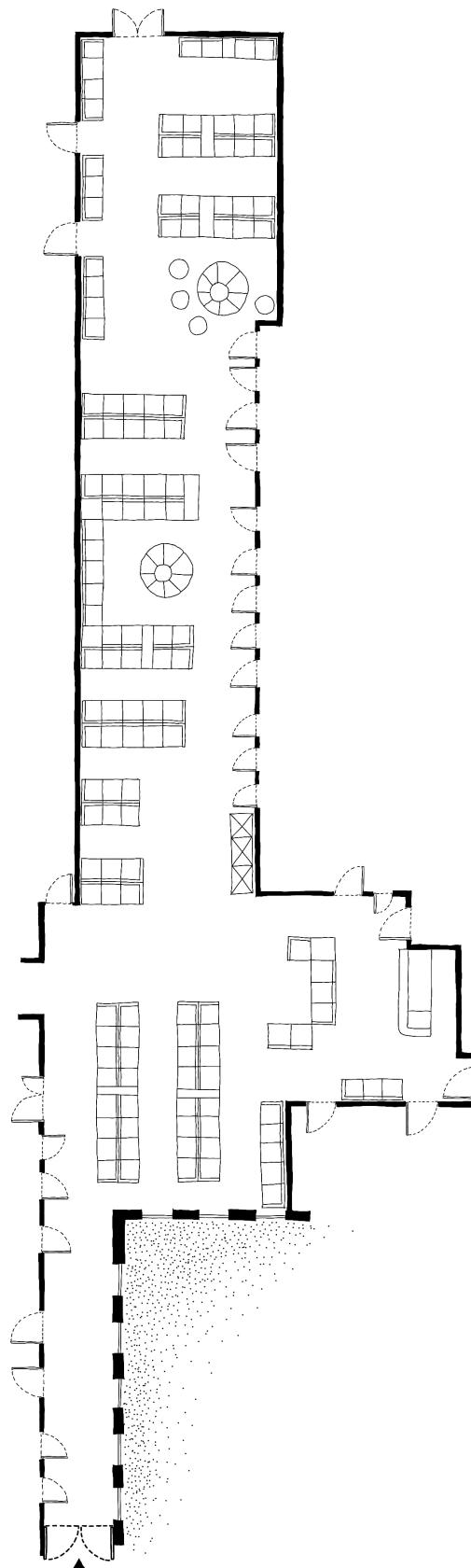


Fig.27: Plan de la salle d'attente « imagerie médicale - radiologie »
[illustration personnelle]

La salle « prolongement d'un couloir » :

Pour la typologie dite « prolongement d'un couloir » ou « dans un coin », la salle d'attente pour l'unité CRF (centre de réadaptation fonctionnelle : route 129) la développe parfaitement. Il s'agit d'un espace directement accolé à de la circulation, sans aucune séparation claire et distincte. La symbolique semble assez forte : cet aménagement donne l'impression d'un espace négligé où l'attente est secondaire. Comme si c'était un choix par défaut. Ici, le cheminement et l'attente ne font qu'un.

D'ailleurs, pour en revenir au service de médecine nucléaire, il dispose également d'une zone d'attente de ce type ; la salle n°2 qui se développe en fin de couloir. En revanche et malgré la symbolique plutôt négative, cette typologie rend les zones d'attente plus facilement accessibles et visibles, l'usager sait directement où il doit s'assoir et patienter. La simplicité spatiale améliore la lisibilité fonctionnelle, mais peut aussi, en contrepartie, altérer la qualité perçue auprès de l'usager.

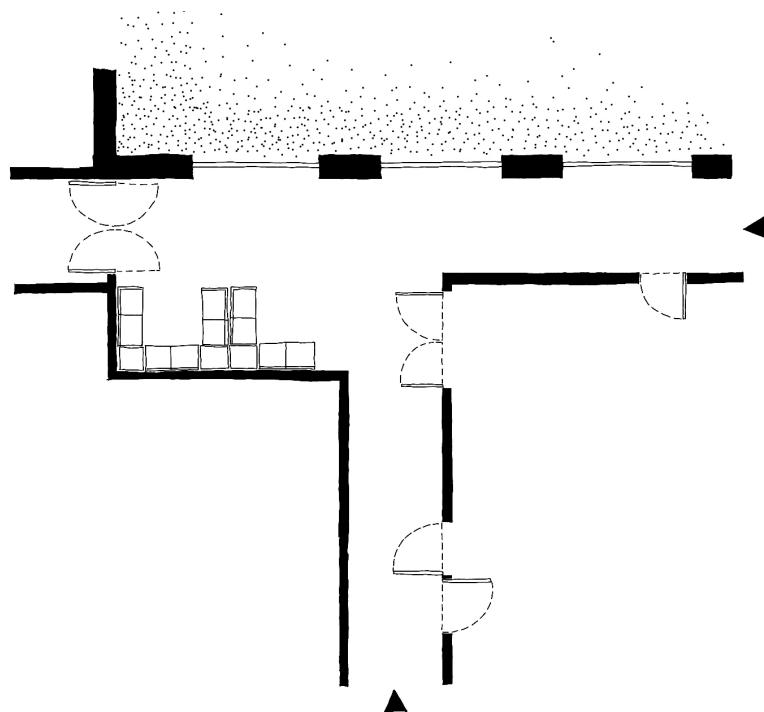


Fig.28: Plan de la salle d'attente de l'unité « CRF »
[illustration personnelle]

La salle en alcôve :

Concernant la typologie en alcôve, elle se situe à mi-chemin entre la pièce distincte et la salle simplement située dans le prolongement d'un couloir. Deux exemples s'y rapportent : la salle du service UAPO (unité d'accueil préopératoire : route 414) et la salle n°5 du service de médecine nucléaire. Ces espaces sont aménagés dans des renfoncements de murs, sans porte, ce qui les rend partiellement ouverts.

La première salle (UAPO) est relativement plus cloisonnée que la seconde mais les deux communiquent avec le couloir. Elles peuvent ainsi être qualifiées de pièces semi-ouvertes. Le principe de l'alcôve crée ici un degré d'intimité intermédiaire des deux autres typologies précédemment énoncées : plus protégé que celui d'une simple extension de couloir mais moins isolé que celui d'une salle entièrement séparée de la circulation générale.

Ce type d'aménagement favorise une mise à l'écart partielle, tout en maintenant un lien visuel avec les flux de circulation. Il crée une transition douce et naturelle entre la zone de mouvement et la zone de pause, rendant perceptible le passage du cheminement à l'attente. Autrement dit, l'alcôve fonctionne comme un filtre spatial.

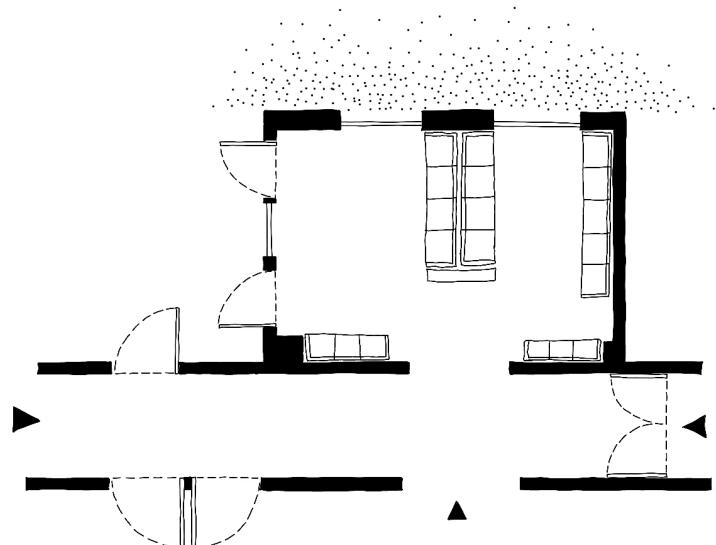


Fig.29: Plan de la salle d'attente de l'unité « UAPO »
[illustration personnelle]

Les salles hybrides : entre filtre et transition :

Le CHC MontLégia présente également des salles plus hybrides comme la salle filtre (appellation personnelle), qui s'étend ponctuellement sur tout le rez-de-chaussée et est ici analysée à travers la salle « route 607 ». Cette typologie joue encore plus un rôle de filtre spatial, combinant des caractéristiques atypiques.

Comme évoqué dans le chapitre *La fluidité des parcours hospitaliers : circulation et compréhension des espaces*, le rez-de-chaussée du CHC MontLégia présente une configuration particulière, avec de nombreuses excroissances et espaces en retrait. Par ailleurs, l'autre côté du couloir central ne bénéficie pas de la double circulation, pourtant un couloir secondaire est accessible à tous les usagers, sans nécessité de badge. Dans le cas observé de la salle d'attente « route 607 », celle-ci fait office d'interface entre le couloir principal et le couloir secondaire, qui distribue les cabinets de consultation. La salle ne se situe ni dans le prolongement d'un couloir, ni dans une alcôve ; elle constitue un point de jonction entre ces deux typologies mais surtout ce dispositif optimise l'espace tout en assurant une fluidité visuelle et fonctionnelle. Les usagers sont partiellement protégés de la circulation centrale, réduisant leur exposition à un environnement agité, sans pour autant s'en affranchir. Autrement dit, la salle sert de zone tampon.

La qualité architecturale de ce type de salles d'attente atténue l'exposition perçue par les usagers qui attendent. Néanmoins, cette typologie peut donner l'impression à l'usager d'être en transit et non réellement accueilli dans un espace d'attente défini. Il apparaît donc un juste équilibre entre visibilité et intimité, entre zone de circulation et espace d'attente.

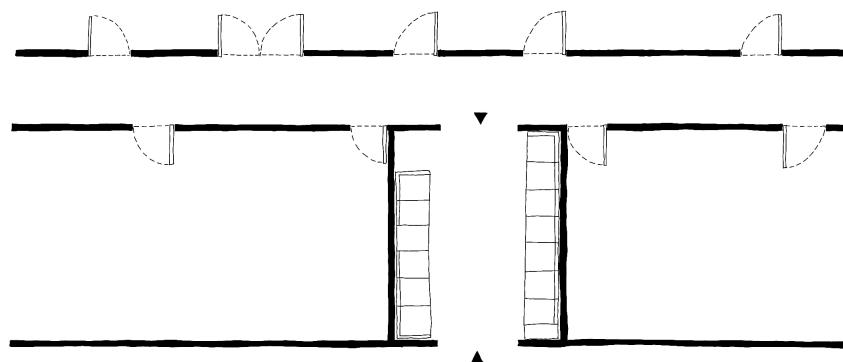
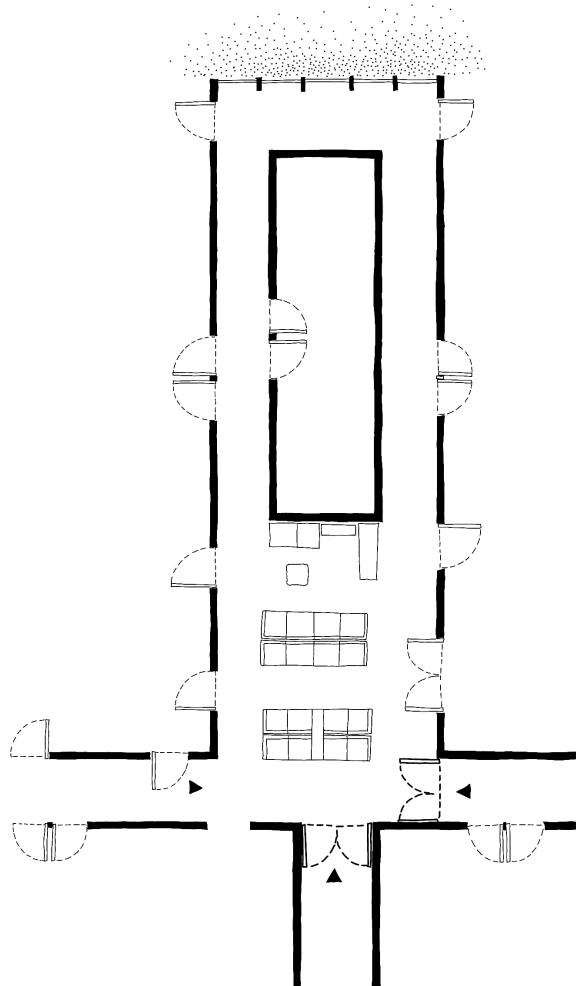


Fig.30: Plan de la salle d'attente « filtre »
[illustration personnelle]

Une autre salle se rapproche de la typologie précédente. Néanmoins, elle se développe au-delà du couloir distribuant des cabinets de consultation. La salle de consultation pédiatrique (route 801), participe à la circulation centrale de manière encore plus indirecte que la salle « filtre », puisqu'elle est davantage en retrait. En revanche, elle s'inscrit pleinement dans la circulation secondaire du couloir des cabinets de consultation, étant donné qu'elle est spatialement intégrée à celle-ci.

Contrairement à la salle précédente, les usagers doivent franchir un véritable espace intermédiaire, il y a une transition entre le cheminement pour l'atteindre et la zone d'attente elle-même. Cette configuration offre un certain retrait visuel et sonore vis-à-vis de l'agitation du couloir principal, tout en maintenant une exposition relative au second couloir. Autrement dit, elle combine un retrait du flux central avec une proximité du flux secondaire. Cette séquence de déplacement supplémentaire, qui est absente dans le cas la salle filtre, permet selon les observations sur place, une mise à distance voire « un effet de sas » (appellation personnelle) qui semble favoriser une forme de préparation mentale pour les patients avant leur rendez-vous.



*Fig.31: Plan de la salle d'attente « consultation pédiatrique »
[illustration personnelle]*

Les salles à configuration complexe :

Deux autres typologies complètent ce panorama : la première concerne la salle d'attente du service PMA (procréation médicalement assistée : route 512), dont la forme hybride résiste à toute catégorisation stricte. Elle peut s'apparenter à une triple lecture spatiale plutôt qu'à une typologie « pure ». Elle s'insère dans le recoin d'un couloir, voire dans le prolongement d'un couloir et est partiellement encerclée par la circulation qui s'organise autour d'elle.

Elle se développe aussi de manière semi-ouverte car elle est cloisonnée par des murs à mi-hauteur qui créent une mise à distance avec les flux adjacents sans pour autant les exclure. Elle évoque ainsi la typologie en alcôve, sans pour autant constituer une véritable espace en retrait.

Au niveau de la perception spatiale, elle se rapproche davantage de l'open-space : elle est visuellement ouverte et pleinement intégrée dans le plan général du service. Il y a une grande ambiguïté au niveau des zones de circulation et des zones d'attente. L'usager se trouve dans une position intermédiaire : il n'est ni complètement intégré à la circulation et il n'est pas pour autant isolé de celle-ci. Cette tension est comparable à celle observée dans la salle « filtre », pourtant dans la salle PMA, l'exposition aux autres usagers est beaucoup plus marquée, ce qui engendre un sentiment de manque de contrôle sur l'environnement. L'espace est à la fois convivial et marqué par une exposition permanente. Néanmoins, la salle illustre une typologie architecturalement poussée qui témoigne de la complexité de la conception des espaces d'attente.

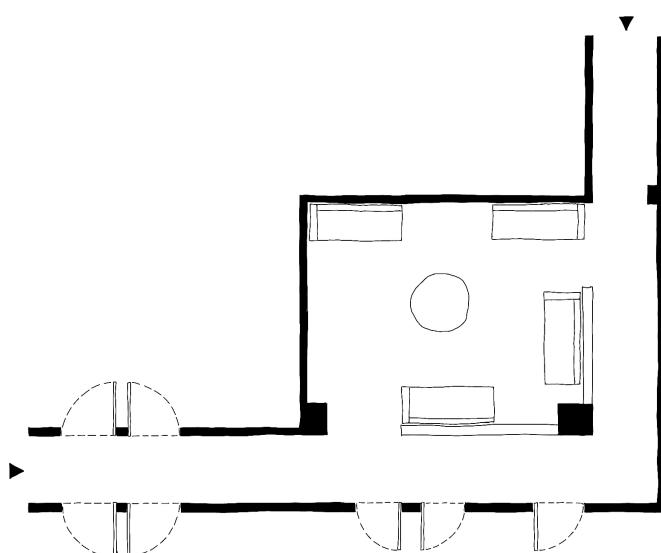


Fig.32: Plan de la salle d'attente « PMA »
[illustration personnelle]

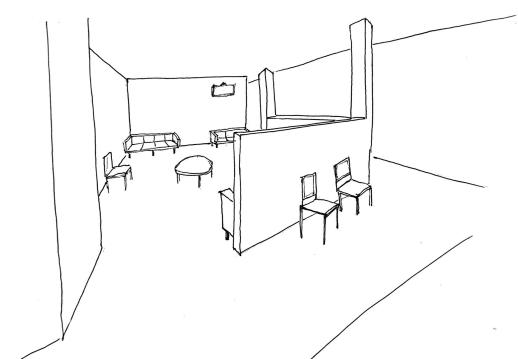
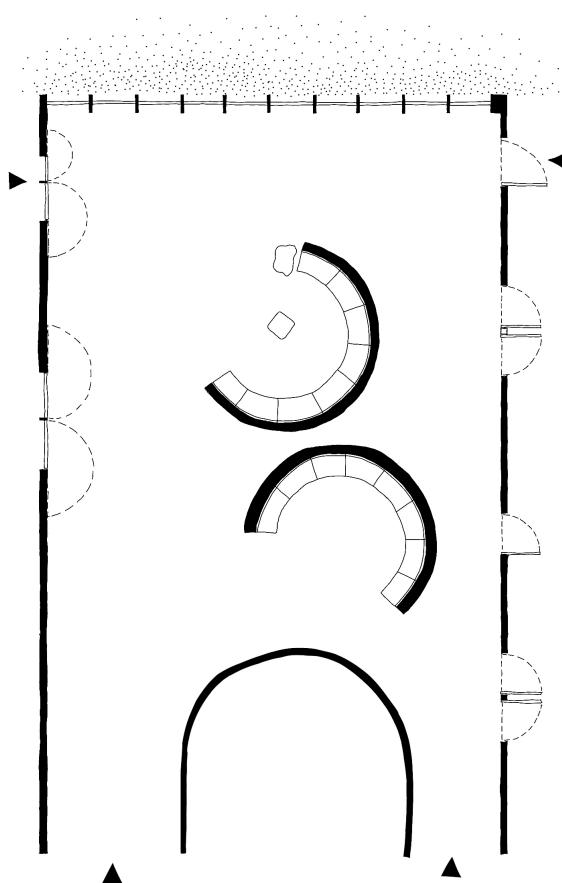


Fig.33: Croquis de la salle d'attente « PMA »
[illustration personnelle]

En parallèle, la seconde typologie, toute aussi complexe, concerne les salles d'attente dites « en rotonde » (appellation personnelle), situées dans les larges couloirs principaux, au rez-de-chaussée. L'analyse porte sur la zone « route 805 » et comme la salle PMA : elle est semi-cloisonnée, avec une circulation autour d'elle. Pourtant, dès la première observation, une question se pose : s'agit-il véritablement d'une salle d'attente ? Principalement car l'espace n'est ni clairement délimité ni réellement identifié comme tel, hormis un pictogramme représentant une personne assise sur un banc. Cela souligne que certaines salles d'attente ne se définissent pas seulement par leur forme ou par leur mobilier mais bien par l'usage que l'on en fait. Par ailleurs, sa forme circulaire s'intègre pleinement à la dynamique du couloir principal, renforçant son ambiguïté fonctionnelle.

Ces deux typologies, par leur caractère flou et leur intégration poussée au sein des circulations, viennent enrichir l'organisation spatiale développée dans le tableau d'analyse présent dans la méthodologie.



*Fig.34: Plan de la salle d'attente « rotonde »
[illustration personnelle]*

En résumé, cette cartographie des espaces d'attente met en évidence une multitude de configurations qui incarnent, à leur manière, la possibilité d'introduire un arrêt dans un espace hospitalier perpétuellement en mouvement. Certaines s'en détachent nettement, d'autres prolongent les cheminements pour établir des zones d'attente sous des formes hybrides. Dans tous les cas, ces salles d'attente démontrent un point de friction entre l'immobilité du patient et la fluidité du système hospitalier, particulièrement présente au CHC MontLégia.

Par ailleurs, ce développement à travers les salles d'attente n'a pas la volonté de démontrer qu'une salle est meilleure qu'une autre ou encore de faire une opposition stricte entre-elles mais plutôt de montrer une diversité de configuration spatiale avec des variations assumées traduisant les différentes manières de concevoir l'attente dans un établissement hospitalier.

Cependant, cette lecture spatiale reste partielle si elle n'est pas mise en dialogue avec une autre dimension : celle de l'usage. Car au-delà de la forme, ce sont des capacités d'action offertes aux usagers qui méritent d'être interrogées. C'est dans cette perspective que s'inscrit une réflexion sur l'ergonomie qui agit comme levier pour les usagers en situation d'attente.

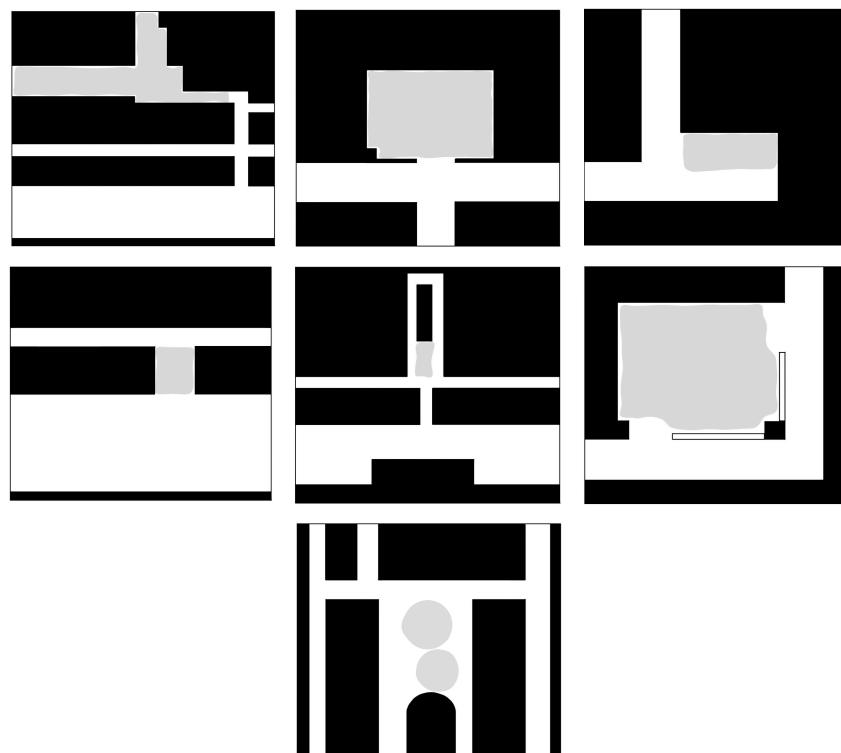


Fig.35: Schéma récapitulatif des différentes salles d'attente analysées [illustration personnelle]

2.2. L'ergonomie : conception d'un environnement capacitant

L'ergonomie ne vise pas seulement à réduire les contraintes mais à développer les capacités d'action des sujets (Falzon, 2004). Cette perspective s'inscrit sur le principe d'environnement capacitant que l'auteur développe comme un environnement qui permet aux individus de développer de nouvelles compétences, d'élargir leurs possibilités d'action et d'accroître leur autonomie (Falzon, 2004). Autrement dit, l'objectif n'est pas de simplement rendre les espaces plus confortables, ou du moins moins contraignants, mais de plutôt concevoir des environnements qui donnent une capacité d'action aux usagers ; ceux-ci peuvent devenir actifs.

Dans le contexte hospitalier, les salles d'attente sont généralement perçues comme des espaces passifs, voire contraints. Pourtant, lorsqu'elles sont pensées selon les principes d'un environnement capacitant, elles peuvent jouer un rôle essentiel dans l'expérience du patient. Cela passe, par exemple, par la prise en compte des besoins spécifiques de chaque patient, comme l'accessibilité pour les personnes handicapées ou encore en fournissant des informations claires sur les soins à venir, les procédures mais également sur l'orientation dans l'hôpital. De tels aménagements permettent aux patients de se sentir davantage en contrôle sur leur situation et donc plus autonomes (Falzon, 2004). Dans cette optique, et selon les principes de Pierre Falzon (2013), une salle d'attente conçue comme un environnement capacitant est un espace qui soutient et valorise l'usager (Falzon, 2013). Elle ne se contente pas d'être un lieu de passage, mais bien un véritable espace dans le parcours du soin.

En règle générale, les salles d'attente du MontLégia répondent aux points soulevés précédemment. Par exemple, pour l'accessibilité des personnes à mobilité réduite (PMR), le MontLégia va au-delà de la simple facilitation de la circulation. Dans les salles d'attente, il y a des zones spécifiques pour les PMR avec une signalisation claire et visible qui garantit une attente autonome et inclusive. Des télévisions sont également stratégiquement disposées dans toutes les salles d'attente afin de permettre aux usagers de suivre l'évolution de la file d'attente et donc leur position. Ces types d'aménagement, bien que modestes en apparence, témoignent d'une volonté proactive de rendre l'attente plus confortable, plus lisible et donc mieux vécue.

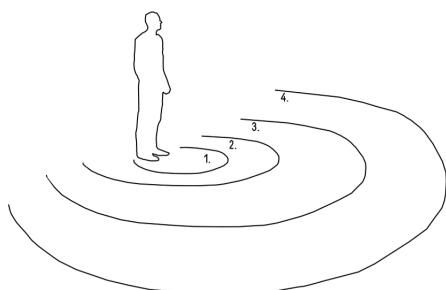
Enfin, pour approfondir l'idée d'environnement capacitant, il est pertinent d'ouvrir le sujet vers une autre dimension spatiale : la proxémie, développée par Edward Hall.

2.3. La proxémie : gestion des distances et interactions

Auparavant, les scientifiques du comportement considéraient l'environnement physique comme un simple arrière-plan passif du comportement humain, plutôt que comme un facteur dynamique influençant les évènements humains (Baker, 1965). La proxémie, elle, étudie l'usage que les individus font de l'espace dans leurs interactions sociales, particulièrement les distances physiques entre les individus. Concrètement, cette approche permet de comprendre comment l'aménagement des espaces influence les usagers.

2.3.1. La théorie : lecture spatiale des relations

De ce fait, Edward T. Hall (1971) développe la proxémie via 4 grands types de distance avec à chaque fois des sous-catégories : lointaine et rapprochée. Cependant, ces 2 sous-catégories sont généralement remises en question. Par exemple, Marc-Alain Descamps (1993) estime une imprécision dans ses divers critères de mesure et une non-justification de la distinction : distance lointaine et rapprochée (Descamps, 1993). Dans le cadre de ce travail, celles-ci ne sont d'ailleurs pas prises en compte. Concernant les 4 distances évoquées (fig.1), elles fonctionnent sous forme de cercles concentriques. Le premier est le cercle espace intime, réservé à la sphère familiale proche : le contact est réel et très proche. Ce cercle s'étend jusqu'à 45 cm de la personne. Ensuite, le cercle personnel se développe pour une conversation entre amis et les interactions familiaires régulières. On conserve tout de même un territoire privé étant donné que ce cercle s'étend de 45 cm à 120 cm. Après, il y a le cercle espace social, qui lui désigne les interactions sociales dites ordinaires, entre collègues par exemple. On tient autrui à distance, on sait se dérober de la situation sans mettre mal à l'aise. Autrement dit, si un étranger s'aventure à se rapprocher de nous jusqu'à pénétrer dans notre zone personnelle, nous ressentirons un malaise (Hall, 1971). Ce cercle s'étend de 120 cm à 360 cm. En dernier, le cercle public, qui s'étend donc au-delà de 360 cm, est généralement associé aux discours publics, c'est une distance scénique (Descamps, 1993). Les postures sont stéréotypées et stylisées comme dans le mime, les gestes sont symboliques (Descamps, 1993). Rien n'est plus naturel.



1. intime - 2. personnel - 3. social - 4. public

Fig.36: Schéma illustrant les cercles concentriques de Hall (1971) [illustration personnelle]

Dès lors une question se pose : Dans une salle d'attente, bondée d'individus, dans quel cercle se retrouve-t-on ? A quelle distance faudrait-il être assis par rapport à un autre usager ? Dans le contexte d'une salle d'attente d'hôpital bondée, telle qu'observée la seconde fois, les individus sont généralement assis proches les uns des autres (souvent à moins de 45 cm) cela relève donc du cercle *intime* selon la théorie d'Edward T. Hall (1971). Pourtant, cette proximité physique ne correspond absolument pas à la nature relationnelle de ce cercle. Il y a un décalage entre la proximité physique subie et la distance sociale normale entre deux inconnus. Cela démontre que les contraintes spatiales génèrent des situations inconfortables.

2.3.2. Le cas pratique : analyse de cas concrets

Pour aller plus loin dans la théorie, place à la pratique. A travers une conception expérimentale, Charles Holahan (1972) observe la disposition spatiale dans l'hôpital Northampton dans le Massachusetts aux Etats-Unis. Cette étude a examiné les effets de manipulations spécifiques et contrôlées des modèles d'assise sur le comportement de patients psychiatriques dans une salle de jour d'un hôpital (Holahan, 1972). Concrètement, des personnes sont réparties dans une salle de quatre manières différentes et il tire les résultats suivants : le premier groupe se voit assis sur des chaises alignées, épaules contre les murs de la pièce, décourageant les relations humaines (Holahan, 1972). Le deuxième groupe est disposé autour de deux tables au centre de la pièce, favorisant les relations sociales (Holahan, 1971). Ces deux types de disposition découlent de la proxémie : les espaces sociofuges ; qui isolent les personnes et les espaces sociopètes ; qui permettent des échanges (Descamps, 1993). Ensuite, le troisième groupe s'installe de manière « mixte » : des chaises le long des murs et aussi autour d'une table. Quant au dernier groupe, il s'installe de manière totalement libre, les personnes organisent la disposition comme elles le souhaitent. Ici, et presque bizarrement, il y a beaucoup moins d'interactions entre les personnes que dans la disposition sociopète et mixte, alors que les occupants ont eux-mêmes choisi leur disposition. Cette étude démontre et soutient fortement l'idée défendue d'Edward Hall (1971): la proxémie qui est la gestion silencieuse des distances entre les corps pour communiquer sans les mots (Hall, 1971). Autrement dit, l'espace est un langage silencieux (Descamps, 1993). Alors, faisons parler l'espace via l'analyse de salles d'attente de CHC MontLégia.

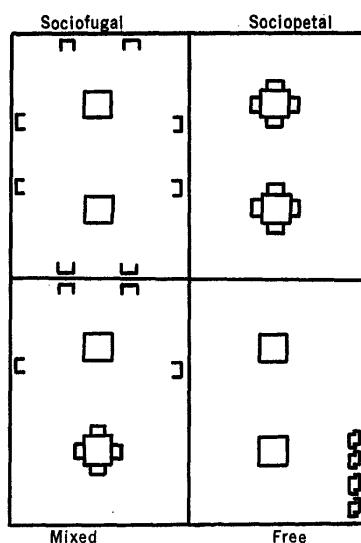


FIG. 1. Seating patterns in the four treatments.

Fig.37: image illustrant l'expérience « Fig 1. Seating patterns in the four treatments » (Holahan, 1972)

Au CHC MontLégia, la majorité des assises présentes dans les différentes salles d'attente analysées sont disposées le long des murs. Les usagers statiques se retrouvent le dos et les épaules contre le mur, à l'image de la première situation décrite dans l'étude de Charles Holahan (1971). Cette disposition correspond à un espace sociofuge qui tend à isoler les personnes et élimine toutes interactions sociales possibles. On y reconnaît clairement une proxémie contrainte, où l'espace ne favorise pas la communication (Hall, 1971 ; Barker, 1965).

Dans les salles nommées « salle filtre », la totalité de la longueur des murs est occupée par les assises, sans aucune respiration visuelle ni séparation. Par ailleurs, ces salles sont généralement les plus bondées. Les usagers sont réellement côté à côté, voire serrés, généralement à moins de 45cm les uns des autres, c'est-à-dire dans le cercle *intime* défini par Edward T. Hall (1971), normalement réservé aux proches. Ce décalage entre proximité physique et distance sociale idéal entraîne une forme de malaise (Baker, 1965).

La salle « PMA » présente également une disposition similaire, avec des assises le long des murs. Cependant, la charge visuelle est moindre grâce à des zones non occupées ; les assises ne sont pas toutes collées. Cela crée une respiration spatiale et, sans doute, une forme de proxémie moins subie. D'ailleurs, dans cette salle, j'ai pu observer la seule interaction entre deux personnes, chacune placée face à l'autre. Peut-être une simple coïncidence.

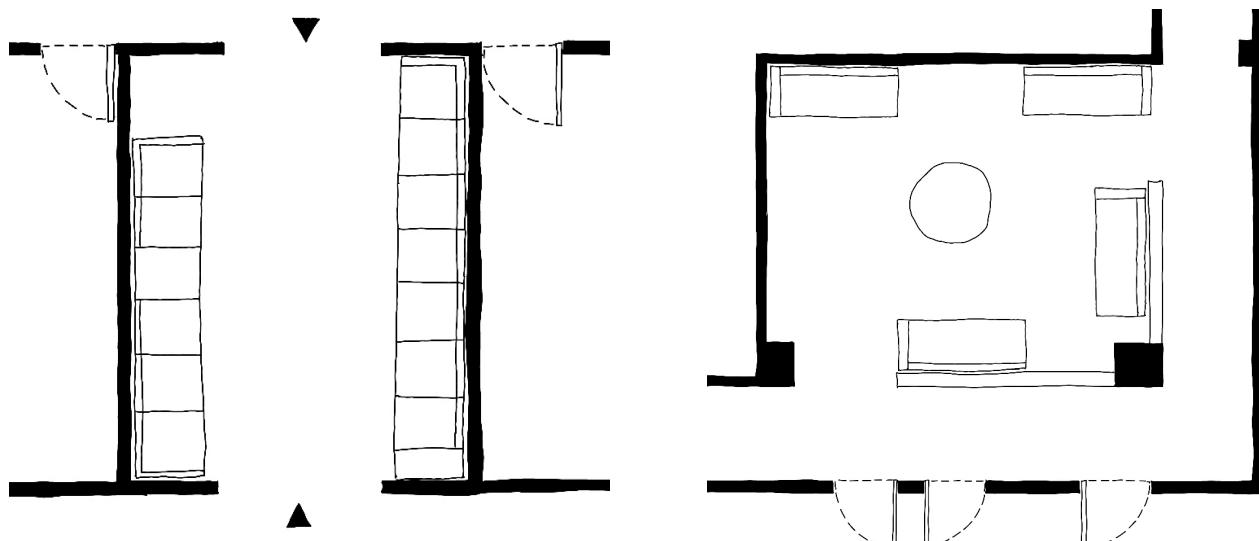


Fig.38: Plan zoomé sur les assises de la salle « filtre »
[illustration personnelle]

Fig.39: Plan zoomé sur les assises de la salle « PMA »
[illustration personnelle]

Concernant la salle d'attente de l'UAPO, des sièges sont ajoutés au centre, en vis-à-vis de ceux contre les murs. Cela pourrait être interprété comme une tentative de rendre l'espace sociopète et donc favorisant les interactions humaines (Hall, 1971 ; Descamps, 1993). Néanmoins, cet aménagement semble répondre avant tout à une logique de rentabilisation de l'espace ; asseoir le plus de personnes sans agrandir la salle plutôt qu'à une volonté de stimuler la communication.

Dans la salle d'attente du service CRF, la disposition des assises est en « L », avec des sièges le long du mur et un retour en angle. Cette disposition modifie la proxémie classique énoncée précédemment car les usagers ne sont pas face à face, ce qui crée des points de fuite visuelle. Contrairement aux salles « filtres », même si cette salle se retrouve bondée avec des personnes côte à côte, on peut plus facilement se dérober, visuellement, des autres.

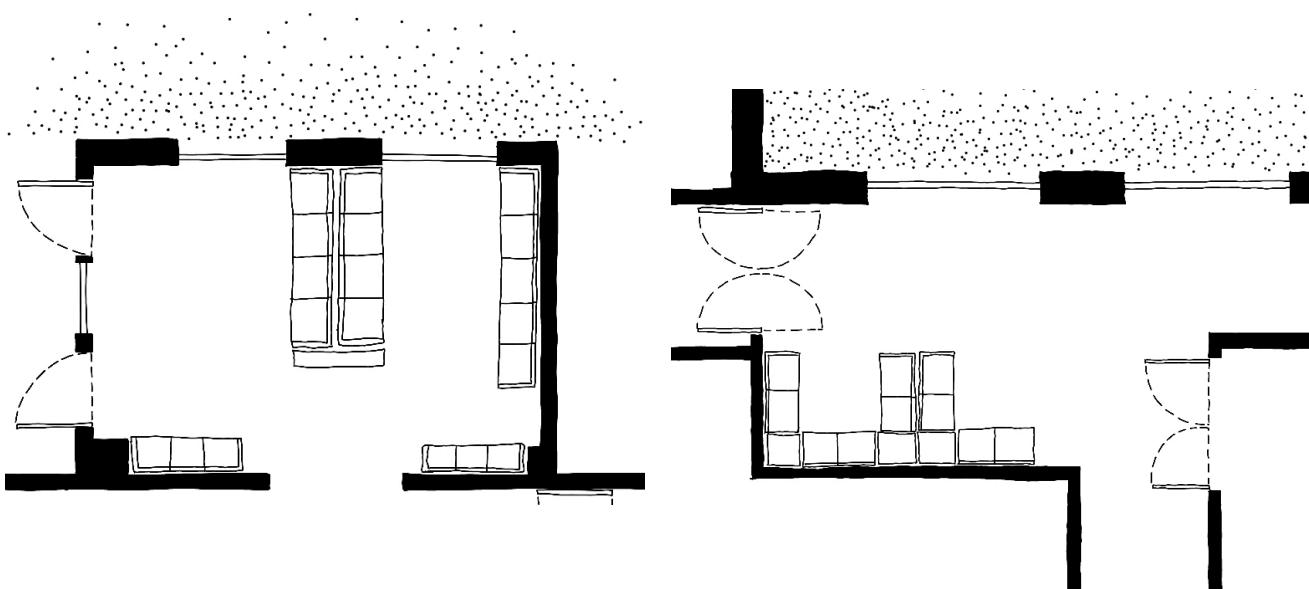


Fig.40: Plan zoomé sur les assises de la salle « UAPO »
[illustration personnelle]

Fig.41: Plan zoomé sur les assises de la salle « CRF »
[illustration personnelle]

Pour le service d'imagerie médicale, une disposition différente est observée ; les sièges sont accolés au mur et non adossés, c'est-à-dire que les usagers sont orientés perpendiculairement au mur. De plus, ils sont adossés à une autre rangée de sièges, formant des blocs de deux rangées. Contrairement aux autres salles, les usagers ne tournent pas le dos à un mur mais à des autres individus. Cela crée une proxémie inattendue, non seulement il n'y aucun repère spatial clair pour s'isoler mais il est même plus que probable de se cogner la tête avec la personne derrière. La situation fait émerger un paradoxe : les individus ne sont pas en interaction directe ; ils ne se font pas face pourtant ils sont engagés dans une proximité physique largement supérieure, qui pénètre le cercle *intime* défini par Hall (1971). Cet espace empêche la distanciation nécessaire pour une attente confortable.

La salle d'attente du service de pédiatrie reprend l'idée du service d'imagerie médicale mais à plus petite échelle. Selon l'observation sur place, sans savoir si c'était une volonté ou une appropriation après la mise en place des assises ; les murs sont des supports pour des jeux pédagogiques et non pas pour les assises.

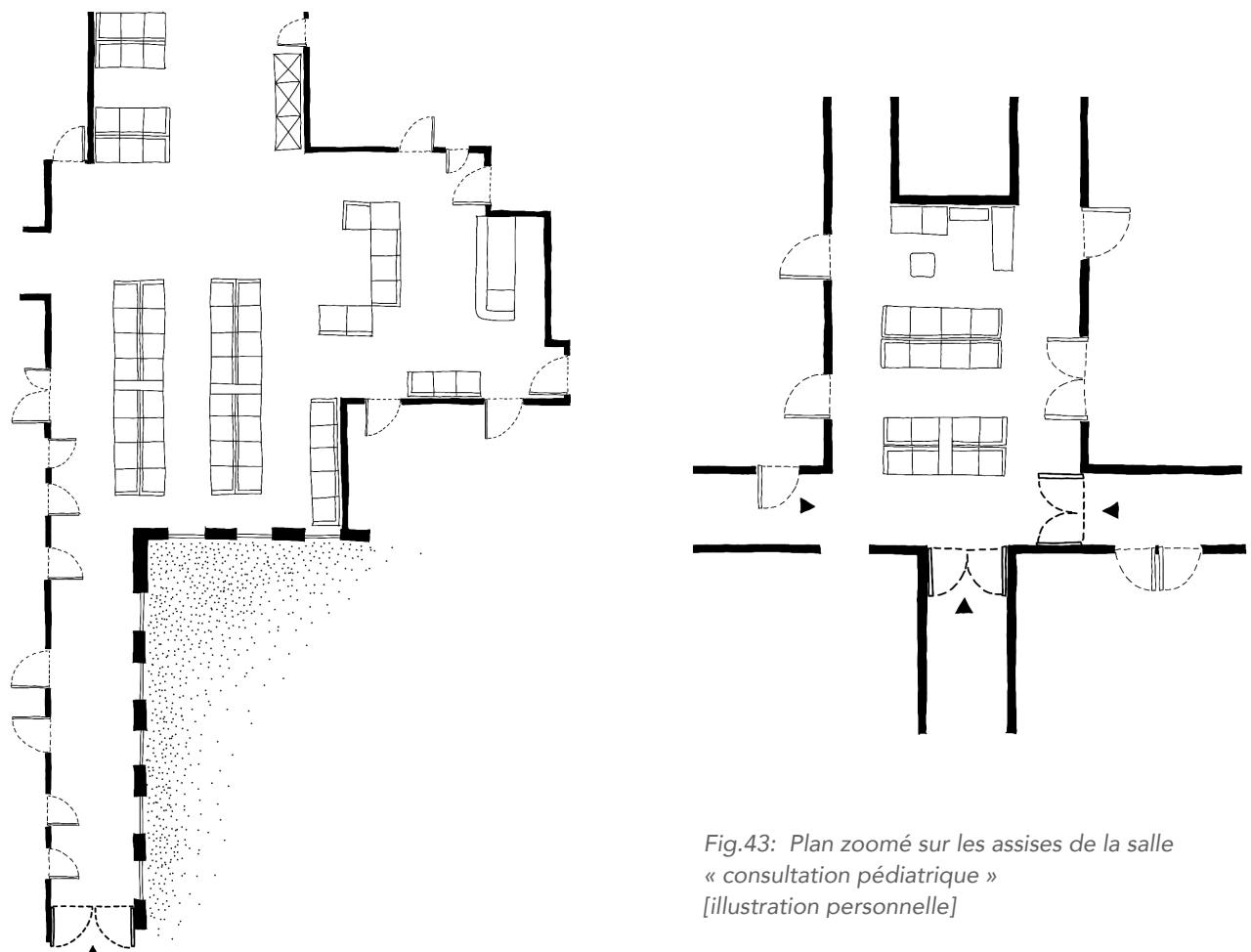


Fig.42: Plan zoomé sur les assises de la salle
« imagerie médicale - radiologie »
[illustration personnelle]

Fig.43: Plan zoomé sur les assises de la salle
« consultation pédiatrique »
[illustration personnelle]

Dans les salles « rotonde », la disposition circulaire intègre les usagers dans un grand mobilier cloisonné. L'effet proxémique est ici très ambigu : la circularité empêche de se dérober du regard d'autrui ; tout le monde se fait face. Pourtant cette disposition fait référence à la deuxième configuration de Charles Holahan (1971), où les participants se retrouvent autour d'une table. L'expérience démontre que cette configuration se traduit comme un espace sociopète, qui permet des interactions sociales (Holahan, 1971). Malgré que cette configuration puisse théoriquement favoriser les interactions, elle peut également générer un malaise, notamment dans un contexte médical où les patients cherchent plutôt à préserver leur intimité.

De façon générale, et lorsque cela est possible, une règle tacite apparaît : les usagers laissent une place vide entre-eux ou encore ne se placent pas sur un fauteuil déjà occupé, respectant ainsi, au minimum, le cercle personnel (Hall, 1971). Cela confirme l'idée que l'espace structure nos interactions, même sans parole (Descamps, 1993).

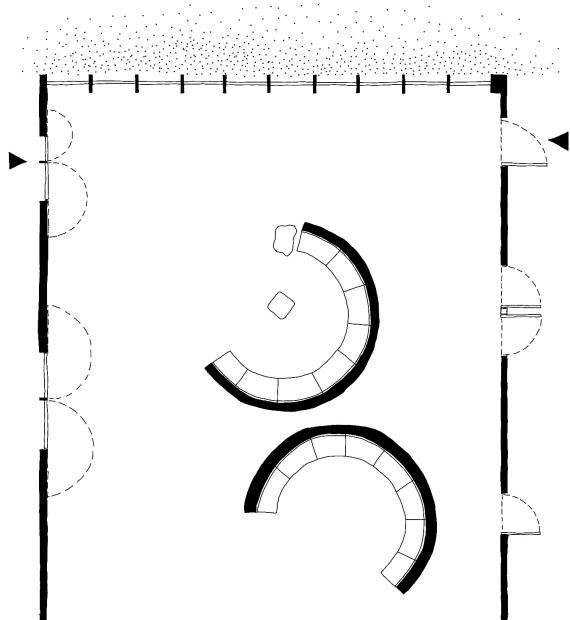


Fig.44: Plan zoomé sur les assises de la salle « rotonde »
[illustration personnelle]

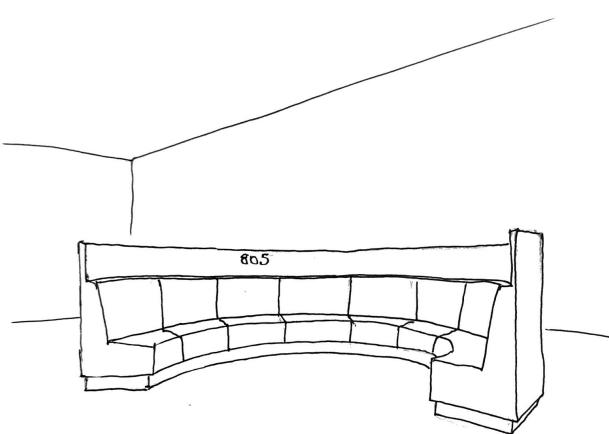


Fig.45: Croquis des assises de la salle « rotonde »
[illustration personnelle]

Enfin, un détail important, en écho au paragraphe précédent et visible à travers les dessins, est le type d'assise utilisé dans l'entièreté des salles d'attente du CHC MontLégia. Contrairement à ce que l'on observe généralement dans les hôpitaux, les assises ne sont pas composées de chaises individuelles reliées par des barres métalliques mais de longs fauteuils continus, segmentés par le rembourrage. Ces rembourrages créent une frontière apparente mais pas forcément une frontière fonctionnelle, dans la mesure où la longueur de ceux-ci permet d'accueillir quasiment deux personnes. Cela engendre un flou dans la gestion des distances entre les personnes ; même si une segmentation est visible, elle ne garantit pas une appropriation strictement personnelle. Autrement dit, ce flou spatial affecte l'application des cercles concentriques d'Edward Hall (1971) ; les usagers peuvent se retrouver trop proches et entrer, involontairement, dans le cercle *personnel* voire *intime* de la personne d'à côté. Le langage silencieux qu'est la proxémie (Descamps, 1993) est perturbé par un mobilier qui brouille les codes sociaux habituels.

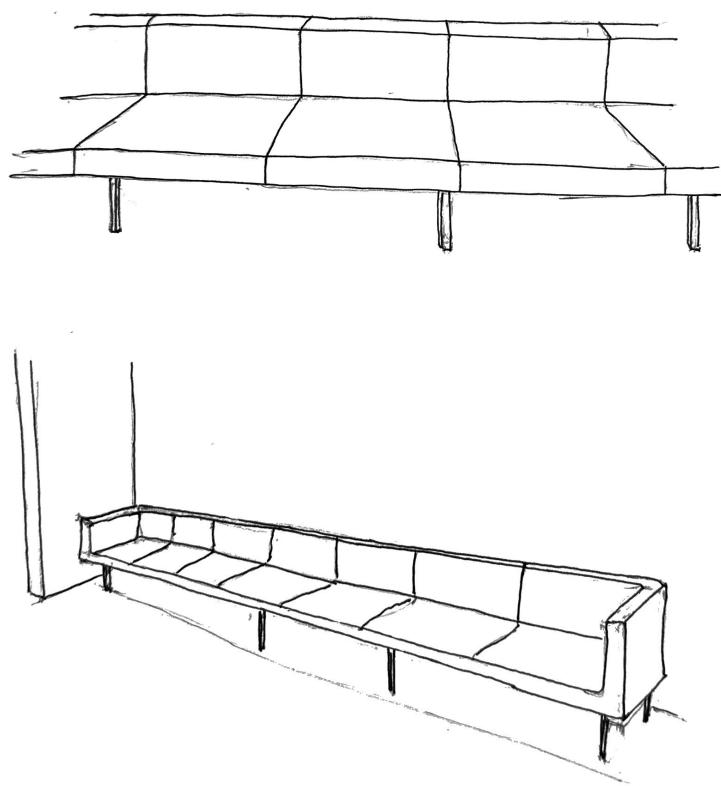


Fig.46: Croquis du type d'assises dans les salles d'attente analysées
[illustrations personnelles]

En conclusion, une idée centrale émerge, déjà perceptible dès les premières observations: il est sincèrement difficile d'imaginer un véritable dialogue social entre des individus étrangers, particulièrement dans un contexte hospitalier souvent chargé d'anxiété, d'incertitude ou de fatigue. L'espace d'attente, dans sa configuration générale actuelle, n'encourage pas l'échange. Pour autant, tout ne se joue pas dans la possibilité d'interagir mais dans la manières dont l'environnement spatial permet à chacun de se sentir à l'aise, ou du moins, de se protéger. Certains dispositifs tels que les fauteuils plus espacés présents dans la salle de PMA ou encore des angles visuels d'échappatoires observés dans la salle CRF, offrent aux usagers la possibilité de détourner le regard et de créer une distance psychologique avec les autres. Ces aménagements permettent ainsi de s'éloigner du cercle *intime* de 45 cm défini par Hall (1971), contribuant à réduire la sensation d'inconfort liée à la proximité.

2.4. Les percées visuelles et la lumière

Après avoir exploré les dimensions spatiales et sociales des salles d'attentes, notamment à travers l'ergonomie et la proxémie qui influencent directement le confort et les interactions des usagers, il apparaît essentiel de s'intéresser à d'autres facteurs déterminants : la lumière naturelle ainsi que les vues offertes par ces différentes salles. Ces éléments, bien que généralement relégués au second plan dans la conception architecturale hospitalière au profit de la rentabilité de chaque mètre carré, jouent un rôle fondamental dans la perception de l'espace par les usagers (Ulrich et al., 2004).

2.4.1. Les vues et la lumière naturelles : bienfaits et réalité sur le terrain

De nombreuses recherches ont démontré l'impact bénéfique de la lumière naturelle et des vues sur l'environnement extérieur. Par exemple, Roger S. Ulrich (1984) a démontré, à travers une étude particulièrement emblématique, que « par rapport au groupe ayant une vue sur le mur, les patients ayant une vue sur l'arbre ont eu des séjours post-opératoires plus courts à l'hôpital. » (Ulrich, 1984). Il précise que « [...] la plupart des vues naturelles suscitent des sentiments positifs, réduisent la peur chez les sujets stressés, elles pourraient également favoriser la guérison de l'anxiété ou du stress. » (Ulrich, 1979, cité dans Ulrich, 1984). Certes les analyses d'Ulrich (1984) portent essentiellement sur les chambres d'hospitalisation. Toutefois, il semble pertinent de les appliquer au contexte des salles d'attente, caractérisées par l'attente qui elle-même est caractérisée par l'anxiété, l'incertitude ou encore la douleur anticipée rendant l'usager particulièrement sensible à son environnement visuel (Fraise et Orsini, 1955).

Les effets positifs des vues arborées trouvent écho dans d'autres travaux, notamment celui de Dalke et al. (2004) qui développe l'importance de la lumière naturelle dans les hôpitaux et qui insiste sur le fait que « la lumière du jour est constamment changeante à mesure que la terre se déplace dans le ciel. Cette variation donne à l'espace, un potentiel qui évite l'ennui et la déprime. » (Dalke et al., 2004, p.40).

Pourtant, les observations *in situ* révèlent un contraste assez saisissant entre ces rapports théoriques et la réalité. Alors que les larges couloirs de rez-de-chaussée bénéficient d'ouvertures généreuses, les salles d'attentes, elles, disposent rarement d'une vue sur un paysage. Seule la salle d'attente de l'unité d'accueil préopératoire (UAPO) dispose de deux larges baies vitrées s'ouvrant sur une vue dégagée et partiellement arborée. D'ailleurs, ces fenêtres, situées à seulement 40 cm du sol permettent aux usagers de s'asseoir sur leur seuil large en bois, transformant ainsi cette ouverture en un élément d'usage. Ce détail, conçu par les architectes ou détourné par les usagers, témoigne d'une attention à la qualité de l'expérience d'attente.

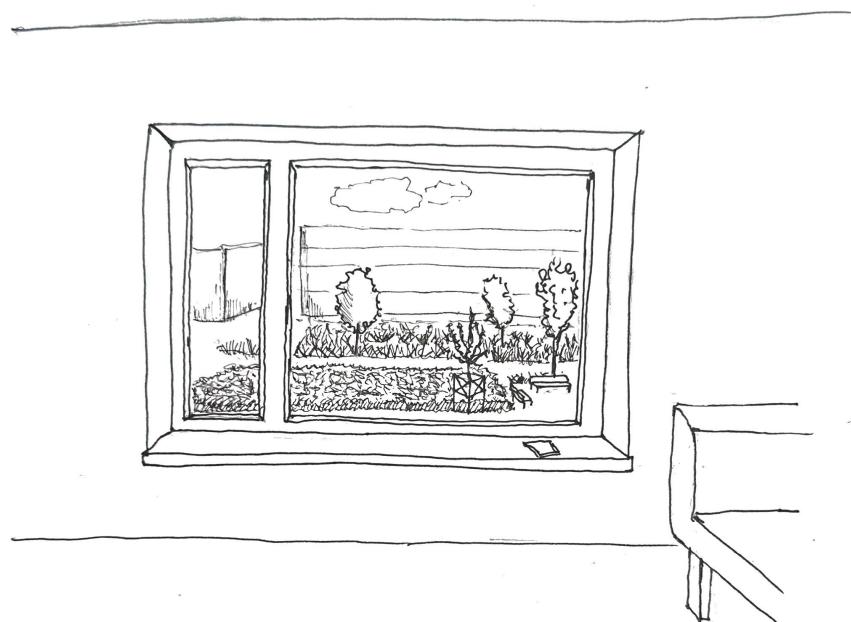


Fig.47: Croquis d'une vue de la salle « UAPO » [illustration personnelle]

En revanche, la salle du service CRF, bien qu'elle reprenne le même seuil bas et large, donne sur un environnement bâti proche : toiture plate révélant toutes les techniques et en face, une façade d'un autre bloc du bâtiment. Les ouvertures physiquement présentes ne produisent pas une qualité sensible de l'espace. Cette nuance souligne que l'environnement visible à travers une ouverture est aussi important que l'ouverture elle-même.

Une autre salle d'attente, celle de l'imagerie médicale et radiologie illustre cette ambivalence. Elle dispose de plusieurs fenêtres fines mais hautes, qui pourraient laisser espérer un apport de lumière naturelle et une ouverture agréable sur l'extérieur. En réalité, elles donnent sur l'aile médico-technique de l'hôpital, réduisant la vue à une façade sombre et minimisant la lumière perçue. Encore une fois, cette configuration montre que la seule présence d'ouverture ne garantit pas un confort visuel ni une qualité spatiale riche.

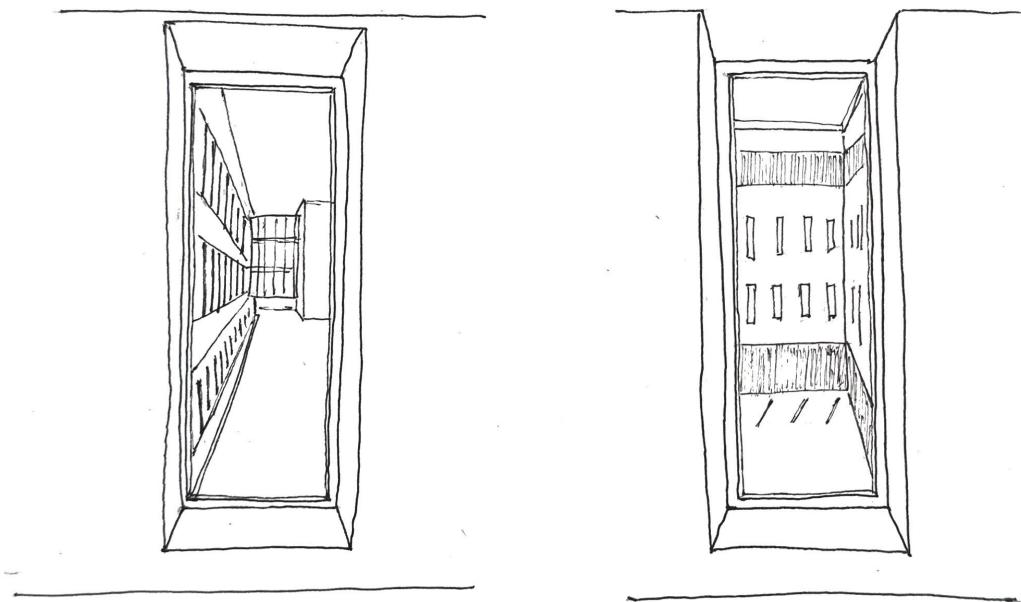


Fig.48: Croquis des vues de la salle « imagerie médicale - radiologie » [illustrations personnelles]

Cependant, certaines salles ne disposent d'aucune fenêtre, par exemple les salles « filtres » (appellation personnelle), situées entre les deux couloirs. Il n'y a donc implicitement aucune lumière naturelle dans ces salles. Ce choix semble la conséquence de la configuration spatiale et d'une hiérarchisation implicite des besoins entre espaces de soin actifs et espaces d'attente passifs. Les cabinets de consultation adjacents à ces salles disposent, quant à eux, de généreuses ouvertures. Il y a donc une logique fonctionnelle mais moins soucieuse de la qualité d'attente.

Une question se pose alors : la lumière artificielle prend-elle le relais pour compenser l'absence de lumière naturelle ?

2.4.2. La lumière artificielle : contraintes et enjeux

Les observations sur le terrain montrent que l'éclairage artificiel, bien qu'omniprésent, est en décalage avec les principes recommandés en matière de confort visuel. Il est presque systématiquement assuré par des plafonniers à néons très blancs, générant une lumière uniforme, statique et sans nuance. Pourtant, la littérature insiste sur l'importance d'un éclairage maîtrisé et adaptable. Dalke et al. (2004) soulignent qu'« un contrôle approprié de l'éclairage électrique est essentiel, afin de pouvoir l'éteindre ou le tamiser lorsque, par exemple, la lumière naturelle est suffisante. » (Dalke et al., 2004, p.40). Cela n'invalider pas le recours à la lumière artificielle en tant que telle. Si elle est bien pensée, elle peut contribuer positivement à l'espace. Cependant, les dispositifs observés ne semblent pas réellement exploiter ce potentiel.

A un niveau plus philosophique et culturel, Junichirô Tanizaki (2011) oppose la lumière diffuse, douce et changeante présente dans les espaces traditionnels japonais à la lumière occidentale, forte, homogène et omniprésente. Selon lui, ce sont les jeux de reflets et les zones d'ombres qui donnent leur sensibilité et leur profondeur aux espaces (Tanizaki, 2011). Autrement dit, la lumière artificielle, lorsqu'elle est constante, fige l'ambiance et appauvrit la richesse sensorielle des lieux (Dalke et al., 2004).

Il faut toutefois reconnaître que, dans les établissements hospitaliers, les choix en matière d'éclairage doivent répondre à des normes sanitaires et techniques qui limitent la marge de manœuvre à la conception.

2.5. La biophilie et la notion d'ambiance : réflexion en second plan

Face au constat d'appauvrissement sensoriel, que ce soit en lumière naturelle ou en vue arborée, une interrogation légitime se pose : si les vues naturelles favorisent la guérison (Ulrich, 1984), pourquoi ne pas introduire des éléments végétaux en intérieur tels que des plantes ? Lors des observations menées sur place, aucune salle d'attente ne présentait de végétal, ce qui révèle une marge d'amélioration possible par l'intégration d'éléments naturels.

Cette démarche s'inscrit dans la logique de la biophilie, c'est-à-dire l'affinité instinctive de l'humain avec la nature (Lovergne, 2023). Sur le papier, l'ajout de plantes semble simple, voire évident. Toutefois, il convient de rester prudent face à une forme de simplification : l'intégration de plantes ne saurait, à elle seule, recréer les conditions de bien-être associées à une immersion réelle dans un environnement naturel. Néanmoins, dans un contexte où les ouvertures sur l'extérieur sont limitées, voire inexistantes, ces dispositifs biophiliques peuvent constituer un levier possible pour atténuer le stress, l'ennui ou encore renforcer l'apaisement des usagers (Ulrich, 1984 ; Lovergne, 2023). Même si leurs effets sont plus discrets que ceux d'un contact direct avec la nature, ils ouvrent des potentialités discrètes et méritent d'être pensés et intégrés avec finesse dans les salles d'attente.

Dans cette perspective, le concept d'ambiance développé par Bruce Bégout (2020) permet de dépasser une vision purement fonctionnelle ou esthétique de l'espace. L'auteur critique les tentatives de réduction de l'ambiance à un programme de design volontairement contrôlé, évoquant « [...] une atmosphère conviviale qui confère à un lieu ou à un moment, une animation joyeuse et entraînante (Bégout, 2020, p.14). Selon lui, un tel programme est illusoire car « A bien y réfléchir, le design atmosphérique en pleine vogue ne crée pas des ambiances, il les prépare seulement. » (Bégout, 2020, p.392). L'ambiance fait émerger des interactions sensibles entre les lieux, les corps et les temporalités. « [...] L'ambiance transcende les conditions de production et se donne comme un phénomène qui n'a ni cause ni fin.» (Bégout, 2020, p.395). L'auteur ne réduit donc pas l'ambiance comme une simple catégorie esthétique ou un produit d'aménagement (Bégout, 2020). Autrement dit, l'ambiance constitue un fond sensible et perceptible sans être thématisée.

Si l'on applique la notion d'ambiance à l'architecture hospitalière et plus spécifiquement aux salles d'attente, cette notion invite à ne pas confondre l'ajout de quelques éléments naturels à la création d'un véritable environnement sensible. Ce que ces dispositifs permettent, ce n'est pas de composer une ambiance artificielle ou décorative mais plutôt d'ouvrir des conditions favorables à son émergence. Autrement dit, l'ambiance ne se conçoit pas comme un objectif mais plutôt comme un effet secondaire, fragile et imprévisible, d'une attention portée aux détails.

C'est précisément dans ce travail silencieux et invisible que réside, selon moi, la véritable puissance de l'architecture : elle permet sans imposer, elle suggère sans enfermer.

VII

La complexité des espaces hospitaliers : entre circulation, attente et usages réels

1. Zones en mouvement et zones en arrêt : tension spatiale fondamentale

Déambuler dans la grande circulation centrale du CHC MontLégia, m'asseoir sur un fauteuil dans l'une des salles d'attente observées, rejoindre un couloir secondaire pour atteindre une autre salle d'attente et m'y installer à nouveau pour observer et dessiner. Au fil de mes visites, mon parcours alternait sans cesse entre déplacement et immobilité ; moment d'action et moment de pause.

Peu à peu, cette alternance m'a amenée à interroger la nature de ces deux états et les liens possibles entre-eux, aussi bien sur le plan corporel que spatial. J'ai choisi de les nommer, de manière personnelle : « zone en mouvement » et « zone en arrêt ». Leur coexistence me semble générer une tension spatiale, qui structure à la fois l'organisation architecturale et l'expérience vécue des usagers.

Les zones en mouvement correspondent aux espaces de circulation où se créent des flux continus d'usagers : couloirs, croisements, passages. Elles favorisent le déplacement rapide et efficace, incarnant la dimension fonctionnelle et dynamique de l'hôpital. Autrement dit, l'agencement de ces espaces guide les trajectoires des personnes : le mouvement détermine comment elles perçoivent la fonction de chaque lieu ainsi que la distance qu'elles maintiennent entre elles lors de leurs déplacements (Hall, 1971). A l'inverse, les zones en arrêt développent les espaces où le corps se suspend dans le temps, notamment dans les salles d'attente, où il y a une rupture dans le rythme spatial et une transition induisant une expérience plus introspective. Ainsi, cette immobilité forcée, souvent marquée par l'incertitude, convoque une autre relation à l'espace et au temps (Morand, 1914).

A plus grande échelle, la pensée de l'architecte et urbaniste Jan Gehl (2012) offre un cadre pertinent. Il observe les comportements humains dans l'espace public en distinguant les espaces « en mouvement » où les personnes marchent, se déplacent, traversent ; les zones de transition dans la ville et les espaces « en arrêt », où l'on s'attarde, s'assied, échange ; les zones habitées. Il souligne l'importance de trouver un équilibre subtil entre ces deux dimensions pour garantir la qualité de l'expérience spatiale (Gehl, 2012). Sa réflexion concerne donc l'échelle urbaine et non celle d'un bâtiment ou d'un hôpital. Toutefois, il insiste sur la nécessité de concevoir des environnements qui favorisent à la fois le déplacement fluide et les moments de pause : des conditions essentielles pour « vivre » la ville (Gehl, 2012).

S'il on transpose sa pensée au contexte hospitalier : une articulation maladroite entre espaces de circulation et zone d'attente peut nuire à l'expérience des usagers, générant potentiellement inconfort et désorientation. Ainsi, une bonne architecture ne dépend pas des formes mais plutôt des interactions entre la forme et la ville, ce qui est bien plus difficile et exigeant (Gehl, 2012). Dans les hôpitaux aussi, cette exigence appelle à penser des espaces qui répondent à la fois aux logiques fonctionnelles et aux besoins sensibles, parfois silencieux, des corps qui s'arrêtent (Hall, 1971 ; Descamps, 1993).

L'architecture hospitalière doit donc à la fois soutenir le mouvement, accueillir le temps d'attente et trouver un équilibre entre ces deux dimensions. Même si cet équilibre reste difficile à atteindre, certains choix spatiaux du CHC MontLégia comme la double circulation et les différentes configurations des salles d'attente témoignent d'une forme de prise en compte de cette tension entre déplacement et pause.

2. Espace conçu, perçu et vécu : lecture critique d'une pensée

Il m'a aussi semblé nécessaire de prendre du recul sur ma compréhension de l'espace hospitalier et plus particulièrement sur ce que je percevais sur le terrain. C'est alors que la pensée de Lefebvre (1972) m'a apporté un cadre théorique plus profond permettant de nourrir et légitimer mes observations.

2.1. La pensée fondatrice

Henri Lefebvre (1972) propose une lecture de l'espace qui rompt avec les approches traditionnelles, purement techniques ou fonctionnelles. Selon lui, l'espace n'est pas un simple contenant neutre mais une construction sociale structurée par des pratiques humaines, des imaginaires partagés et des logiques de pouvoir (Lefebvre, 1972). Il distingue ainsi trois dimensions fondamentales de l'espace : l'espace conçu, l'espace perçu et l'espace vécu.

L'espace conçu correspond à ce qui est projeté par les architectes, urbanistes et planificateurs ; il constitue l'espace des dominants (Lefebvre, 1972). Il est pensé, dessiné, codifié tel qu'il apparaît sur les plans et les intentions de projet. Il reflète l'imaginaire des concepteurs et s'inscrit dans une logique d'organisation de l'espace.

L'espace perçu, quant à lui, se rapporte aux pratiques quotidiennes, aux circulations, aux rythmes : il exprime ce que les usagers font dans les lieux. Autrement dit, il est l'espace des pratiques et des usages, et donc celui des dominés (Lefebvre, 1972).

Enfin l'espace vécu désigne une dimension symbolique et affective. Il est investi de souvenirs, de récits, d'émotions que chacun projette dans des lieux. Cet espace chargé de sens naît des interactions entre conception et perception (Lefebvre, 1972). Il ne figure donc sur aucun plan mais il est essentiel à l'expérience humaine des lieux et donc de l'espace.

A travers cette triplicité, il met en lumière les frictions internes qui traversent les espaces notamment dans le contexte urbain. Loin d'être un simple produit matériel, l'espace est pour l'auteur un instrument de production sociale et culturelle (Lefebvre, 1972). Si l'on ignore cette complexité, cela reviendrait à homogénéiser les lieux et à négliger les interactions sociales ainsi que les réalités d'usage (Lefebvre, 1972). Il souligne d'ailleurs que ces trois dimensions ne fonctionnent pas comme des catégories indépendantes : elles s'interpénètrent, se confrontent et coexistent en permanence.

La pensée spatiale de H. Lefebvre (1972) invite ainsi à reconnaître la densité sociale, politique et sensible de l'espace et à comprendre que l'espace ne peut être réduit à ce qui est visible sur un plan. Sinon, cela reviendrait à réduire l'espace à sa seule forme visible (Lefebvre, 1972).

2.2. La réinterprétation de cette triplicité spatiale

La pensée d'Henri Lefebvre (1972) est ancrée dans l'analyse de l'espace urbain et notamment l'analyse des villes. Toutefois, il propose une structure théorique précieuse pour appréhender la complexité des espaces hospitaliers. Afin de rendre cette pensée pleinement pertinente dans ce contexte architectural spécifique, une réinterprétation s'impose : il ne s'agit pas de reprendre à la lettre sa triplicité (conçu, perçu, vécu) mais de l'ajuster à l'analyse architecturale hospitalière afin de mieux saisir les écarts entre conception, réalisation et usage.

Cette réinterprétation s'appuie également sur les constats de l'architecte Pierre Riboulet (1994) qui soulignent le décalage fréquent entre les concepteurs et les futurs usagers des bâtiments ; le personnel ainsi que les patients. Pour rappel, il met aussi en lumière la rupture importante de la compréhension des réels usages par les architectes, générant une tension entre les intentions initiales du projet et la réalité vécue sur le terrain (Riboulet, 1994).

Dans ce travail de fin d'études, l'objectif est ainsi de mettre en relation trois nouvelles réalités spatiales distinctes :

- L'espace conçu, tel qu'il est pensé par les concepteurs et partiellement formulé dans les plans d'évacuation repérés sur place ou encore à travers certains articles et discours analysés ;
- L'espace construit, dans sa matérialité effective, ses formes, ses ambiances ainsi que son organisation, tels qu'ils apparaissent de l'observation directe sur le terrain ;
- L'espace vécu, tel qu'il est pratiqué, approprié ou détourné par les usagers, saisi lors de l'entretien réalisé et des discussions informelles menées au fil de mes visites

Autrement dit, même si l'auteur distingue l'espace perçu comme l'espace des pratiques quotidiennes, ce travail propose un léger déplacement terminologique : l'espace construit qui désigne la matérialité bâtie et observable, tandis que l'espace vécu englobe les pratiques, détournements et appropriations sensibles repérées. Ce choix méthodologique vise à mieux articuler le relevé, c'est-à-dire l'analyse de la forme physique, avec l'observation des usagers et des expériences des usagers.

Par ailleurs, Henri Lefebvre (1972) ne semble lui-même pas toujours rigoureux dans sa distinction entre « perçu » et « vécu », ce qui ouvre la voie à des réinterprétations.

La notion de l'espace construit permet aussi de combler un vide laissé par Lefebvre (1972), en apportant une lecture plus architecturée de l'espace, sans pour autant négliger ses dimensions sociales et sensibles. Cette nuance permet également de réaffirmer le rôle de l'architecte, souvent évoqué mais peu détaillé par Lefebvre (1972).

3. Espaces adaptés, détournés, évités : entretien avec un professionnel de la santé

La réinterprétation du triple schéma de l'espace (conçu, construit, vécu) a pu se concrétiser grâce au travail d'observation approfondi sur le terrain mais surtout grâce à l'appui précieux de Monsieur Mulder et de son équipe. Chef du département de pédiatrie du CHC MontLégia, Monsieur Mulder m'a permis de visiter l'ensemble du service de pédiatrie situé dans l'aile mère-enfant, et ce en répondant avec attention à mes nombreuses questions (annexe n°2). Cette exploration guidée a été décisive pour saisir les logiques d'aménagement, les intentions du projet architectural ainsi que les perceptions et adaptations des espaces.

Après cette visite guidée, j'ai également pu revenir, seule, au sein du service de pédiatrie grâce à l'obtention, in extremis, d'un badge d'accès. J'ai donc pu circuler dans des zones habituellement inaccessibles au public. Ces dernières visites ont été déterminantes pour approfondir mes observations, interroger le personnel soignant rencontré et affiner mes interprétations des usages réels des espaces.

C'est donc à partir de ces immersions dans le service de pédiatrie et uniquement dans ce périmètre, que j'ai commencé à croiser les apports théoriques avec les réalités observées. Progressivement, une logique de catégorisation s'est imposée, rendant visibles différentes manières dont les espaces se manifestent à travers cette triplicité :

- Les espaces acceptés : ceux dont la configuration semble répondre de manière suffisamment adéquate aux besoins et qui, par conséquent, ne suscitent ni rejet ni transformation de la part des usagers ;
- Les espaces adaptés : ceux qui ont été modifiés ou investis différemment par rapport aux intentions de projet, afin de mieux convenir aux usages réels ;
- Les espaces détournés : ceux que le personnel a entièrement réinterprétés, en s'éloignant de leur usage prévu et de leur forme construite initiale, afin de répondre aux usages actuels ;
- Les espaces évités : ceux qui, pour des raisons diverses, sont ou tendent à être laissés de côté, voire rejettés des usagers

Les espaces acceptés :

Les salles d'attente dédiées aux consultations pédiatriques situées au rez-de-chaussée illustrent de manière exemplaire les espaces acceptés. Elles répondent de manière adéquate aux besoins concrets des usagers, tant du point de vue des enfants que des accompagnants (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Dans la salle « route 801 », déjà analysée dans les chapitres précédents, seuls quelques aménagements complémentaires ont été apportés : des jeux fixés aux murs et une petite zone ludique, installée dans une petite zone résiduelle. Toutefois, ces éléments avaient déjà été anticipés dans les grandes lignes du projet initial. Ainsi, les intentions architecturales, la réalité construite et les usages réels observés s'alignent sans générer de décalages majeurs. On peut donc parler d'une cohérence entre l'espace conçu, construit et vécu. Ces espaces démontrent une forme d'équilibre entre conception et appropriation.

Néanmoins, quelques limites d'usage ont été soulignées, notamment lorsque tous les patients arrivent pour les premières consultations de 8h30. Les salles d'attentes sont rapidement saturées, principalement à cause des poussettes qui n'ont pas réellement de places attribuées (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Ce constat révèle que, malgré une organisation spatiale globalement juste, certains moments de la journée créent des pics d'affluence qui mettent en tension la capacité réelle d'accueil de ces espaces.

Les couloirs en double circulation au rez-de-chaussée représentent également un exemple d'espace accepté, tant pour le personnel que par les usagers. Leur configuration pensée pour permettre deux flux parallèles s'avère particulièrement efficace. Le personnel soignant reconnaît les bénéfices organisationnels de cette organisation : elle évite les croisements gênants, limite les situations de promiscuité dans des moments généralement peu agréables et facilite l'accès rapide aux différents espaces fonctionnels du service (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Du côté des usagers/familles, cette structuration claire améliore la lisibilité spatiale. Elle permet une orientation instinctive, réduisant les risques d'erreur de parcours et guidant les déplacements sans nécessiter d'intermédiaire, ce qui est d'autant plus important dans des contextes de stress (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

Dans ce cas précis, la logique de séparation des flux répond à une logique de fonctionnement hospitalier tout en s'adaptant à l'expérience vécue des usagers, ce qui en fait un élément spatial à la fois pensé, construit et vécu de manière fluide. Ce second point est donc lui aussi accepté dans l'espace.

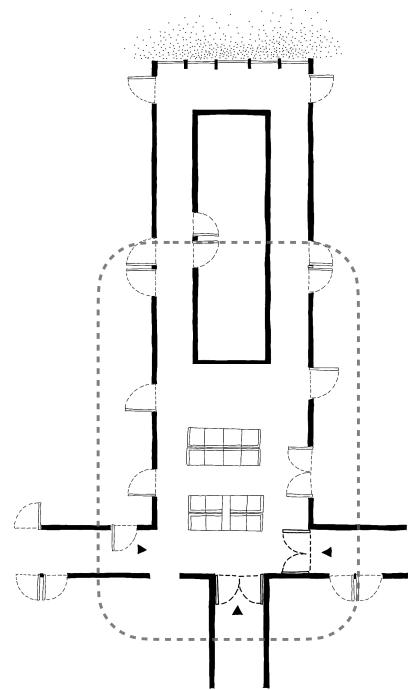


Fig.49: Plan général de la salle « consultation pédiatrique » [illustration personnelle]

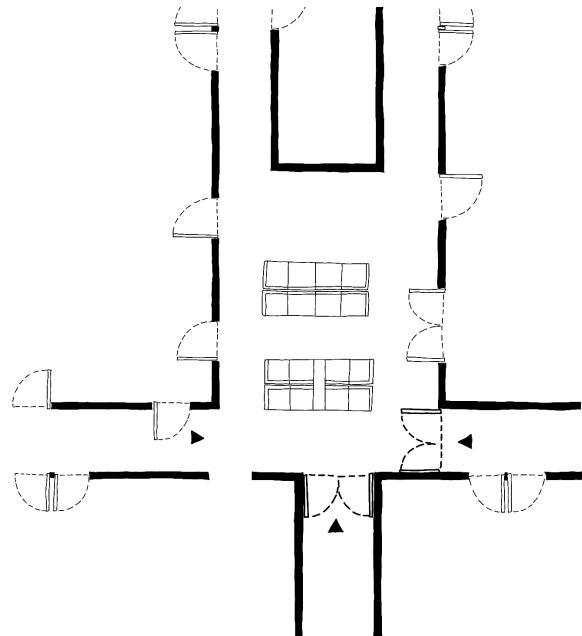


Fig.50: Plan zoomé de la salle « consultation pédiatrique » [illustration personnelle]

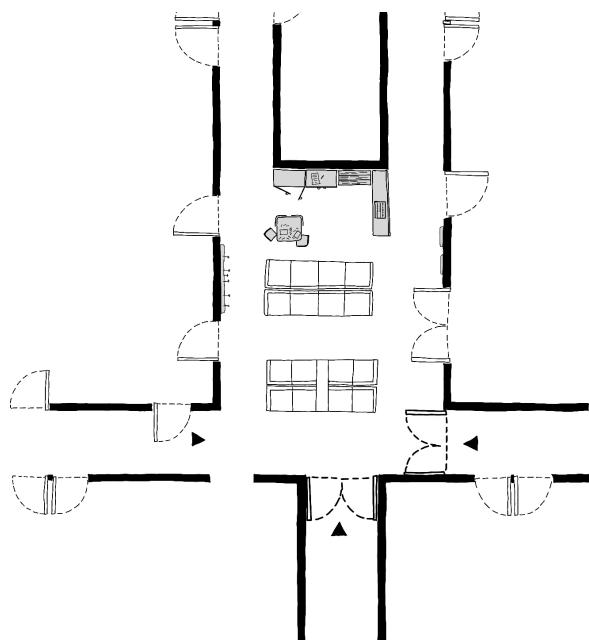


Fig.51: Plan zoomé développant les ajouts [illustration personnelle]

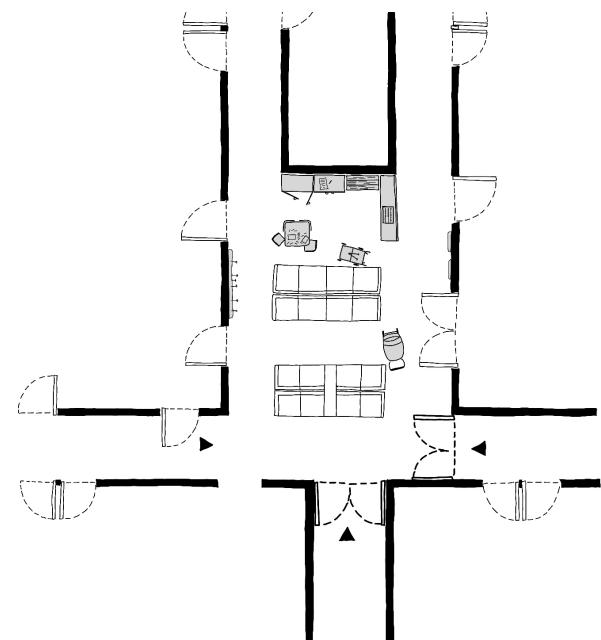


Fig.52: Plan zoomé illustrant la présence de poussettes [illustration personnelle]

Les espaces adaptés :

Initialement, l'entièreté des murs des couloirs et des salles d'attentes de l'hôpital étaient recouverts de peinture blanche et grise, dans un souci d'uniformité et sobriété. Ce choix chromatique, assumé, traduisait la volonté des architectes de proposer un environnement apaisant et épuré (Le Groupe Santé CHC, 2020 ; Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Toutefois, dans les espaces privatifs comme les chambres d'hospitalisation ou les cabinets de consultation, une légère variation colorée vient nuancer cette neutralité. Ces touches suivent une logique thématique fondée sur les quatre éléments naturels : terre, eau, air et feu. Par exemple, les cabinets du rez-de-chaussée sont placés sous le signe du feu et s'ornementent de bandes orangées. Ainsi, chaque étage de l'hôpital développe son propre univers chromatique en cohérence avec la symbolique des éléments (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

Toutefois, dans le service de pédiatrie, cette approche a rapidement montré ses limites. Elle était perçue comme trop neutre, voire impersonnelle, et surtout elle ne répondait pas aux besoins spécifiques d'un public d'enfant, ni aux attentes du personnel soignant soucieux de créer un environnement plus chaleureux (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Dans ce contexte, plusieurs chefs de service, dont Monsieur Mulder, ont formulé une demande explicite : dynamiser les couloirs et les salles d'attentes de toutes les unités pédiatriques.

La direction de l'hôpital a alors fait appel à une société de graphisme spécialisée pour intervenir dans les différents espaces de l'aile mère-enfant. L'objectif était double : d'une part, rendre les espaces plus conviviaux et adaptés aux enfants et d'autre part, proposer une solution graphique afin d'éviter une appropriation dispersée par le personnel (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

Lors de la visite guidée, Monsieur Mulder a attiré mon attention sur cette grande intervention graphique, qui est pensée de manière fine et narrative. Chaque unité pédiatrique d'hospitalisation se voit désormais attribuer à un univers thématique spécifique, décliné par la signalétique et des stickers muraux : « la cabane secrète », « l'arbre magique », ou encore « le bateau de pirate ». Ces thèmes sont peuplés d'animaux en lien avec leur univers : des ouistitis, des suricates pour une unité, des poissons, des hippocampes pour une autre unité. Chaque animal est associé à une chambre et permet à chaque enfant d'être, non seulement associé à un numéro mais aussi à un être vivant, renforçant ainsi le sentiment d'identification de l'enfant (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

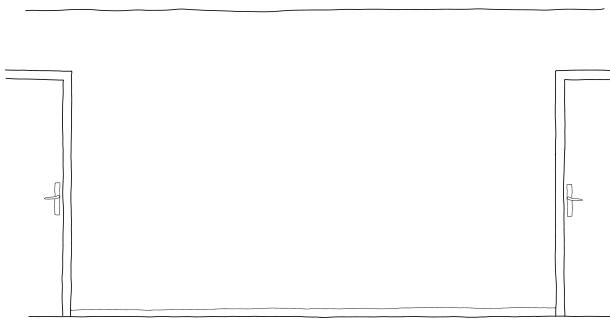


Fig.53: Croquis illustrant les murs des couloirs du service de consultation pédiatrique avant [illustration personnelle]

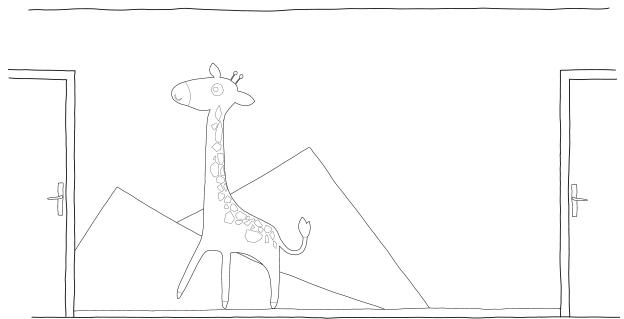


Fig.54: Croquis illustrant les murs des couloirs du service de consultation pédiatrique après [illustration personnelle]

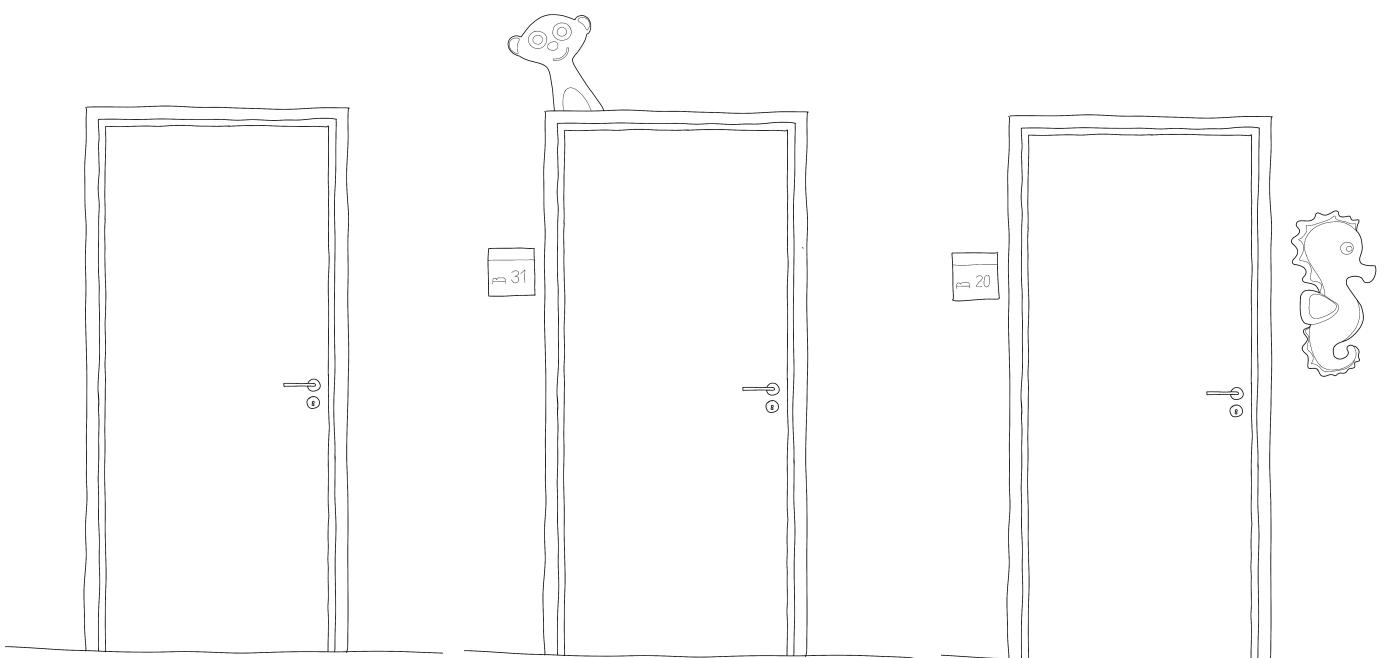


Fig.55: Croquis illustrant une porte des chambres d'hospitalisation avant [illustration personnelle]

Fig.56: Croquis illustrant chaque porte des chambres d'hospitalisation associée à un animal [illustrations personnelles]

Les couloirs sont également habillés de grandes fresques murales, plus abstraites mais reprenant les différentes thématiques afin de coloriser et rythmer les circulations. Cette adaptation transforme l'espace sans pour autant en perdre sa fonction principale : distribuer des pièces. D'ailleurs, Monsieur Mulder souligne que le recours à des professionnels du graphisme a permis d'éviter une appropriation informelle par le personnel, qui aurait spontanément recouru à des éléments décoratifs hétérogènes ou sans cohérence tels que des Mickey, des Simpson ou d'autres personnages cultes (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

Autrement dit, l'espace a bien été approprié mais de manière encadrée et structurée. L'intervention graphique évite les débordements décoratifs tout en rompant avec la neutralité chromatique initiale. Il s'agit, en quelque sorte, d'une adaptation négociée de l'espace qui maintient une cohérence globale tout en répondant aux besoins concrets de l'entièreté du service pédiatrique et de ses petits usagers.

Cette grande adaptation témoigne que l'espace conçu (ici, la neutralité chromatique voulue par les architectes) peut être confronté à l'espace vécu par les usagers et les soignants. Ainsi, l'intervention graphique non prévue dans le projet initial constitue une réponse à cet écart. L'espace construit se trouve donc modifié de façon ciblée pour intégrer une appropriation sensible sans perdre sa cohérence globale. Ce point montre qu'un espace adapté ne traduit pas nécessairement un désordre initial mais plutôt une négociation entre les intentions architecturales premières et les usages réels des usagers.

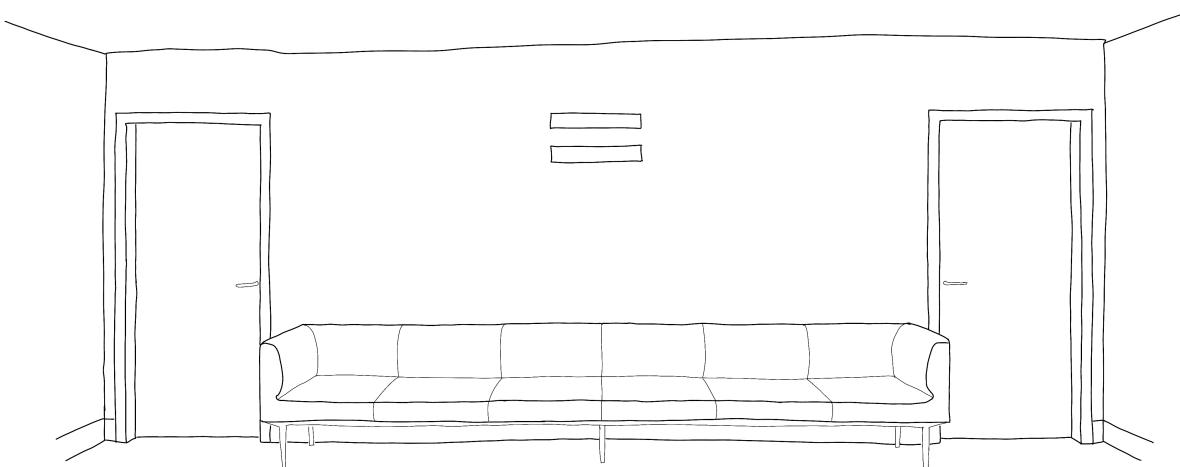


Fig.57: Croquis illustrant un couloir entre deux unités pédiatriques avant [illustration personnelle]

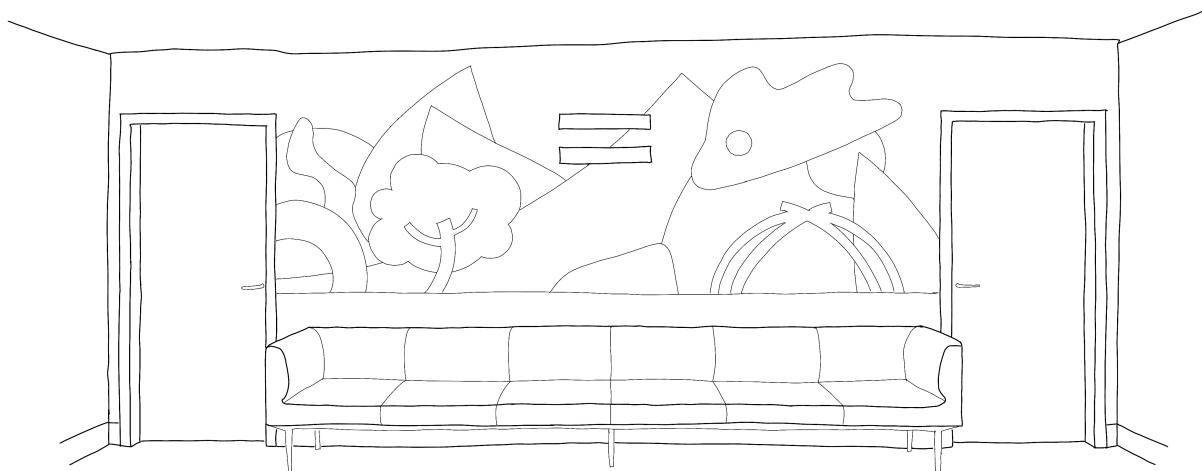


Fig.58: Croquis illustrant un couloir entre deux unités pédiatriques après [illustration personnelle]

Un second dispositif montre comment l'espace peut être adapté de manière différenciée selon les services et les unités des services. Sur les plans d'évacuation, des zones dans certaines unités de pédiatrie sont désignées comme « place du village ». Ces espaces correspondent aux élargissements de couloir décrits dans le chapitre *La fluidité des parcours hospitaliers : circulation et compréhension* où ils sont interprétés comme des zones tampons, potentiellement appropriables par les services de gériatrie ou encore de revalidation.

Cependant, dans les unités pédiatriques observées, cette « place du village » n'est pas investie telle qu'on pourrait l'imaginer à la lecture de cette appellation. Autrement dit, l'intention architecturale d'un espace convivial et fédérateur ne se traduit pas dans l'espace construit. Elle est plutôt utilisée comme zone de rangement improvisée pour les chariots ou pour du matériel ludique, sans emplacement prévu. Pourtant comme me l'a montré Monsieur Mulder, une des unités s'est pleinement appropriée cet espace en y installant un grand module en forme de bateau, en cohérence avec la thématique de l'unité : le bateau de pirate. Ce module répond à plusieurs fonctions : une aire de jeu, une zone d'attente informelle et surtout un espace d'évasion symbolique permettant aux enfants de se détacher, ne serait-ce que mentalement, de l'univers médical quotidien (Mulder, communication informelle, juillet 2025).

J'ai appris par la suite que ces modules thématiques avaient été prévus dès la phase de conception, même si leur implantation concrète a été reportée car ils ne figuraient pas parmi les priorités immédiates du chantier. Leur apparition progressive dans les unités ne traduit donc ni désordre ni improvisation mais plutôt un ajustement progressif entre les intentions du projet initial et les usages vécus. Ils témoignent, eux aussi, d'une adaptation négociée entre l'espace conçu et l'espace vécu, rendue possible par le support matériel de l'espace construit.

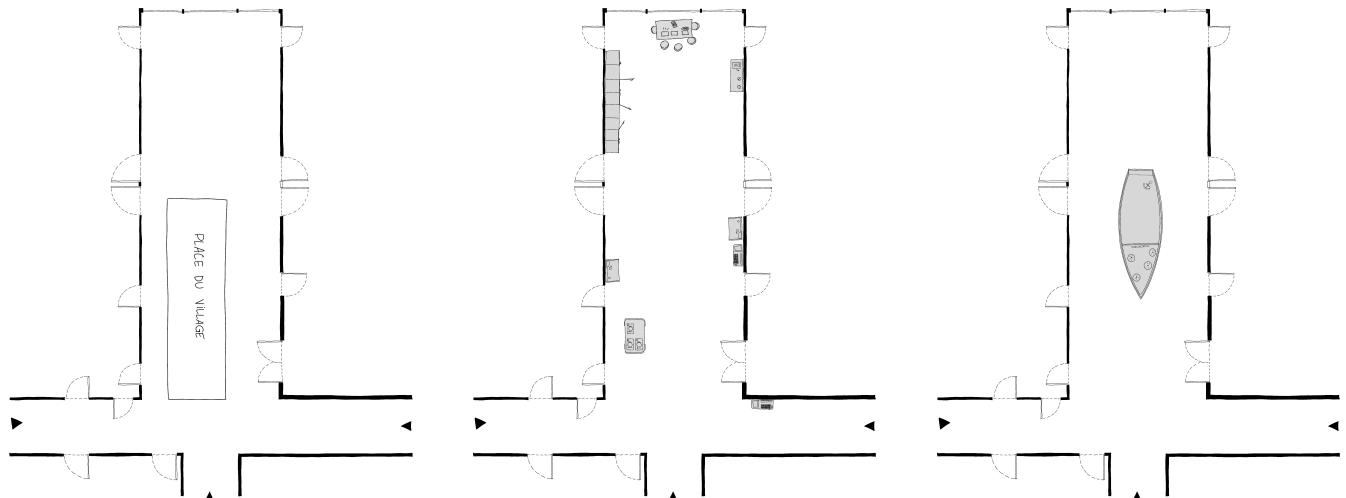


Fig.59: Plan illustrant le plan d'évacuation
[illustration personnelle]

Fig.60: Plan illustrant
une appropriation type
[illustration personnelle]

Fig.61: Plan illustrant le module
[illustration personnelle]

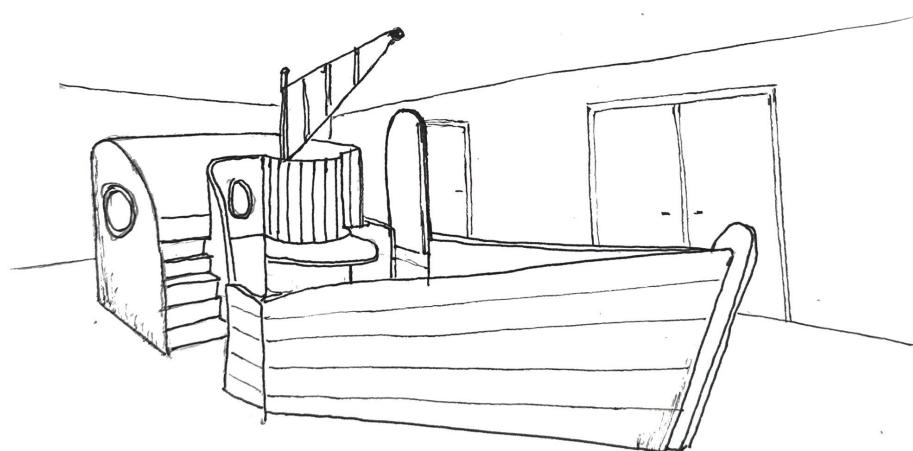


Fig.62: Croquis du module en forme de bateau [illustration personnelle]

Les espaces détournés :

Lors de la visite guidée, et suite à l'une de mes questions, j'ai également pu accéder aux urgences pédiatriques. Ce détour s'est révélé particulièrement intéressant pour ce chapitre. Lorsque l'on arrive par ses propres moyens, on entre directement dans une grande salle d'attente. D'ailleurs, depuis l'inauguration du CHC MontLégia, cette salle a été agrandie pour mieux absorber le flux de patients (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Elle a pour fonction d'accueillir mais aussi de contenir la première attente, souvent chargée d'incertitude.

Monsieur Mulder m'a ensuite fait découvrir deux autres salles, plus petites, situées à l'écart, derrière une double porte. On y accède uniquement après avoir été vu par un médecin, lorsque le patient doit attendre ses résultats ou à la suite de sa prise en charge (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Le patient ne retourne jamais dans la grande salle : il change d'espace et ce changement spatial marque aussi un changement de statut. Autrement dit, ces salles ne jouent pas le même rôle que la grande salle précédente : elles ne servent pas à accueillir mais uniquement à faire patienter (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Elles sont vues comme des simples sas d'attente.

Ces deux salles sont en réalité des espaces détournés de leur fonction initiale. L'une était une réserve équipée de grandes armoires et l'autre servait d'espace de stockage. Ce sont également les chefs de service qui ont demandé leur transformation, afin d'adapter le parcours des patients et de mieux gérer les flux. L'intervention des architectes a même été nécessaire pour abattre une cloison afin d'agrandir l'une des pièces (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

Ces aménagements, issus de détournements fonctionnels, montrent comment les usages viennent réécrire un lieu. A partir d'un espace conçu, selon une logique fonctionnelle initiale, on glisse vers un espace construit où la pratique, les besoins concrets et les ajustements quotidiens redessinent les fonctions. Ce jeu entre accueillir et faire patienter, entre présence visible et retrait temporaire met en lumière une forme d'adaptation silencieuse mais structurante, exactement comme Henri Lefebvre (1972) la présentait dans sa triplicité mettant en tension les intentions initiales avec l'appropriation réelle des espaces.

Lors de ma visite autonome avec un badge d'accès, j'ai également pu échanger avec une infirmière de l'unité d'hospitalisation chirurgicale pédiatrique de jour (route 613). Elle m'a montré une petite pièce d'environ 6 m² située dans un angle, entre deux couloirs. Cette pièce, initialement destinée au stockage de matériel, a été transformée en « salon d'attente » comme précisé sur la porte, alors que sur le plan d'évacuation la pièce est encore nommée « salle utilitaire ». Cet espace détourné de sa fonction initiale était nécessaire car cette unité de soin manque de chambres (infirmière de l'unité, communication personnelle, août 2025). Dorénavant, les enfants et leurs proches peuvent patienter dans cet espace. Ici encore, c'est un local initialement réservé au personnel qui devient un espace d'attente, permettant une adaptation spatiale née de contraintes *in situ*.

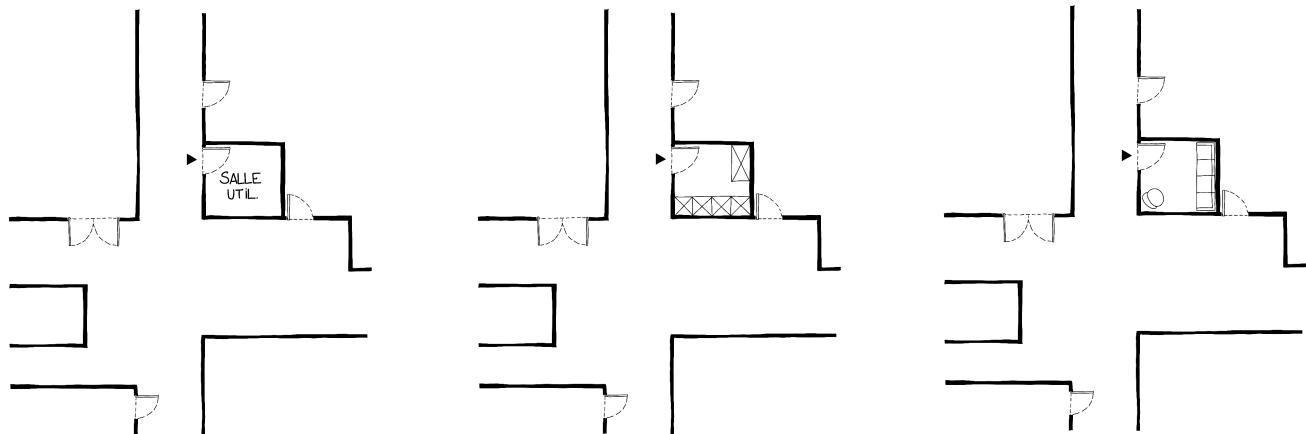


Fig.63: Plan illustrant le plan d'évacuation [illustration personnelle]

Fig.64: Plan illustrant l'usage initial [illustration personnelle]

Fig.65: Plan illustrant l'usage détourné et actuel [illustration personnelle]

Ces trois exemples confirment que l'espace ne se fige pas dans ce qui est conçu, il se construit dans le temps, par les pratiques et par les besoins actuels. C'est également dans ce sens, que j'interprète la pensée de Lefebvre (1972) : les trois dimensions spatiales ne se succèdent pas de manière linéaire : elles se croisent, se superposent et s'activent ensemble dans les usages quotidiens (Lefebvre, 1972).

Les espaces évités :

Dès ma première visite sur place, une question centrale s'était déjà imposée : les salles en rotonde sont-elles réellement des salles d'attente ? Monsieur Mulder m'a répondu que oui mais ses propos ont rapidement nuancé cette affirmation. Au fil de la conversation, il soulignait surtout les limites fonctionnelles de ces espaces, principalement pour le service de pédiatrie.

Ces rotundes situées au centre du grand couloir principal, posent un véritable problème de confort et d'intimité. Les enfants sont souvent amenés à enchaîner plusieurs consultations dans la journée et sont contraints de se rhabiller entre chaque rendez-vous car ces salles d'attente sont trop exposées pour rester en sous-vêtements (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Leur position ouverte, au cœur d'une zone de circulation dense, rend la situation inconfortable tant pour les enfants que pour leurs accompagnants, qui doivent gérer ces moments de transition sous le regard des autres patients et visiteurs (Mulder, communication personnelle, juillet 2025).

Autrement dit, bien que les rotundes soient extrêmement architecturées et visiblement pensées comme des objets esthétiques intégrés au parcours, elles sont pourtant peu adaptées aux usages concrets du soin. Leur manque d'intimité ne les rend pas fonctionnelles, à tel point qu'elles sont souvent évitées par le personnel soignant.

Monsieur Mulder m'a d'ailleurs partagé le souhait des chefs de service : remplacer ces deux rotundes. Leur idée serait d'installer un grand module fermé, comme un « château », dans lequel les enfants pourraient jouer et patienter en lange, à l'abri des regards (Mulder, communication personnelle, juillet 2025). Cette proposition vise à préserver l'intimité des petits patients mais aussi à alléger les accompagnants, qui ne devraient plus les habiller et déshabiller entre chaque consultation.

Ce cas précis montre que même lorsque l'espace est effectivement réalisé et accessible, cela ne garantit pas qu'il remplisse sa fonction. Ici, le problème ne vient pas d'un manque d'infrastructures mais d'un espace construit qui ne répond pas aux usages réels. Ces rotundes existent, elles sont soignées sur le plan architectural mais elles ne permettent pas aux enfants et à leurs proches de patienter dans des conditions adaptées. Elles restent peu investies, même souvent évitées. Cela souligne un point essentiel : un espace peut être construit sans pour autant être pertinent pour ses usages réels. Lorsqu'il n'est pas appropriable, il reste en décalage, comme un décor trop bien pensé mais que personne n'habite réellement.

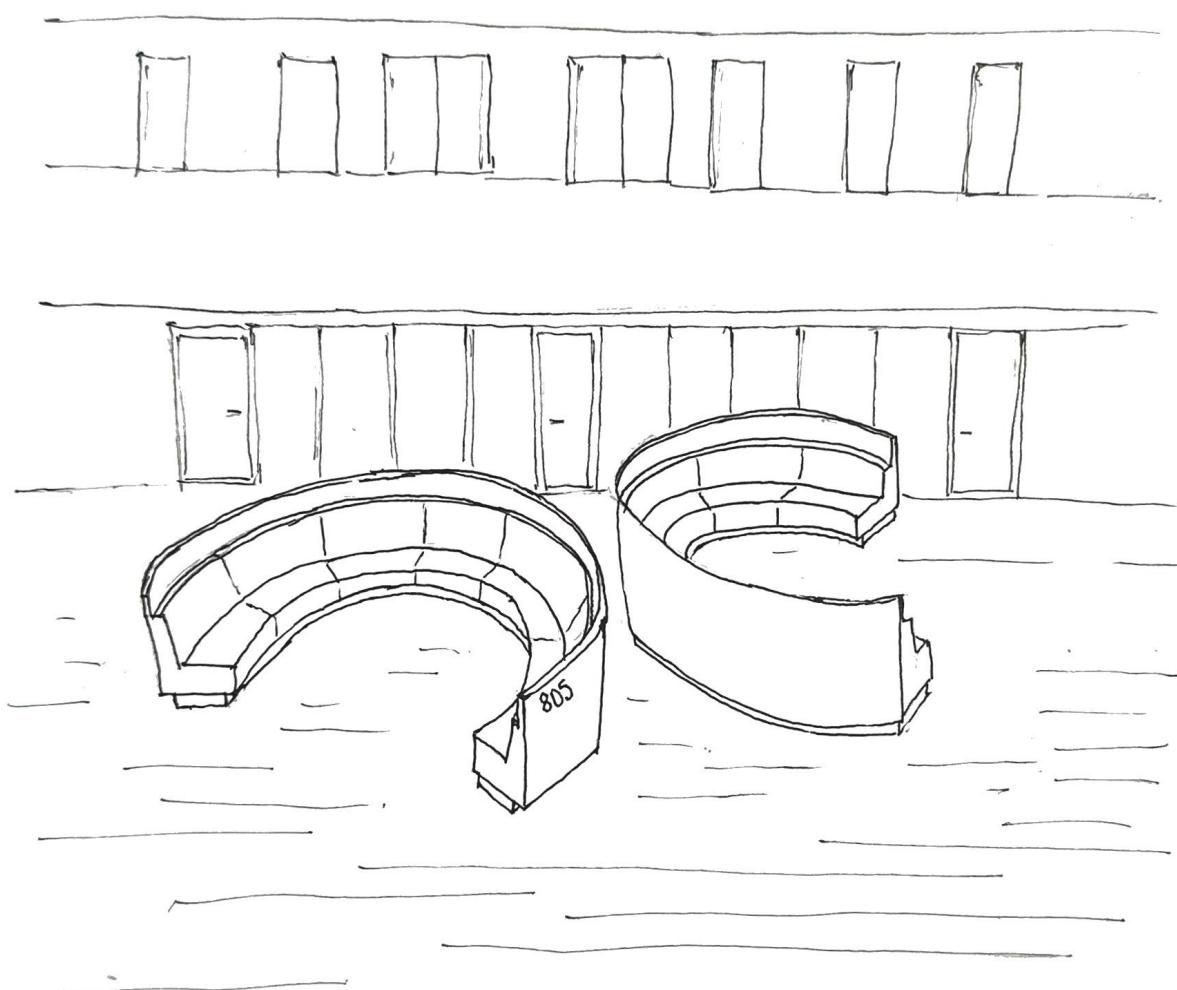


Fig.66: Croquis illustrant les rotondes destinées au service pédiatrie [illustration personnelle]

En résumé, l'analyse des différents types d'espace observés au sein du service de pédiatrie révèle ô combien l'usage réel peut différer de l'intention architecturale. Les espaces acceptés, adaptés, détournés ou évités dessinent littéralement une réalité nuancée, faite d'ajustements, d'appropriations ou de rejets.

Les espaces acceptés montrent une adéquation entre conception et usage. Ils fonctionnent sans être remis en cause, même s'ils révèlent parfois des limites ponctuelles.

Les espaces adaptés, quant à eux, ont fait l'objet de modifications pour mieux répondre aux besoins sensibles ; qu'il s'agisse d'ajouts graphiques ou de mobilier, ces ajustements témoignent d'une volonté de rendre les lieux plus adaptés aux petits patients.

Les espaces détournés racontent une autre dynamique : ils sont transformés spontanément par les soignants qui réinterprètent leur fonction initiale. Ces réaffectations soulignent la souplesse ou plutôt les inadéquations des dispositifs spatiaux initiaux.

Les espaces évités, eux, illustrent ce qui survient lorsque le construit ne répond pas aux usages. Leur présence physique ne suffit pas à en faire des lieux correctement vécus ; ils sont en décalage total avec leur usage.

Ce parcours, en gradation, met en lumière une idée simple : un espace ne devient pleinement pertinent que s'il peut être investi, approprié, voire habité dans le sens large du terme. Ce n'est pas seulement la qualité du dessin (l'espace conçu) qui fait la qualité d'un lieu (l'espace construit) mais c'est surtout sa capacité à s'accorder aux usages réels (l'espace vécu).

VIII

La conclusion

1. Synthèses et résultats du travail

À l'origine de ce travail de fin d'études, il y a un lieu que l'on ne choisit jamais vraiment : l'hôpital. J'y suis entrée un jour en tant qu'accompagnante, plus tard comme patiente, toujours un peu étrangère à l'espace, toujours traversée par une forme d'inconfort silencieux. Cette impression d'être à la fois entourée et profondément seule, de se déplacer dans un lieu qui nous capte mais ne nous relâche pas. J'ai voulu comprendre pourquoi certains espaces hospitaliers pensés pour guider, orienter ou accueillir pouvaient parfois troubler ou peser sur celles et ceux qui les traversent. Ainsi est née la question centrale de ce travail : **comment l'architecture des espaces d'accueil, tels que les salles d'attente et les couloirs, influence-t-elle l'expérience des usagers au sein du CHC MontLégia ?**

Cette interrogation m'a conduite à adopter une démarche volontairement hybride, entre rigueur et sensibilité ; entre observation analytique et regard sensible. Dans un premier temps, j'ai construit les fondations théoriques en croisant les notions de sociologie de l'espace, de psychologie environnementale, de proxémie, d'ambiance mais aussi avec des apports historiques et philosophiques. Cette base m'a permis d'affirmer que l'architecture ne se réduit pas à sa matérialité : elle s'éprouve, se traverse, se vit. J'ai également souhaité développer la notion d'attente qui n'est pas un simple vide temporel, mais bien une expérience corporelle et mentale qui engage le rapport à l'espace.

Dans un deuxième temps, j'ai détaillé une méthodologie qualitative, immersive et située, construite autour d'outils d'analyses combinant critères objectifs (lumière, mobilier, ouvertures) et éléments plus subjectifs (tension, repères, confort). Cette méthode s'est appuyée sur un carnet de bord retracant des observations *in situ*, des relevés et croquis ainsi qu'un entretien semi-directif.

Le troisième temps de ce travail rassemble la rédaction des observations réalisées sur le terrain, à travers une série d'exploration sensibles au sein du CHC MontLégia. Chaque espace rencontré a fait l'objet d'une attention particulière, tant sur le plan formel que sensoriel. Ces chapitres rendent compte de la manière dont les outils d'analyse ont été activés dans la réalité du lieu : ils tentent de relater les repères visuels, les ambiances perçues et les attitudes corporelles. Ce sont des fragments d'expérience qui viennent nourrir, étape par étape, une compréhension fine des effets spatiaux.

Enfin, le quatrième temps, centré sur une visite accompagnée d'un entretien réalisé avec Monsieur André Mulder, chef du département pédiatrie, est venu enrichir et mettre en perspective mes observations. Ce moment a permis de croiser un vécu extérieur au mien. Son regard sur les espaces hospitaliers, qu'il connaît, a permis de révéler des usages réels mais surtout leur détournement, leur appropriation ou leur évitement. Là où mes observations laissaient parfois place à l'interprétation ou à l'incomplétude, ce témoignage a apporté des précisions et surtout des éléments inattendus. Certains aspects, peu perceptibles sur le moment, ont émergé à travers ce récit. L'entretien n'a pas simplement validé ou illustré l'analyse, il a enrichi mon regard, en révélant que tout ne se donne pas immédiatement à voir ni à comprendre et surtout qu'une part du vécu spatial échappe souvent à la lecture immédiate.

Les résultats montrent que les espaces d'accueil hospitaliers, souvent considérés comme secondaires dans le processus de conception (Orvain et Gentil, 2019) ont en réalité un impact direct et concret sur l'expérience vécue des usagers. Ils ne sont pas neutres : ils façonnent des environnements susceptibles d'apaiser, de rassurer, de désorienter ou de contraindre.

L'analyse que j'ai menée au CHC MontLégia, ancrée dans une approche sensible et personnelle, révèle que certains éléments précis tels que la configuration des volumes, la lumière naturelle, la signalétique, les matériaux aux murs ou encore la disposition du mobilier d'attente influencent fortement la perception et l'usage des lieux.

Dans les couloirs, au niveau de la grande circulation, le prolongement et l'ouverture sur des larges patios, la présence de vitres de toit laissant passer la lumière ou encore le revêtement biophilique suffisent parfois à rendre le parcours plus fluide, voire à induire un sentiment de contrôle et d'apaisement. Néanmoins, les informations d'orientation qui reposent exclusivement sur des éléments visuels tels que la signalétique des routes et des autres petits pictogrammes, rendent l'environnement difficilement appropriable pour les personnes aveugles ou malvoyantes. Ce point montre un manque et laisse suggérer que le déplacement dans le CHC MontLégia n'est pas inclusif. Pour les couloirs secondaires au rez-de-chaussée ou dans les couloirs des étages, ils développent, dans certains cas, des qualités spatiales non négligeables comme les zones tampons malgré un sentiment où la logique fonctionnelle prend le dessus.

Dans certaines salles, la géométrie rigide, l'absence de vues vers l'extérieur et l'omniprésence des circulations contribuent à une forme de tension spatiale difficile à nommer mais perceptible. De même, il n'est pas toujours évident de savoir si l'on se trouve réellement dans un espace d'attente ou de circulation, ce flou peut générer une perte de repère, voire un léger malaise. Par ailleurs, lors des jours de grande affluence, la proximité imposée entre les sièges, sans réelle séparation empêche toute prise de distance : le mobilier ne sous-entend pas clairement les limites de l'espace personnel, ce qui crée une gêne silencieuse. A l'inverse, d'autres salles remplissent mieux les usages et les attentes : la présence de vues sur un extérieur arboré permettant un éclairage naturel, les configurations spatiales qui mettent à distance sans exclure et l'intégration subtile de matériaux plus chaleureux participent à créer des atmosphères plus accueillantes.

L'observation des postures corporelles complète cette analyse : dans plusieurs salles d'attente, les usagers doivent adopter des positions figées, soit côte à côté, face à face, ou encore dos à dos, sans aucune interaction entre-eux. De plus, les salles d'attente en « rotonde » semblent occupées par contrainte et non par réel confort. Dans certains cas, l'attente devient donc elle-même une expérience spatiale : une immobilité imposée, une visibilité mal dosée, une forme de passivité dans laquelle le contrôle échappe, partiellement, à l'usager.

Pourtant, les qualités spatiales ne sont pas homogènes. Le cas du CHC MontLégia montre que, par endroits, une véritable attention est portée à la qualité d'accueil. Par exemple, la salle en alcôve témoigne d'un effort manifeste pour offrir des repères visuels, fluidifier les circulations, ménager des respirations, envelopper plutôt qu'exposer. A l'inverse, la salle « en prolongement de couloir » donne l'impression d'avoir été installée par défaut, faute de mieux. Parfois, on ressent une volonté d'accueil. D'autres fois, on sent qu'on gêne. Ces contrastes soulignent l'écart, parfois profond, entre l'architecture conçue et l'architecture vécue. Comme le souligne l'entretien final, un espace ne devient pertinent que s'il peut être habité, approprié, voire détourné par celles et ceux qui le traversent.

Ce travail montre aussi que l'analyse architecturale peut intégrer des outils sensibles, subjectifs, dès lors qu'ils sont encadrés et assumés. L'usage du « feeling », généralement disqualifié dans les approches scientifiques, s'avère ici un levier méthodologique : il m'a permis d'aiguiser mes observations, de repérer des détails signifiants, d'accueillir des éléments sans les réduire à des critères objectifs.

2. Perspectives et intérêts

Ce travail ouvre des perspectives multiples. D'un point de vue méthodologique, la combinaison du relevé habité et du tableau d'analyse mérite d'être poussée, réutilisée et comparée dans d'autre hôpitaux et ce, en croisant davantage les points de vue : celui du personnel soignant, des proches et des concepteurs. Il invite aussi à explorer d'autres lieux d'attente : dans des services sociaux ou encore dans des administrations, où l'attente est possiblement contrainte, répétitive et angoissante. Ce travail pourrait également être complété par des approches où les usagers eux-mêmes seraient invités à partager leur rapport à l'espace. L'enjeu serait, alors, de repenser collectivement l'architecture de l'attente, non pas comme une simple parenthèse mais comme une expérience à part entière.

D'un point de vue professionnel, ce travail de fin d'études, même si je le pressentais déjà, m'a confirmé que l'architecture ne se résume pas à des formes, des normes ou des flux mais qu'elle touche, même silencieusement. Chaque petit choix fait par l'architecte peut avoir un impact immense sur l'usager. Ce travail me pousse à développer une pratique encore plus attentive, et située, qui ne perd pas de vue les corps qui traversent, les regards qui cherchent, les émotions qui émergent. Une pratique où l'on conçoit pour des êtres humains, pas seulement pour des programmes.

Je suis consciente que ce travail de fin d'études puise sa richesse avant tout dans sa démarche, fondée sur mes observations et ma sensibilité propre, plutôt que dans ses résultats. Il ne propose pas un modèle, ni une grille universelle, ni des conclusions généralisables. Selon moi, ce type de recherche sert à ouvrir des pistes plutôt qu'à clore un sujet. Il ne s'agit pas réellement de démontrer mais plutôt d'explorer.

Ce travail de fin d'études est un cheminement et non une fin en soi. Il invite à envisager l'architecture par ses interstices, ses failles et ses attentes. Il me rappelle que concevoir un espace, c'est aussi accueillir des expériences, des imprévus et des fragilités. Dans un hôpital comme ailleurs, l'architecture peut aller au-delà de la simple fonction de contenir : elle peut accompagner. Elle peut prendre soin. Même discrètement.

IX

La bibliographie

Amstutz, C., et al. (2006). La salle d'attente idéale existe-t-elle ?. *Rev Med Suisse*, Vol. 12, n° 541, p. 2084–2086. https://www.revmed.ch/view/444763/3793821/RMS_541_2084.pdf

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (2001). *Patrimoine hospitalier : un parcours à travers l'Europe*. Monum, p.64.

Augé, M. (1992). Non-lieux : introduction à une anthropologie de la surmodernité. Editions du seuil, p.160.

Barker, R. G. (1965). Explorations in ecological psychology. *American Psychologist*, n°20, p. 1-14. <https://doi.org/10.1037/h0021697>

Bay, B., Fayolle, C. (2021). *Couleur et soin*. Les presses du réel, p.204.

Bégout, B. (2020). *Le concept d'ambiance : Essai d'éco-phénoménologie*. Les éditions du seuil, p.408.

Belorgey, N. (2013). Pourquoi attend-on aux urgences ?. *Travail et Emploi*, n°133, p.25-38. <https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2013-1-page-25.htm>

Bridgman, R. F. (1963). *L'hôpital et la cité*. Éditions du Cosmos, p.347.

Cerneec, A. (2017). *Comprendre le couloir : les enjeux de la distribution privée occidentale*. [Mémoire de master, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01597716>.

Chauveau, S. (2011). Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles. *Les tribunes de la santé*, n°33, p.81-89. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-4-page-81.htm>

CHC Groupe santé. (2020, 30 octobre). *Clinique CHC MontLégia - présentation* [Vidéo]. https://www.linkedin.com/posts/chc-groupe-sante_clinique-chc-montl%C3%A9gia-pr%C3%A9sentation-activity-6727929858816532480-5NiU/?originalSubdomain=ch

Ching, F. D. K. (2007). *Architecture: Form, Space, and Order* (3^e éd.). Wiley & Sons, p.448.

Dalke, H., Littlefair, P. J., Loe, D., & Estates, N. (2004). *Lighting and Colour for Hospital Design: A Report on an NHS Estates Funded Research Project*. Stationery Office/Tso, p. 91. https://lightshadesforluminaires.co.uk/wp-content/uploads/2024/11/Lighting_Handbook_Lighting_and_Colour_Gu-1-1.pdf

Dansky, K. H., MILES, J. (1997). Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé ambulatoires : temps d'attente et temps de remplissage. *Health Administration Press*, N°42, p.165-177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10167452/>

De Montclos, J. P. (2011). *Architecture : description et vocabulaire méthodiques*. Éditions du Patrimoine Centre des monuments nationaux, p.666.

Degos, L. (2002). Soigner un malade et non une maladie. *Laennec, Tome 50*, p.45-51. <https://doi.org/10.3917/lae.023.0045>

Descamps, M-A. (1993). *La proxémie ou le code des distances. Le langage du corps et la communication corporelle* (2^e éd). Presses Universitaires de France, p.124-131.

Dodier, N., Camus, A. (1997). *L'Admission des Malades. Histoire et Pragmatique de l'accueil à l'hôpital.* Annales Histoire Sciences Sociales, 52^e année, n°4 P.733-763. https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1997_num_52_4_279597

Drew, C., Leblanc, M-A., & Proulx, D. (s.d.). *Étude d'une pensée constructive d'architecte.* [Diapositives de cours] https://www.arc.ulaval.ca/files/arc/Louis-Kahn_Exeter.pdf

Driguez, M. (2025). *Prendre soin.* Gallimard, p.196.

Droguet, V. (2002). Le couloir central dans la distribution : son apparition et son développement au XVIII^e siècle. *Bulletin Monumental*, Tome 160, n°4, p.379-389. <https://doi.org/10.3406/bulmo.2002.1153>

Duboisset, L. (2015). *L'école et son couloir : étude d'un dispositif spatiale.* [Mémoire de master, Université de Bruxelles]. https://issuu.com/lDuboisset/docs/l__cole_et_son_couloir_laurent_dub

Duboys - Fresney, C., Perrin, G. (2017). *Fondement et sens des soins infirmiers.* Le métier d'infirmière en France : Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers.

Presses Universitaires de France, p. 31-64. <https://stm.cairn.info/le-metier-d-infirmiere-en-france--9782130578857-page-31?lang=fr>

Falzon, P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie Éléments d'une analyse cognitive de la pratique. *Ergonomie.* Presses Universitaires de France, p.15-35. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2004.01.0015>

Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. *Ergonomie constructive.* Presses Universitaires de France, p.1-16. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2013.01.0001>

Fleury, C., SCAU. (2022). Soutenir : Ville, architecture et soin. Pavillon de l'Arsenal, p. 304.

Foucault, M. (2009). *Naissance de la clinique* (2^e éd). Presses universitaires de France, p.216.

Foucault, M., Barret Kriegel, B., Fortier, B. et al. (1979). *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne.* Architecture + Archives P et Pierre Mardaga, p.184.

Fraisse P, Orsini F. (1955). Étude des conduites temporelles. I. L'attente. *L'année psychologique*, vol 55, n° 1. p. 27-39. <https://doi.org/10.3406/psy.1955.8761>

Gehl, J. (2012). *Pour des villes à échelle humaine.* Éditions Ecosociété, p. 276.

Groscol, M. (2022). La salle d'attente en médecine générale et sa place dans la relation de soin du point de vue des patients [Thèse, Université de Montpellier]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03936098>

Guyot - Coiffier, A. (2010). Représentation et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative [Thèse, Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732244v1>

Hall, E. T. (1971). *La dimension cachée.* Les Éditions du Seuil, p.255.

Holahan, C. (1972). Seating patterns and patient behavior in an experimental dayroom. *Journal Of Abnormal Psychology*, vol 80, n°2, p.115-124. https://www.researchgate.net/publication/18091994_Seating_patterns_and_patient_behavior_in_an_experimental_dayroom

Larousse. (2013). Dictionnaire Larousse de poche, p.1036.

Le Groupe Santé CHC. (2020). <https://www.chc.be/>

Lefebvre, H. (1972). *Espace et politique : le droit à la ville II*. Anthropos, p.174.

Lovergne, C. (2023). *Construire biophilique : l'architecture biophilique, l'architecture du bien-être ?* [Mémoire de master, ENSA Nantes] https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04092066v1/file/M1820235426_LOVERGNEClarisse.pdf

Meriaux, M., Ngambi, L., & Denis, J. (2021). « Quand je suis arrivé en salle d'attente, j'avais déjà envie de faire demi-tour » : l'architecture au service de l'accueil des urgences psychiatriques. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, Vol 33, p.162-169. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2021.10.001>

Merleau - Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, p.540.

Morand, I. (1914). Qu'est-ce que l'attente ?. *L'année psychologique*, vol 21, p.1-10. https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1914_num_21_1_8044

Neuwels, J. (s.d). Les entretiens semi-directifs. [Diapositives de cours] file:///Users/julietteguissart/Desktop/TFE/Documents%20Neuwels/Méthodologie/Entretiens%20(semi-directifs)/entretiens.pdf

Orvain, J., Gentil, S. (2019). *Des couloirs et des hommes : espaces et mécanismes de gestion dans les services hospitaliers d'urgence*. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol 4, n°4, p.335-357. <https://doi.org/10.3917/jges.194.0335>

Panerai, P., Castex, J., & Depaule, J. (1997). *Formes urbaines : de l'îlot à la barre*. Éditions Parenthèses, p. 192.

Parvin, L. (2022). L'impact de l'environnement des établissements de santé sur le bien-être des patients. [Thèse, Université Côte d'Azur]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03806559v1>

Pinson, D. (2016). L'habitat, relevé et révélé par le dessin : observer l'espace construit et son appropriation. *Espaces et Sociétés*, n° 164-165, p.49-66. <https://doi.org/10.3917/esp.164.0049>

Pinson, D. (2020, 27 novembre). *Sur le relevé habité*. [Diapositives de cours]. <https://shs.hal.science/halshs-03034612v1>

Plain-pied. (2005). *La signalétique à l'hôpital*. p. 1-14. <https://fr.readkong.com/page/slides/la-signaletique-a-l-hopital-6575607>

Ramadier, T. (2010). La géométrie socio-cognitive de la mobilité quotidienne : distinction et continuité spatiale en milieu urbain. [Thèse, Université de Nîmes] <https://theses.hal.science/tel-00564812v1>

Riboulet, P. (1994). *Naissance d'un hôpital* (2^e éd). Éditions de l'imprimeur, p. 133.

Sainte Fare Garnot, N., Martel, P. (1988). L'architecture hospitalière au XIX^e siècle : L'exemple parisien. Les dossiers du musée d'Orsay, p.88.

Tanizaki, J. (2011). *Éloge de l'ombre*. Éditions Verdier, p.96.

Ulrich, R. S. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, vol 224, p. 420-421. https://www.researchgate.net/publication/17043718_View_Through_a_Window_May_Influence_Recovery_from_Surgery

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., et al. (2004). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *HERD Health Environments Research & Design Journal*, vol 1, n°3, p.61-125. <https://scispace.com/pdf/the-role-of-the-physical-environment-in-the-hospital-of-the-223npaet81.pdf>.

Vidler, A. (1995). *L'Espace des Lumières : architecture et philosophie de Ledoux à Fourier*. Picard, p.327.

La bibliographie des figures

Chapitre III : La méthodologie

Figure 1: Guissart, J. (2025). Tableau type accompagnant les visites. [illustration personnelle].

Figure 2: Pinson, D. (2020, 27 novembre). *Sur le relevé habité*. p.13. [Diapositives de cours]. <https://shs.hal.science/halshs-03034612v1>

Figure 3: Pinson, D. (2020, 27 novembre). *Sur le relevé habité*. p.13. [Diapositives de cours]. <https://shs.hal.science/halshs-03034612v1>

Chapitre IV : L'évolution architecturale hospitalière

Figure 4: Guissart, J. (2025). Typologie type d'un hôpital au Moyen-Age. [illustration personnelle].

Figure 5: Guissart, J. (2025). Typologie type d'un hôpital au XV - XVI^e siècle. [illustration personnelle].

Figure 6: Guissart, J. (2025). Typologie type d'un hôpital au XVIII^e siècle. [illustration personnelle].

Figure 7: Guissart, J. (2025). Typologie type d'un hôpital au XIX^e siècle. [illustration personnelle].

Figure 8: Guissart, J. (2025). Typologie type d'un hôpital au XIX^e siècle: « le monobloc ». [illustration personnelle].

Figure 9: Guissart, J. (2025). Typologie type d'un hôpital « monobloc sur socle ». [illustration personnelle].

Figure 10: Guissart, J. (2025). Typologie type d'un hôpital « polybloc ». [illustration personnelle].

Figure 11: Guissart, J. (2025). Schéma évolutif du CHC MontLégia: volumétrie du socle, volumétrie des pôles et volumétrie totale. [illustration personnelle].

Figure 12: Guissart, J. (2025). Configuration spatiale générale du CHC MontLégia. [illustration personnelle].

Chapitre V : La fluidité des parcours hospitaliers

Figure 13: Guissart, J. (2025). Vue en plan de la configuration des halls/couloirs du rez-de-chaussée du CHC MontLégia. [illustration personnelle].

Figure 14: Guissart, J. (2025). Vue en plan des deux ailes distinctes du CHC MontLégia. [illustration personnelle].

Figure 15: Guissart, J. (2025). Plan de la typologie générale. [illustration personnelle].

Figure 16: Guissart, J. (2025). Plan avec ajout d'éléments significatifs. [illustration personnelle].

Figure 17: Guissart, J. (2025). Plan avec ajout d'éléments significatifs. [illustration personnelle]

Figure 18: Guissart, J. (2025). Schéma de la double circulation et mise en avant du couloir « médico-technique » réservé au personnel. [illustration personnelle].

Figure 19: Guissart, J. (2025). Schéma des différents déplacements. [illustration personnelle].

Figure 20: Guissart, J. (2025). Schéma évolutif des différents couloirs au rez-de-chaussée: la grande circulation, le couloir médico-technique et le couloir secondaire. [illustration personnelle].

Figure 21: Guissart, J. (2025). Plans développant les différentes appropriations de l'espace intermédiaire. [illustration personnelle].

Figure 22: Guissart, J. (2025). Schéma illustrant la logique des routes. [illustration personnelle].

Figure 23: Guissart, J. (2025). Dessins de la signalétique des routes. [illustration personnelle].

Figure 24: Guissart, J. (2025). Dessins des différents pictogrammes. [illustration personnelle].

Figure 25: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant le patio végétalisé de l'aile mère-enfant. [illustration personnelle].

Chapitre VI : Le rôle de l'architecture dans les salles d'attente

Figure 26: Guissart, J. (2025). Schéma général des différentes salles d'attente analysées. [illustration personnelle].

Figure 27: Guissart, J. (2025). Plan de la salle d'attente « imagerie médicale - radiologie ». [illustration personnelle].

Figure 28: Guissart, J. (2025). Plan de la salle d'attente « imagerie médicale - radiologie ». [illustration personnelle].

Figure 29: Guissart, J. (2025). Plan de la salle d'attente « CRF ». [illustration personnelle].

Figure 30: Guissart, J. (2025). Plan de la salle d'attente « UAPO ». [illustration personnelle].

Figure 31: Guissart, J. (2025). Plan de la salle d'attente « consultation pédiatrique ». [illustration personnelle].

Figure 32: Guissart, J. (2025). Plan de la salle d'attente « PMA ». [illustration personnelle].

Figure 33: Guissart, J. (2025). Croquis de la salle d'attente « PMA ». [illustration personnelle].

Figure 34: Guissart, J. (2025). Plan de la salle d'attente « rotonde ». [illustration personnelle].

Figure 35: Guissart, J. (2025). Schéma récapitulatif des différentes salles d'attente analysée. [illustration personnelle].

Figure 36: Guissart, J. (2025). Schéma illustrant les cercles concentriques de Hall (1971). [illustration personnelle].

Figure 37: Holahan, C. (1972). « Fig 1. Seating patterns in the four treatments » in Seating patterns and patient behavior in an experimental dayroom. p.117. https://www.researchgate.net/publication/18091994_Seating_patterns_and_patient_behavior_in_an_experimental_dayroom

Figure 38: Guissart, J. (2025). Plan zoomé sur les assises de la salle « filtre ». [illustration personnelle].

Figure 39: Guissart, J. (2025). Plan zoomé sur les assises de la salle « PMA ». [illustration personnelle].

Figure 40: Guissart, J. (2025). Plan zoomé sur les assises de la salle « UAPO ». [illustration personnelle].

Figure 41: Guissart, J. (2025). Plan zoomé sur les assises de la salle « CRF ». [illustration personnelle].

Figure 42: Guissart, J. (2025). Plan zoomé sur les assises de la salle « imagerie médicale - radiologie ». [illustration personnelle].

Figure 43: Guissart, J. (2025). Plan zoomé sur les assises de la salle « consultation pédiatrique ». [illustration personnelle].

Figure 44: Guissart, J. (2025). Plan zoomé sur les assises de la salle « ronde ». [illustration personnelle].

Figure 45: Guissart, J. (2025). Croquis des assises de la salle « ronde ». [illustration personnelle].

Figure 46: Guissart, J. (2025). Croquis du type d'assises dans les salles d'attente analysées. [illustrations personnelles].

Figure 47: Guissart, J. (2025). Croquis d'une vue de la salle « UAPO ». [illustration personnelle].

Figure 48: Guissart, J. (2025). Croquis des vues de la salle « imagerie médicale - radiologie ». [illustrations personnelles].

Chapitre VII : La complexité des espaces hospitaliers

Figure 49: Guissart, J. (2025). Plan général de la salle « consultation pédiatrique ». [illustration personnelle].

Figure 50: Guissart, J. (2025). Plan zoomé de la salle « consultation pédiatrique ». [illustration personnelle].

Figure 51: Guissart, J. (2025). Plan zoomé développant les ajouts. [illustration personnelle].

Figure 52: Guissart, J. (2025). Plan zoomé illustrant la présence de poussettes. [illustration personnelle].

Figure 53: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant les murs des couloirs du service de consultation pédiatrique avant. [illustration personnelle].

Figure 54: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant les murs des couloirs du service de consultation pédiatrique après. [illustration personnelle].

Figure 55: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant une porte des chambres d'hospitalisation avant. [illustration personnelle].

Figure 56: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant chaque porte des chambres d'hospitalisation associée à un animal. [illustrations personnelles].

Figure 57: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant un couloir entre deux unités pédiatriques avant. [illustration personnelle].

Figure 58: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant un couloir entre deux unités pédiatriques après. [illustration personnelle].

Figure 59: Guissart, J. (2025). Plan illustrant le plan d'évacuation. [illustration personnelle].

Figure 60: Guissart, J. (2025). Plan illustrant une appropriation type. [illustration personnelle].

Figure 61: Guissart, J. (2025). Plan illustrant le module. [illustration personnelle].

Figure 62: Guissart, J. (2025). Croquis du module en forme de bateau. [illustration personnelle].

Figure 63: Guissart, J. (2025). Plan illustrant le plan d'évacuation. [illustration personnelle].

Figure 64: Guissart, J. (2025). Plan illustrant l'usage initiale. [illustration personnelle].

Figure 65: Guissart, J. (2025). Plan illustrant l'usage détourné et actuel. [illustration personnelle].

Figure 66: Guissart, J. (2025). Croquis illustrant les rotondes destinées au service pédiatrie. [illustration personnelle].

X

Les annexes

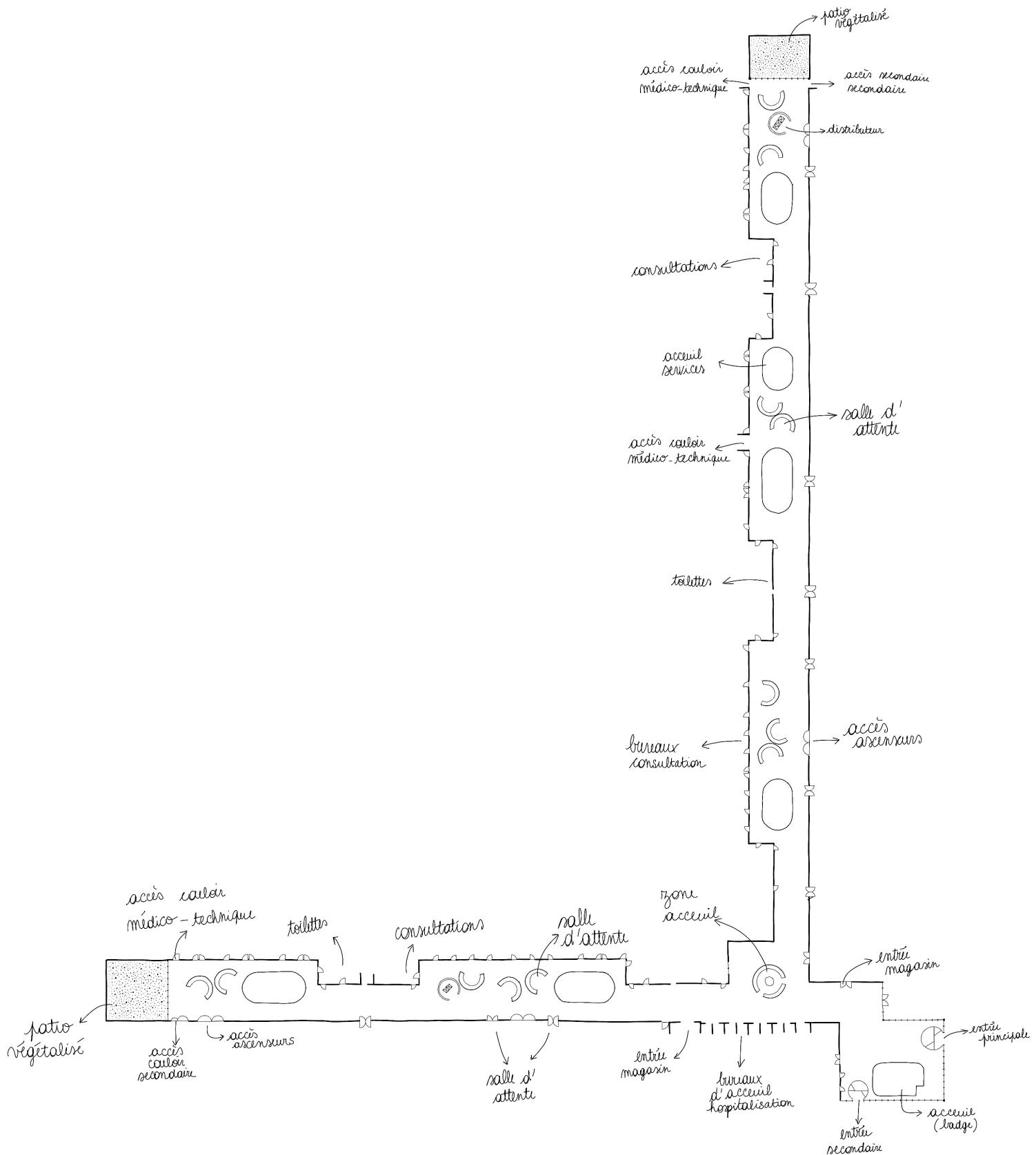
Annexe 1: les relevés

Annexe 2: le guide d'entretien

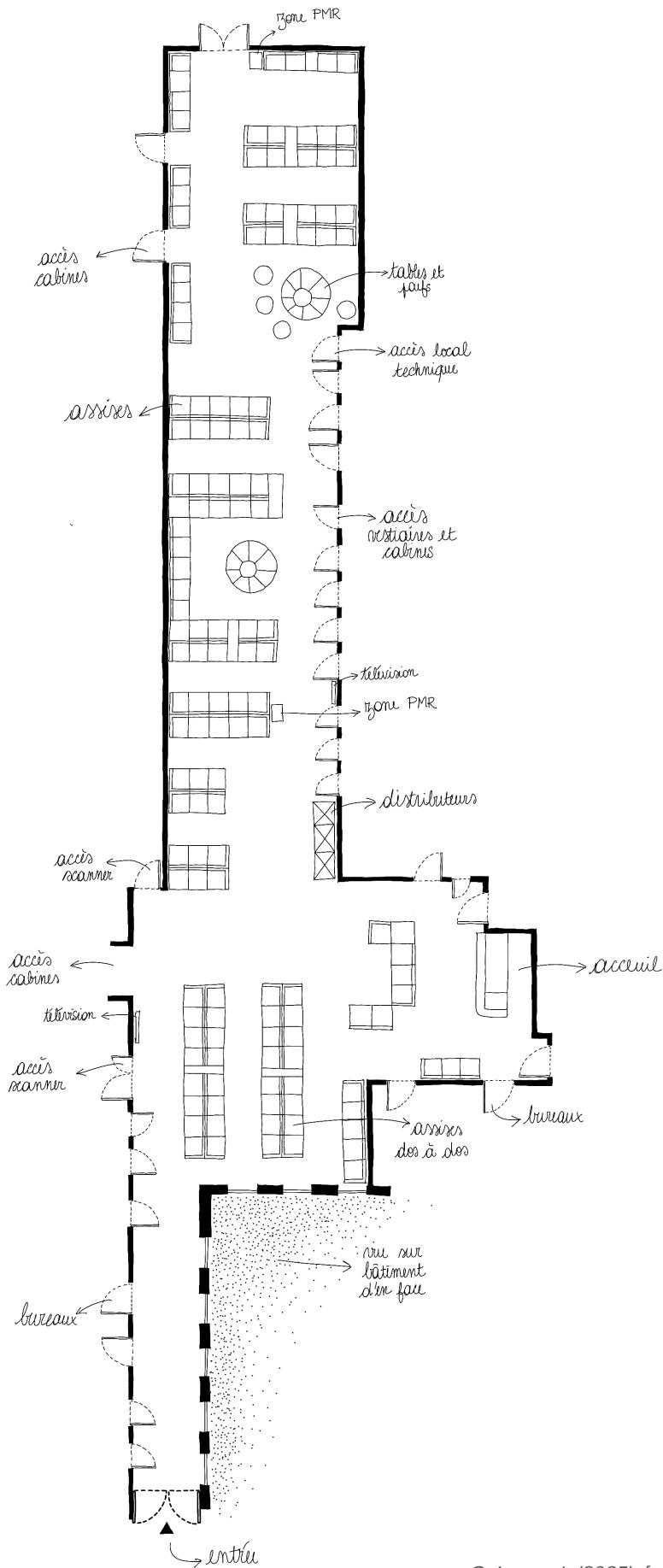
Annexes 3: les tableaux - outil d'analyse

Annexe 1: les relevés

1: Plan de la grande circulation du rez-de-chaussée

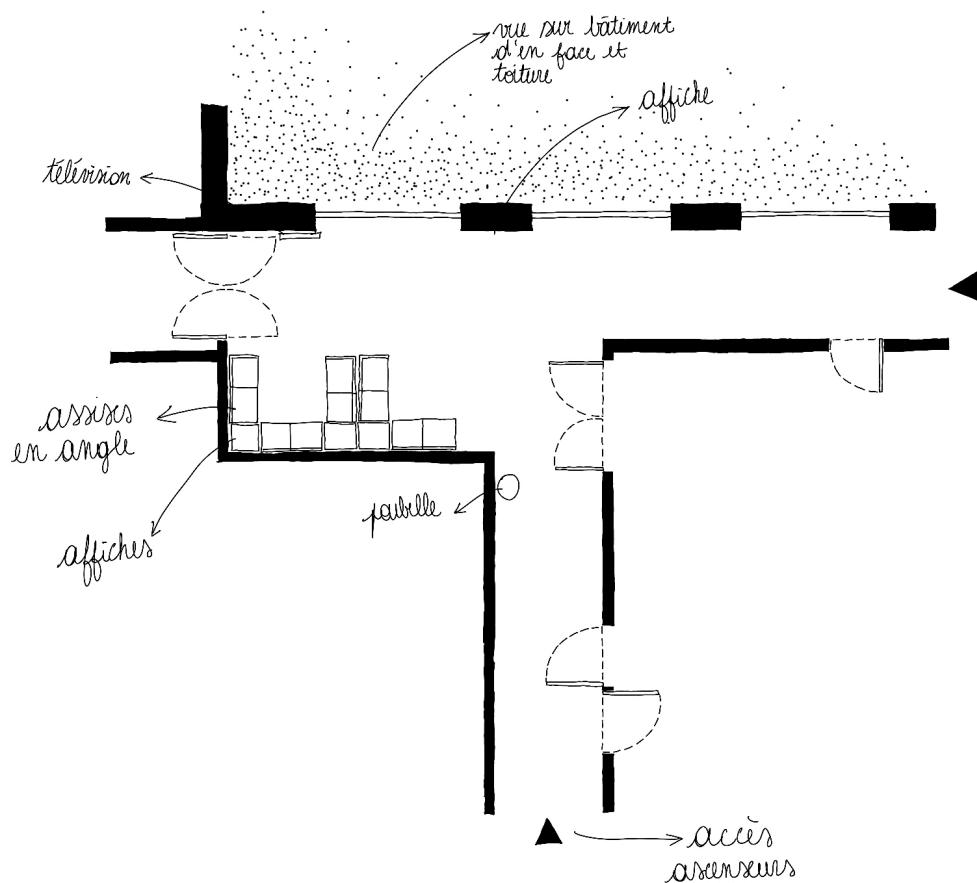


2: Plan salle d'attente « imagerie médicale - radiologie »

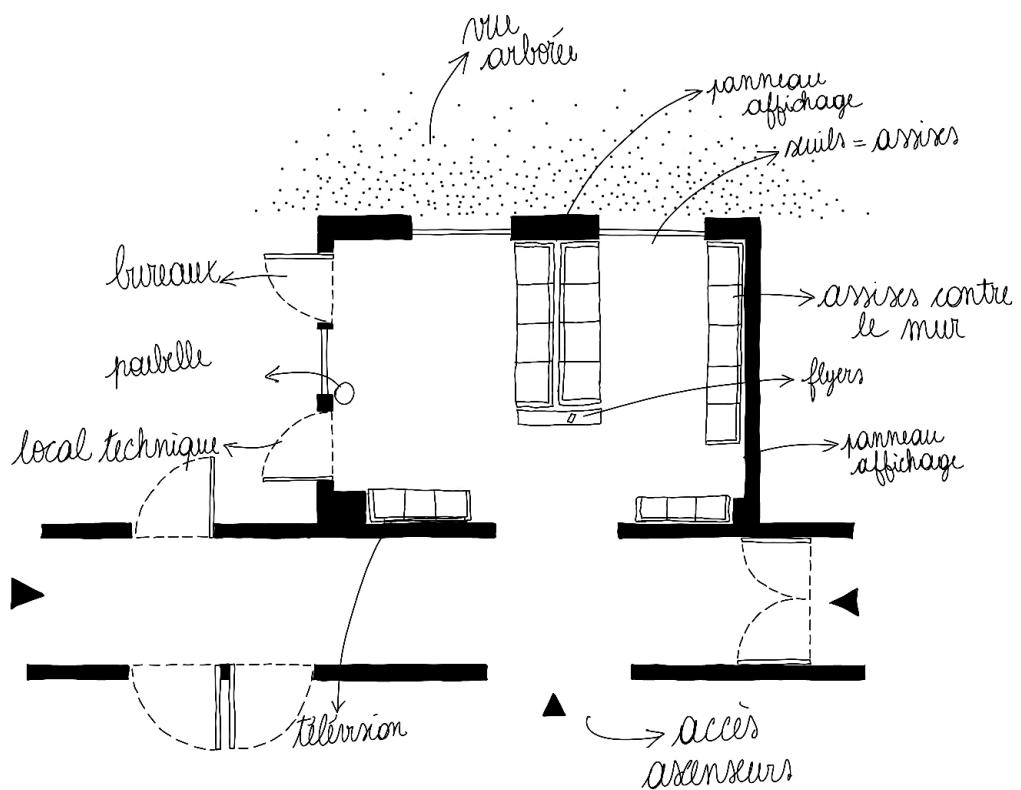


Guissart, J. (2025). [relevé personnel].

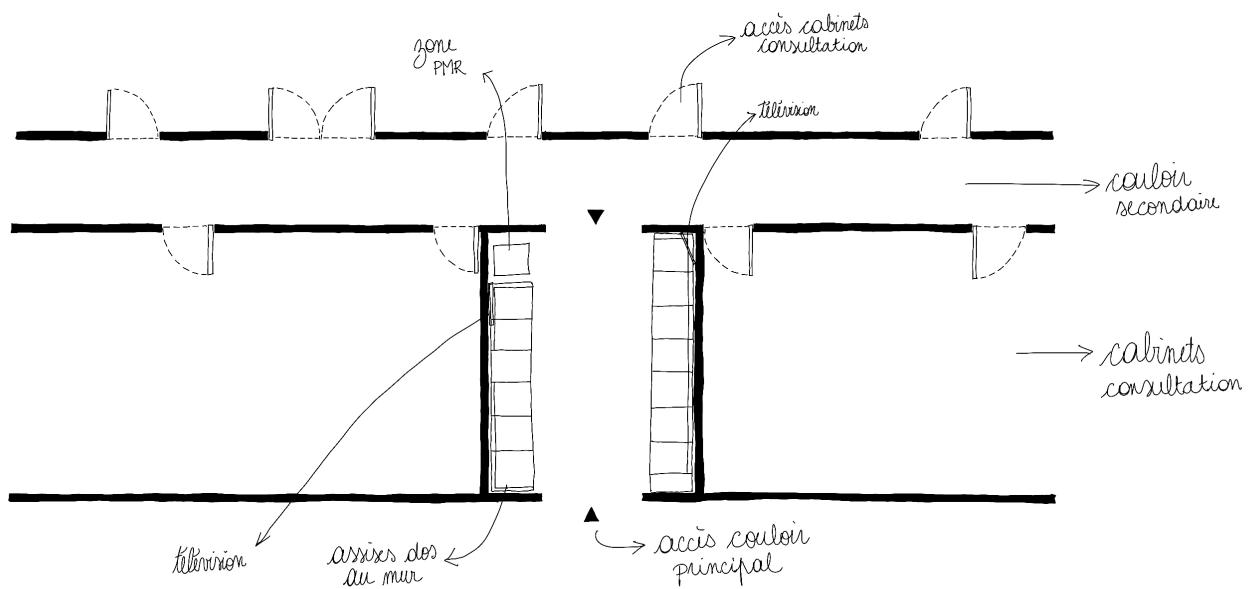
3: Plan salle d'attente « CRF »



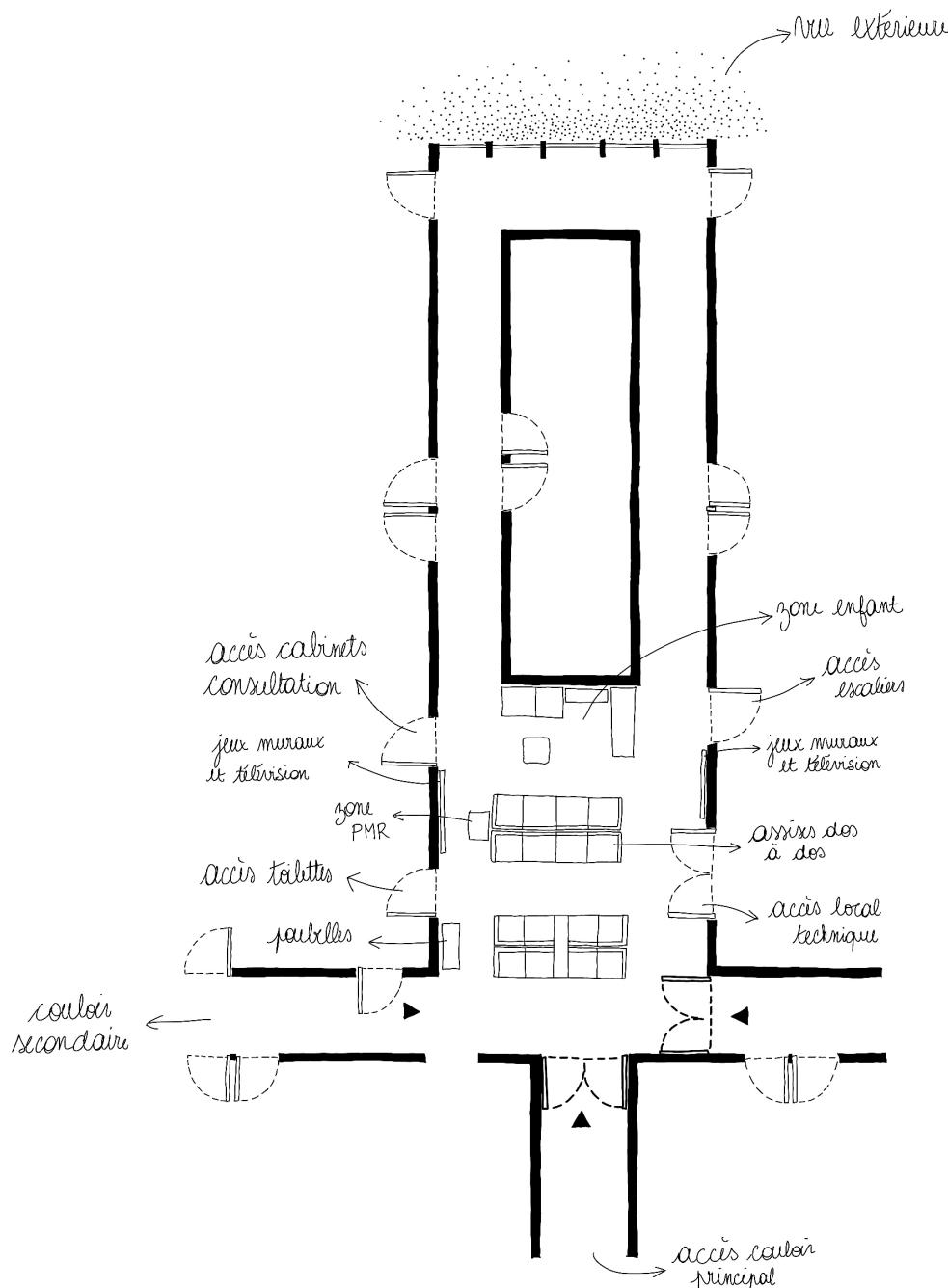
4: Plan salle d'attente « UAPO »



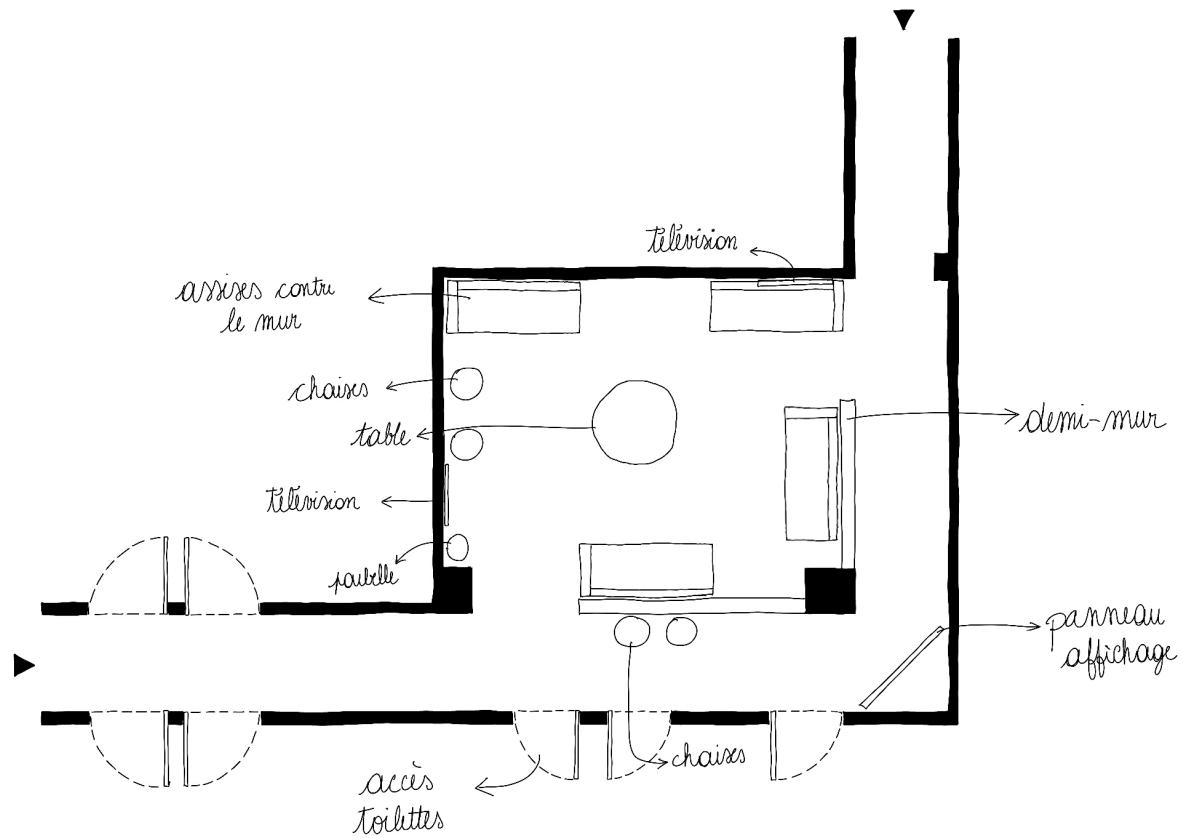
5: Plan salle d'attente « filtre »



6: Plan salle d'attente « service pédiatrie »



7: Plan salle d'attente « PMA »



8: Plan salle d'attente « rotonde »

