

Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode.

(HEALTH CARE PLACES AND THERAPY LANDSCAPES.
FROM CONCEPT TO METHOD)

Alain VAGUET*, **Bertrand LEFEBVRE**** & **Mélanie PETIT*****

RÉSUMÉ – Cet article de présentation introduit un projet de recherche : Lieux de SOins, Lieux de SAnté ? (LISO LISA), de l'Institut de Recherche Interdisciplinaire en Sciences de l'Homme (IRISH). Celui-ci se propose de revisiter la géographie de l'hôpital et de chercher à l'étendre vers de nouveaux horizons.

Le moment semble particulièrement adapté dans la mesure où de nombreuses constructions, complètes ou partielles, ont été menées ces dernières années et que les budgets restreints ne permettront plus ce type d'investissements avant longtemps.

Centrer le propos sur les « paysages thérapeutiques », permet de présenter un concept en passe de devenir un classique de la géographie de la santé anglophone. Au delà, nous souhaitons contribuer à montrer que l'on peut aussi se servir de lui pour développer des méthodes. Celles-ci permettent de proposer de nouveaux critères permettant de discuter la qualité de vie des patients et des professionnels de santé dans les établissements hospitaliers.

Mots-clés : Géographies de la Santé – Paysage Thérapeutique – Hôpital – Lieux des Soins – Espace, Territoire, Evaluation

ABSTRACT – This paper introduces a presentation of of the research project: Location of care, health settings (LISO LISA) at the Institute of Interdisciplinary Research in the Humanities (IRISH). It intends to revisit the geography of the hospital and seeks to expand into new horizons. The timing seems particularly suited because many buildings, complete or partial, have been erected in recent years and limited budgets will no longer allow such investments for a long time. Focusing on "therapeutic landscapes", we present a now classic concept of English health geography. In

* Professeur de géographie à l'université de Rouen, Equipe MTG, UMR CNRS IDEES – Courriel : Alain.Vaguet@univ-rouen.fr

** Post-doctorant, Equipe MTG, UMR CNRS IDEES, Université de Rouen. – Courriel : bertrand.lefebvre@univ-rouen.fr

*** Equipe MTG, UMR CNRS IDEES, Université de Rouen

addition, we want to help show that we can also use it to develop methods. This allows us to propose new criteria for discussing the quality of life of patients and health professionals in hospitals.

Keywords: *Geographies of Health - Landscape of Therapy - Hospital - Care Places - Space Planning - Evaluation*

Introduction

En France, en Grande Bretagne et même dans les pays émergents [Lefebvre 2011], les services de santé et les hôpitaux se renouvellent à rythme soutenu ces dernières décennies [Coldefy 2010]. Cette évolution se fait souvent au nom du bien-être des patients et des professionnels mais aussi en vue d'une ouverture des lieux de soins sur l'espace public. Ces transformations importantes donnent non seulement naissance à de nouveaux lieux de soins mais ils participent à la recomposition de l'espace urbain, voire à la requalification urbaine de certains quartiers [Vaguet 2008].

Pour l'instant, peu de travaux s'intéressent à ces transformations. La géographie hospitalière s'est souvent cantonnée à la planification et à la distribution spatiale des ressources et des établissements [Labasse 1980]. Finalement, on compte assez peu de travaux sur l'hôpital comme lieu [Fleuret 2000, Granier 2002] et notamment sur les effets de ces transformations pour les patients comme pour le personnel et pour l'organisation et le fonctionnement général de l'hôpital (réseaux, circulations,...).

Pourtant les sciences de la santé, du fait de l'évolution des pratiques et des normes, participent de la contingence, sociale, culturelle, humaine pour ce qui concerne leurs lieux d'exercice. De fait, les lieux de soins composés par les architectes proposent une large gamme d'environnements différenciés. Dès lors, il semble logique que cette disparité éveille la curiosité des géographes, pour lesquels ces nuances spatiales et territoriales suscitent une recherche de causalité. Pour autant, sous cet angle, on trouve peu de travaux, purement géographiques, mis à part la grande référence de Jean Labasse [Labasse 1980], elle même inspiré d'un ouvrage plus ancien de Bridgman [Bridgman 1963]. A l'inverse, quelques publications spécialisées existent, venus en particulier des métiers de l'architecture [Le Mandat 1989, Femand 2000]. Pierre George ira jusqu'à écrire à propos de l'ouvrage de Bridgman que la question de l'agencement des services se situe hors des compétences des géographes [George 1966]. Pourtant aujourd'hui, parmi les chercheurs anglophones, ce questionnement sur l'ambivalence des lieux de soins constitue un axe important de la littérature de la géographie de la santé. Nous verrons que ces chercheurs s'interrogent sur la dimension physique, sociale et symbolique des établissements pour mieux percevoir leur dimension thérapeutique. C'est dans ce contexte que s'inscrit le programme de recherche LiSo-LiSa (Lieux de Soins-Lieux de Santé ?). Ce projet en cours s'appuie sur les recherches

anglophones, tout particulièrement le concept de paysage thérapeutique comme méthode alternative d'évaluation des effets des transformations des services hospitaliers, non seulement pour les patients mais aussi pour le personnel. Tout l'enjeu consiste à voir comment on peut passer d'un concept de recherche à une méthode de travail pluri disciplinaire appliquée.

Dans cet article, nous nous proposons de synthétiser cette riche veine bibliographique et d'indiquer les pistes exploratoires que nous poursuivons. Nous reviendrons dans un premier temps sur la trajectoire des hôpitaux comme lieux de soins, notamment dans l'évolution de leur conception, et des principes qui prévalent, les modèles, les objectifs assignés à l'architecture. Nous aborderons ensuite la question, toujours ouverte de l'évaluation de ces transformations selon que l'on s'adresse aux financeurs ou aux utilisateurs. En conclusion nous discuterons certaines pistes ouvertes par le projet LiSo-LiSa.

2. Des modèles et des normes : concevoir l'espace hospitalier

Il existe en France une longue tradition de réflexions autour de la conception et de l'architecture de l'hôpital. Des débats parfois intenses ont animé l'architecture hospitalière et ce dès la fin du 18ème siècle. Ces débats se sont souvent cristallisés autour de la recherche du meilleur modèle de bâtiment hospitalier et d'organisation spatiale des sites hospitaliers. Les médecins et les architectes vont chercher à établir des règles, des normes, qui permettront d'améliorer le confort et le bien-être des patients, d'optimiser l'organisation des soins, et de lutter contre la diffusion des maladies infectieuses. Ces débats ne se limitent pas à la France, et ces modèles s'inspirent souvent d'hôpitaux étrangers. Jacques Tenon lorsqu'il pose les premières bases du modèle de l'hôpital pavillonnaire dans son *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* [Tenon 1788] revient d'un séjour en Angleterre (1787) où la visite des hôpitaux de la Royal Navy à Plymouth et Portsmouth l'a inspiré. Plus tard des architectes comme Jean Walter ou Paul Nelson s'inspireront des hôpitaux américains pour des réalisations emblématiques de leur époque, l'hôpital de Clichy et l'hôpital franco-américain de Saint-Lô. Les modèles circulent et l'hôpital se transforme peu à peu, d'un lieu de prise en charge de l'indigence en un lieu de soins et de science. Les progrès majeurs de la médecine au cours du 19ème et du 20ème viennent bouleverser les concepts. Avec la découverte des microbes par Pasteur, l'hôpital pavillonnaire laisse la place aux cités jardins hospitalières comme l'hôpital Edouard-Herriot dessiné par Tony Garnier. Ce modèle sera pourtant très rapidement dépassé par les progrès de l'antisepsie qui autorisent désormais le regroupement des bâtiments et des services. Jean Walter découvre lors d'un voyage aux États-Unis les premiers hôpitaux-blocs comme le Los Angeles County General Hospital (1929) et le New York Hospital (1932). Il gagne dans la foulée le concours pour l'hôpital Beaujon de Clichy (1932) puis l'hôpital Huriez de Lille (1936). Ces hôpitaux marquent une rupture technique,

par l'emploi du béton, d'ascenseurs, de systèmes artificiels d'éclairage et de ventilation. La verticalité de ces nouveaux bâtiments invite aussi une réflexion sur la forme architecturale et sur la disposition des services et des circulations des patients, des visiteurs, de la logistique et du personnel. Alors que les anciens modèles s'inscrivaient dans la lutte contre les maladies contagieuses et nosocomiales, le modèle de l'hôpital-bloc pose clairement la question de l'efficacité et du confort pour les patients et les professionnels.

A partir de 1958, la France se lance dans un vaste programme de construction et d'équipement hospitalier. La planification et la création des cartes sanitaires doivent permettre de mieux contrôler le développement de l'infrastructure hospitalière sur le territoire national et de rationaliser l'organisation des services. Cette politique aboutit vers la fin des années 1960 à l'industrialisation des constructions publiques, notamment dans leur conception. Le secteur hospitalier, comme le secteur éducatif, voient se succéder différents modèles de bâtiments standardisés. Parce qu'un projet industrialisé bénéficie d'un délai d'examen plus court, le Service des Constructions et de l'Équipement à la Direction des Hôpitaux, finance et oriente une grande partie de la construction hospitalière jusqu'au début des années 1980. Les hôpitaux de type « Beaune » (1970), « Fontenoy » (1972), « Duquesne » (1976), ainsi que les Unités de Soins Normalisés (USN), et Composants Hospitaliers Types (CHT) sont établis avec l'objectif de rationaliser les circulations et les liaisons fonctionnelles tout en maîtrisant les coûts. Une trentaine d'établissements rassemblant près de 10 000 lits vont voir le jour dans ce cadre (Le Havre, Lisieux...). En comptant les USN et les CHT, près de 70 000 lits vont être créés au total dans le cadre des procédures industrialisées. Le bilan de cette politique apparaît toutefois mitigé. Cette politique a rempli son premier but : la diffusion de l'équipement hospitalier sur l'ensemble du territoire national et il a permis l'amélioration du confort du patient avec la généralisation des chambres à un, voire deux lits. Ce programme aura aussi été l'occasion d'une réflexion sur les logiques de fonctionnement des hôpitaux. Mais comme le souligne Jean Labasse, « *les besoins de l'hôpital priment, au stade conceptuel, ceux des futurs malades. L'étude démographique, les attitudes, les modes de vie et de consommation sont à peine évoqués, voire éludés, en faveur d'une efficacité d'abord budgétaire* » [Labasse 1980, p. 102]. L'aspect standard a semblé inhumain aux usagers et les professionnels de santé ont critiqué l'absence de lumière de certains locaux [Ferland 2000]. Pire, la rationalisation et les normes n'ont pas facilité le contrôle des coûts. Le maître d'ouvrage se trouvait bel et bien contraint par un chiffrage ministériel mais les moindres changements et les inévitables adaptations explosaient les budgets. Enfin alors que dès 1963, Bridgman souligne l'importance de la flexibilité sur un site hospitalier et défend le modèle américain de « l'hôpital puzzle », composé de plusieurs bâtiments pouvant évoluer dans le temps et pouvant être dispersés à travers la ville [Bridgman

1963], la politique hospitalière en France est marquée par une manque de vision à long terme, et une stratégie de développement au coup par coup qui entraîne au final des dysfonctionnements dans l'organisation de l'hôpital. Au Royaume-Uni une politique d'équipement similaire, tout aussi normative, produit d'autres formes jugées plus satisfaisantes. Elle tourne le dos au modèle de « socle-tour » pour un développement horizontal (Modèle Harness et Nucleus), composé de bâtiments de taille variée, distribués le long de lignes de circulation, qui autorisent une meilleure modularité et présentent un fort potentiel d'évolution [Ferland 2000].

A la fin des années 1970, la situation budgétaire et financière a changé. Le déficit de la sécurité sociale, les déficits publics entraînent une compression des budgets. Le cadre réglementaire évolue aussi. L'instauration des concours d'architecture et d'ingénierie en 1980, puis l'ouverture des commandes publiques en 1985 et la politique de décentralisation qui donne plus de pouvoirs aux élus locaux ouvrent le secteur hospitalier à de nouveaux architectes et de nouvelles idées. Les excès des années 1970 entraînent aussi une réflexion sur la qualité architecturale et profondément urbaine de l'hôpital. Souvent le plus grand bâtiment public d'une ville, il reste un monument incontournable dont la qualité architecturale et l'image doivent assurer le lien avec la cité. L'espace public fait son entrée dans l'hôpital. Les rues intérieures, les atrioms font éclater le modèle de l'hôpital monobloc tandis que les espaces d'accueil et les accès se démultiplient. Le développement de l'activité ambulatoire et le renforcement des liens hôpital-médecine de ville participent de cette ouverture des bâtiments. La perspective adoptée par G. Purves [Purves 2009], correspond bien à cette nouvelle donne qui place la *qualité de vie* au cœur des efforts des architectes. Il s'interroge notamment sur le rôle de l'architecture pour offrir une véritable plus-value sanitaire, sociale et fonctionnelle aux patients et au personnel médical. Depuis vingt ans les architectes et les concepteurs essaient donc de trouver un équilibre entre fonctionnalité et qualité du cadre de vie.

3. Le chantier de l'évaluation et de la mesure de la qualité des bâtiments hospitaliers

Mais comment ce tournant s'est-il traduit concrètement ? Comment peut-on évaluer la qualité du cadre de vie et de l'architecture ? A-t-il produit de nouvelles normes ? En France, rien n'est moins sûr. L'ouvrage de Maurice Le Mandat, *Concevoir l'espace hospitalier*, reste toujours une référence incontournable [Le Mandat 1989]. On y découvre divers éléments typologiques permettant de catégoriser les constructions selon leur morphologie et leur style mais surtout, l'auteur démontre que la fonction ne génère pas une forme unique, ni dans le temps, ni dans l'espace. Plus récemment l'ouvrage de Catherine Fermand [Ferland 2000] poursuit la réflexion engagée par Le Mandat

sur l'espace hospitalier, en présentant notamment des exemples récents d'hôpitaux qu'elle considère comme des réussites par leur qualité architecturale et leur réponse à la tension entre fonctionnalités et qualité de vie.

Curieusement, après une première phase très intrusive, la puissance publique produit désormais peu de documentation et de réglementation pour la normalisation des espaces hospitaliers et de leur qualité architecturale et fonctionnelle. Exception notable, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), un organisme public né en 2009 auquel la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) donne mission d'appuyer les établissements de santé pour améliorer leur performance, produit essentiellement des référentiels qui peuvent être vus comme un effort de standardisation. Il existe ainsi un référentiel pour la Qualité Environnementale des Bâtiments qui vise à aider les hôpitaux présents et futurs à se conformer à la norme Haute Qualité Environnementale dans le cadre d'opération de construction ou de réhabilitation [Certivéa 2008]. Parmi les différentes normes présentées (construction, qualité sanitaire,...) ce rapport rappelle l'importance du confort visuel et du rôle joué par la lumière naturelle : « Dans le cadre des établissements de santé, il est important que les malades hospitalisés puissent ressentir une impression de bien-être et éprouver un certain apaisement dans des chambres offrant une vue sur le monde extérieur et baignées d'une lumière douce, mélange de lumière naturelle et de lumière artificielle » [Certivéa 2008, p. 148]. Il existe aussi un référentiel de dimensionnement pour les établissements de santé qui s'appuie sur une logique opérationnelle et comptable selon laquelle les dimensions des différents services sont définis par leur niveau d'activité [MNAIH 2008]. Ces documents peuvent servir d'appui aux projets mais les acteurs sont libres de s'y conformer ou pas.

Il faut à nouveau se tourner vers le Royaume-Uni pour voir un début de réflexion sur des outils d'évaluation des espaces hospitaliers dans leurs dimensions qualitatives. A partir de travaux sur la santé et la qualité de l'environnement, entendu au sens architectural, Le Service National de Santé du Royaume Uni (NHS) a élaboré des outils d'évaluation (AEDET Toolkit, ASPECT toolkit) qui ont servi à évaluer les projets hospitaliers lors de la période de construction d'hôpitaux décrétés par les gouvernements travaillistes depuis 2001. Les questionnaires standardisés se placent dans une perspective de santé holiste, prenant en compte les m² mais aussi la qualité de vie à l'hôpital pour le personnel et les patients, la lisibilité des parcours et des bâtiments, l'apparence intérieur (lumière, propreté, l'équipement...). Le NHS Design Review Panel (DRP) joue en plus un rôle d'évaluation et de conseil auprès de la NHS sur la qualité des nouveaux établissements créés, y compris la qualité architecturale. Ce groupe fait notamment la promotion les projets les plus réussis pour le bien-être des patients et du personnel. Mais ces travaux ont eux mêmes été passés sous le feu de la critique de certains géographes de la santé anglais qui ont montré que dans l'évaluation, les considérations

physiques prévalaient toujours sur toutes les autres [Curtis 2010]. Dès lors, avec le concept de paysage thérapeutique, on quitte le simple constat pour argumenter les débats.

4. Rendre opérationnel le concept de paysage thérapeutique.

Il existe une littérature abondante qui peut nous aider à aborder les transformations des sites hospitaliers mais avant tout, retraçons le cheminement de ces travaux.

Au début des années 1990, l'inventeur du concept de paysage thérapeutique, W. Gesler, a publié sur les endroits du monde qui, de tout temps, semblaient avoir facilité la guérison des patients : Epidaure, Lourdes, Bath... Il souhaitait ainsi ajouter une dimension empirique et socio spatiale aux méthodes purement spatiales déployées par la majorité des géographies de la santé de l'époque. Mais on pouvait dès lors craindre que ce genre de recherche se limite vite à quelques publications marginales sur un nombre de lieux, somme toute, assez restreints. Mais dans un second temps, le concept a été repris dans une perspective plus large permettant de poser plus clairement la question de l'importance de la composition ou recomposition des lieux de soins dans la guérison. Dès lors, un grand nombre d'auteurs s'est emparé du concept et l'a décliné dans des perspectives très variées. On peut en juger par les publications de W. Gesler et ses collègues qui ont travaillé sur les divers espaces du soin [Kearns & Gesler 1998, Gesler, Bell, Curtis, Hubbard & Francis, 2004, Curtis, Gesler, Priebe & Francis, 2009]. Le dernier livre de S. Curtis est ainsi, par exemple, entièrement consacré aux paysages thérapeutiques de la psychiatrie [Curtis 2010]. Mais au delà du premier cercle des créateurs du concept, on rencontre désormais nombres de publications et de livres, dont ceux de A. Williams, avec des chapitres s'attachant à diverses espaces de l'hôpital mais aussi, à des travaux sur les liens entre paysages thérapeutiques et usagers des drogues et la ville et les personnes âgées et les soins palliatifs, les médecines alternatives et cetera [Williams 2007, 2011].

Si l'on résume, les trois composantes des paysages thérapeutiques s'ajoutent pour contribuer à caractériser ce qui constitue le bien-être dans un environnement thérapeutique : les éléments physiques, sociaux et symboliques. Naguère abordés séparément, par des disciplines différentes, le concept de paysage facilite la combinatoire de ces trois aspects.

- Le premier, concerne ce qui semble le plus simple à mesurer et à caractériser par les cinq sens du chercheur et spécialement le sens visuel. Ainsi en est il des surfaces, de la luminosité, de la propreté, de la vue sur la nature... mais aussi de tous les autres éléments permettant la caractérisation du site ou du service (accessibilité, relégation, centralité...).

- Le second correspond à la dimension de l'environnement social. Il se rattache beaucoup au bio pouvoir mis en avant par M. Foucault dans ses

travaux. Ceci demande une approche plus qualitative, comme par exemple des sessions de discussion engageant des soignants, des soignés ou leur entourage, pour qualifier les nuances entre ce qui relève de la sécurité pour les uns et de la surveillance pour les autres. Lors des constructions, ou sur les projets, quels choix ont été faits ? Faut-il voir les patients en permanence ou les laisser dans leur intimité ? Ouvrir les espaces collectifs, pour faciliter les rencontres ou élargir les espaces privés pour faciliter le sentiment de « home »... La somme de ces options, construisent un paysage social plus ou moins thérapeutique pour les patients et plus ou moins commode pour les soignants.

- Le troisième point : l'environnement symbolique, nécessite de passer du design à l'écoute de l'expérience du design, en allant vers les patients. Pour l'instant, ce domaine a surtout été renseigné dans les hôpitaux psychiatriques [Curtis 2007, 2011]. Ces attributs symboliques sont toujours décrits comme importants dans la bibliographie. La présence du mobilier personnel pour se sentir chez soi, la possibilité de rencontrer le sexe opposé, ou au contraire la volonté de rester entre femmes, la mise à disposition d'espaces de culte, la prise en compte des préférences et interdits culinaires, la manière de s'exprimer du personnel, la possibilité de le comprendre aisément etc... concernent cette dimension symbolique.

L'usage de ce triptyque au Royaume Uni, a permis au groupe de recherche animé par W. Gesler, de mettre en débat les évaluations du NHS. Ces procédures officielles : Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit (AEDET) très quantitatives, pouvaient convenir à des « experts » mais il est vrai qu'elles s'orientaient essentiellement vers ce qui se mesurait, au détriment de la perception subjective des patients et des personnels [Gesler & al. 2004].

Au sein du groupe Liso Lisa, nous avons entamé dans le même esprit une exploration des lieux de prise en charge des maladies de neuro dégénérescence. Cette option résulte d'un choix, il nous semblait que pour les personnes atteintes de cette maladie, le lieu de vie et de soins se confondait étroitement. Comme dans un hôpital psychiatrique, faute d'interactions faciles, les personnes malades dépendaient beaucoup de leur environnement. Des publications ont par exemple pu montrer qu'il était possible de réduire considérablement la prise de médicaments calmants si la déambulation des malades était facilitée. Dès lors, l'évaluation du caractère thérapeutique des lieux d'accueil (au sens de Gesler) s'est traduite par la construction, en collaboration avec les professionnels des établissements, d'une grille de 70 critères physiques, sociaux et symboliques, basés sur l'efficacité clinique, la promotion du bien être et l'intégration à la communauté. Sur cette base, la même personne (de façon à supprimer les nuances d'interprétation entre divers enquêteurs) a travaillé à l'évaluation des 7 établissements choisis. Ainsi, pour chaque attribut, un score a été proposé, puis l'ensemble a été pondéré. De cette façon, il était facile d'attribuer un poids supplémentaire à une question ou de

minorer une autre en fonction des résultats de longues « observations participantes ». Par exemple, « L'agencement des pièces permet de réduire les distances parcourues » semblait plus important que : « il y a de petits objets à déplacer et à voler librement dans l'unité ». Au final, chaque unité présente donc un profil. Ces établissements ont été déterminés en fonction de leur forme juridique (privé à but lucratif, privé à but non lucratif et public) afin d'obtenir un échantillon de l'offre de soins actuelle. Les résultats de la grille d'évaluation démontrent que selon leur statut, les différentes unités d'accueil spécialisé Alzheimer ne privilégient pas toutes les mêmes points.

Les unités privées lucratives de l'ancienne génération (les pionniers) présentent ainsi des scores médiocres du fait du caractère répétitif de la déambulation (dimension physique) et du ratio en personnel d'encadrement. L'unité vit souvent en autarcie, sans contact avec l'extérieur. Les patients sont enfermés dans leur unité et en sortent très peu (dimension sociale peu investie car demandant davantage de personnel). C'est tout l'inverse dans les nouveaux établissements qui soignent beaucoup l'offre « hôtelière » pour la promotion du bien être mais qui en font aussi payer le prix.

Les unités privées à but non lucratif et celles du secteur public, parfois peu attrayantes du point de vue physique, souvent sans jardin soigné, sans vue attractive, se distinguent toutefois par leur effort d'intégration de leurs patients au reste de la ville (visite des enfants de l'école, promenade en ville, balades en forêt...)

Au total, le concept peut donc se transformer en méthode. Celle-ci permet de quitter les approximations en matière d'évaluation car elle offre une tentative de quantification de critères plutôt qualitatifs. Naturellement, nous en sommes à une phase d'expérimentation qui doit encore se perfectionner et se rôder pour accroître sa pertinence.

5. Conclusion-Discussion

Le concept de paysage thérapeutique est entré dans le monde académique anglophone. Des centaines de personnes, de géographes et d'autres disciplines, utilisent désormais ce concept dans le monde. Au delà de l'émergence d'un concept, on peut voir qu'il pourrait trouver une utilité directe comme méthodologie dans les nécessaires évaluations des constructions ou rénovations des lieux à visée thérapeutiques.

Optimiser la morphologie des lieux de soins de façon à faciliter les circulations des soignants demeure la condition première des économies de construction hospitalière et c'est aussi l'un des critères d'amélioration de la qualité de vie au travail. Cette remarque de M. Le Mandat date de 1989 mais reste totalement d'actualité. Pour nous, elle ouvre la voie à une orientation vers la micro simulation spatiale. Sur des plateformes informatiques, on va chercher désormais à simuler les déplacements dans des services spécifiques, de façon à

clarifier pourquoi certains de ces lieux parfois récents sont peu efficaces selon les professionnels, alors que d'autres présentent une grande commodité. Enfin, nous souhaitons maintenant explorer l'univers virtuel des hyper paysages thérapeutiques pour diversifier les méthodes d'évaluation à partir de notre site de travail (<http://lisolisa.hypotheses.org/>).

Références bibliographiques

- Agence Régionale de Santé Haute-Normandie (2012) – *Schéma Régional de l'Organisation des Soins de Haute-Normandie*, Agence Régionale de Santé Haute-Normandie, 490 p.
- BRIDGMAN, R. F. (1963) – *L'hôpital et la cité*, Les Éditions du Cosmos, 347 p.
- Certivéa (2008) – *Référentiel pour la Qualité Environnementale des Bâtiments - Établissements de santé*, Certivéa, 227 p.
- COLDEFY, M., (2010) – *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*, Thèse de doctorat, Paris I, 519 p., <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf>
- CURTIS, S. (2010) – *Space, place and mental health* Ashgate, 299 p.
- CURTIS, S., GESLER, W., PRIEBE, S. & FRANCIS, S. (2009) – « New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex "rebirth" of the clinic? », *Health & Place*, vol.15, n° 1, pp. 340-348.
- FERMAND, C. (2000) – *Les hôpitaux et les cliniques : architectures de la santé*, Le Moniteur, 287 p.
- FLEURET, S. (2000) – *Espaces hospitaliers. Autour de l'exemple Angevin*, Thèse de doctorat, Université d'Angers, 542 p.
- GEORGE, P. (1966) – « L'hôpital et la cité de R. F. Bridgeman », *Annales de Géographie*, vol. 75, n° 407, pp. 96-97
- GESLER, W., BELL, M., CURTIS, S., HUBBARD, P., & FRANCIS, S. (2004) – « Therapy by design: evaluating the UK hospital building program », *Health & Place*, vol.10, n°2, pp. 117-128
- GRANIER, P. (2002) – « Une approche multiscalaire des lieux hospitaliers : l'exemple du CHRU de Tours », *Norois*, n°189, pp. 5-16.
- KEARNS, R. A., & GESLER, W. M. (1998) – *Putting health into place : landscape, identity, and well-being. Space place and society*, Syracuse University Press, 339 p.
- LABASSE, J. (1980) – *L'hôpital et la ville: géographie hospitalière*, Hermann, 241 p.
- LEFEBVRE, B., (2011) – *Les Services Hospitaliers de Delhi: planification, privatisation et gouvernance urbaine*, Thèse de doctorat, Rouen.
- LE MANDAT, M. (1989) – *Prévoir l'espace hospitalier*, Berger-Levrault, 665 p.
- Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (2008) – *Première approche d'un référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, 39 p.
- PURVES, G. (2009) – *Primary Care Centres: A Guide to Health Care Design*, Taylor & Francis, 216 p.
- TENON, J. (1788) – *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. 1998, reprint de l'édition de 1788, Doin Éditeurs, Assistance Publique / Hôpitaux de Paris, 472 p.
- VAGUET, A. (2005) – « Un modèle peut en cacher un autre, les modèles des géographies de la santé ». in Y. Guermond (dir.), *Modélisation en géographie, déterminisme et complexités*, Hermes, Lavoisier, 392 p.
- WILLIAMS, A. (2007) – « Therapeutic Landscapes », in N. Thrift & R. Kitchin (dir.) – *Geographies of Health Variation*, Ashgates' Geographies of Health series, Ashgate, 373 p.