

amc



Logements à Paris,  
Jakob & Mac Farlane  
architectes, photo  
de Nicolas Borel.

**ACTUALITE** MAISON DE VILLE A NANTES

100 LOGEMENTS SOCIAUX A PARIS

AMENAGEMENT DE RUINES A ESSERT-BLAY

LUDOTHEQUE A BONNEUIL-SUR-MARNE

LE CAIXA FORUM A MADRID

**DOSSIER** HOPITAUX

**CHANTIER** CCTV A PEKIN

**PRITZKER** JEAN NOUVEL **GRAND PRIX** LACATON-VASSAL

**REFERENCE** JULES HARDOUIN-MANSART

**DETAILS** BOIS & VERRE

**MATERIAUTHEQUE** TOUT A 164 EUROS



# TABLE RONDE L'HOPITAL ET LA VILLE

CONVERSATION AVEC JEROME BRUNET, LOUIS PAILLARD, DENIS PHELOUZAT, PATRICK RUBIN



L'hôpital qui remplit un triple rôle – soin, enseignement, recherche – constitue un environnement technologique en pleine mutation. Avec la modernisation continue des plateaux techniques, l'évolution de la gestion du personnel, les réformes structurelles – lois de sécurité sanitaire, création des agences régionales d'hospitalisation, modernisation de la gouvernance, relance de l'investissement –, les équipements hospitaliers font l'objet de mutations programmatiques et de transformations fonctionnelles. Les architectes sont donc confrontés à ces évolutions.

Nous avons interrogé quelques-uns d'entre eux impliqués à différentes échelles dans des projets hospitaliers, sur les problématiques de l'architecture des établissements de soins et la transcription spatiale des transformations. Ils s'expriment sur leur vision de l'hôpital et sa place dans la ville, le poids de la programmation, l'impact des réformes en cours, leur rôle dans l'accompagnement de ces changements, leurs marges de manœuvre dans l'architecture hospitalière et ses usages.

**Jérôme Brunet:** En ville, les hôpitaux souffrent d'un manque de place, ils étouffent. Cela pose la question de l'hôpital et la ville. L'hôpital va-t-il sortir de la ville pour recréer d'autres centralités à l'échelle d'une agglomération, d'un territoire? Les villes moyennes ont de plus en plus de difficultés à faire vivre leur hôpital et leurs plateaux techniques. Elles ont donc tendance à laisser partir leur hôpital et à se regrouper sur de grandes connexions de flux autoroutiers ou SNCF, gares TGV. Cela va former des embryons de ville et les agglomérations vont se rejoindre autour de ces points forts, c'est ainsi que l'hôpital va commencer à générer des morceaux de ville, voire d'agglomération – on ne peut plus parler de ville. A titre d'exemple, Belfort et Montbéliard verront leurs hôpitaux regroupés en un établissement unique sur un site médian.

**Denis Phelouzat :** La plupart du temps, on fait des compromis. Le cas Montbéliard-Belfort est un exemple de rassemblement de moyens, et le choix du territoire est l'expression d'un compromis, c'est un non-choix. Pourtant, dans un hôpital, l'urbanité est un élément d'emblée évident. Il y a des flux, de la logistique et des gens en jeux de rôles, c'est un véritable matériau de scénographie urbaine qu'on va mettre dans un champ de betteraves, parce qu'on est dans du compromis politique alors qu'on a un matériau vivant urbain qui est un trésor de centralité. On perd une fois encore l'occasion de remettre en scène la vie. On fait de grosses erreurs qui ne sont pas dues aux architectes, mais à des choix politiques et à une responsabilité programmatique.

**JB :** Certes, il y a un problème politique fondamental. Deux villes proches n'ont pas la possibilité de faire vivre deux hôpitaux pour des raisons de moyens et d'effectifs. Les sites de chacune des villes sont saturés, d'où le choix d'un site unique, à la croisée des grands flux, à l'échelle de l'agglomération.

**DP :** Au bord des Caraïbes, on construit ex nihilo parce qu'il n'y a rien de dominant; on va alors voir comment l'hôpital va amorcer la ville. On se rend compte que l'hôpital a un visage, une aimantation, une scénographie avec ses flux, sa médecine de jour, ses visiteurs. Souvent, on fait fonctionner l'hôpital sur lui-même, on fait de la scénographie interne. Il faut une ouverture vers l'extérieur, et il se créera, alors, de l'écho ou du répondant.

**JB :** Il faut que l'hôpital soit sur le passage pour assurer son rôle de prévention. Les parvis hospitaliers doivent redevenir des parvis d'équipements publics.

**DP :** Toute la médecine comporte de l'éducation, de la prévention. Toute activité médicale qui peut être très invasive, très technique, très dramatique a toujours une dimension d'accompagnement ou d'éducation. L'hôpital a plusieurs échelles: l'échelle ambulatoire – on vient pour un diagnostic et on ressort – mais aussi l'échelle de la technicité; ainsi la pénurie actuelle d'anesthésistes est un phénomène déterminant. On concentre donc tous les services qui requièrent l'intervention d'anesthésistes.

Cela génère une organisation spatiale, architecturale et fonctionnelle. Une partie de l'économie de l'ouvrage est surconsommée par la technique. Dans la dynamique du développement durable, un gros effort de réflexion est à mener sur la stratégie énergétique et technique de l'hôpital, un grand gisement d'économies est possible, sur l'optimisation de la prescription en matière de sécurité incendie, par exemple. Il faudrait faire des colloques de programmation... Il y a un potentiel fantastique.

**JB :** L'aventure d'un hôpital commence dès sa programmation, bien avant que l'architecte intervienne. La programmation est nécessaire, elle donne un fil conducteur, mais elle doit être suffisamment précise et souple de manière à laisser au concepteur la possibilité de prévoir l'imprévisible.

Comme on ne peut pas le prévoir, il vaut mieux travailler sur des probabilités, des possibilités que sur des certitudes. La programmation est déjà un maillon important dans la conception d'un hôpital. Dans le cas d'un bâtiment conçu complètement ex nihilo, il faut avoir en tête que le projet va prendre 10 ans pour se réaliser. La programmation dure deux ans, puis s'enchaînent le concours, les études, le chantier, l'aménagement, etc. Il faut donc concevoir un projet suffisamment souple, neutre, générique, afin qu'à tout moment, sans modifier la morphologie du bâtiment, l'impact urbain ou la prise de possession d'un territoire ou d'un site, il soit capable d'évoluer au gré d'événements multiples qu'il s'agisse de progrès médicaux,



Centre hospitalier de Lagny Marne-la-Vallée (77)

MAÎTRISE D'ŒUVRE: Brunet -Saunier Architecture  
PROGRAMME: 460 lits.  
SURFACE: 76600 m<sup>2</sup>  
SHON.  
CÔÛT: 164 m € HT.



Photos: Gaston F. Bergeret

Jérôme Brunet

de l'apparition de maladies nouvelles, de progrès sociaux ou encore de pénurie de personnel.

**Jean-François Devon :** Il faut peut-être surprendre, décaler la programmation type. Comment avec une forme particulière peut-on faire réagir le programme ?

**Louis Paillard :** Nous l'avons fait à l'hôpital Robert-Debré mais c'était très risqué. Pour ce projet d'extension du bâtiment de Pierre Riboulet, prévu sur un terrain impossible, situé à côté du périphérique et avec une déclivité très forte, le programme demandait un plateau horizontal, mais il n'y avait pas la place. Nous avons pris le risque de nous écarter du programme. Notre réponse est verticale. De plus, il y avait un problème de budget. Sachant qu'on n'avait pas de plateaux techniques, mais essentiellement de l'hébergement, des bureaux et des consultations, notre réponse a été un bâtiment flexible comme un immeuble de bureaux, avec des murs porteurs et des noyaux. Ainsi sont résolus les problèmes de topographie, de fonctionnement, de durabilité, d'efficacité, d'économie. On a pris cette option en remettant le programme en cause, en faisant un hall sur deux niveaux.

**JB :** Il est vrai que ce sont des affaires de stratégie. Il faudrait donc « désécrire » le programme. J'ai le souvenir d'un concours sur plan directeur, uniquement au 1/500 avec les contours des grands services. C'était formidable, car cela a permis d'avoir des réponses stratégiques notamment sur l'ensemble du

site hospitalier, on a gagné sur une position du bâtiment dans le site et ensuite des orientations.

**LP :** Certaines maîtrises d'ouvrage ne comprennent pas que l'architecte peut avoir une vision plus globale. On a parlé de la ville on a parlé des flux, des proportions du bâtiment, tout cela nous passionne. A grande échelle comme à petite échelle, les architectes, nous avons la capacité de proposer autre chose que de placer la pièce B1 à côté de la B12.

**Patrick Rubin :** Vous avez gagné le concours avec une stratégie.

**LP :** Tout à fait ! Evidemment la stratégie est risquée, mais pour moi : *no risk, no fun*, il faut du plaisir.

**DP :** C'est le sujet de la démocratie, quand on a un programmiste qui est une sorte de médiateur. Il crée de l'horizontalité car ainsi il crée du consensus par la déhiérarchisation, un accord commun entre les médecins et le personnel, et tout a tendance à être horizontalisé. Les hôpitaux horizontaux sont parfois le résultat d'une neutralisation mutuelle. Or quand l'architecte va ensuite intervenir comme un poète, un intégriste formel ou un tyran solitaire, il va questionner tout cela ; c'est pourquoi il y a beaucoup de suspicion vis-à-vis de cet acteur-là.

**JB :** L'hôpital est le lieu du « pas compté ». Le nombre de pas compte dans l'ergonomie. D'où la notion de compacité inhérente à cela, le bâtiment



ne peut pas être distendu, car tout doit être à côté de tout. L'imagerie qui est le centre nerveux doit être à proximité des urgences, des plateaux techniques, des consultations. Nous explorons la voie horizontale pour de multiples raisons. L'horizontalité a l'avantage d'abolir les frontières entre les services. Ainsi un service peut prendre le pas sur un autre, ou disparaître ou être associé pendant une période creuse à un pôle commun d'infirmières. Quand il n'y a pas assez de personnel, on doit pouvoir connecter deux services.

**DP :** Un autre facteur à prendre en compte est la socialisation progressive. La remise en activité sociale de l'être se déroule comme dans la ville, avec une progression d'échelles. Le langage urbain permet de passer de la maison à la rue, à la place, ce sont des « mises en collectivité » de plus en plus nombreuses. La technique en psychiatrie et en rééducation est du même ordre. L'hôpital évolue à travers sa propre organisation. Désormais, il se gère autrement, sur des notions de pôles qui ne sont pas des pôles disciplinaires,

« LA TENDANCE A RENVOYER TRES VITE LE MALADE CHEZ LUI SE TRADUIT DANS LES PROGRAMMES. LE PLATEAU TECHNIQUE PREND LE PAS SUR L'HEBERGEMENT. »



mais articulés autour des organes avec un chirurgien, un médecin, mais aussi en terme d'économie. On a aussi voulu responsabiliser les médecins dans le domaine de la gestion. On est en train de fabriquer une entité économique. Mais l'architecture doit-elle le traduire ? Cette réflexion-là n'est pas menée.

**JB :** A l'étranger, que ce soit en Suisse ou en Belgique – nous avons actuellement une expérience à Bruxelles –, les déroulements sont différents. En Suisse, les études sont dissociées du chantier. On peut avoir un contrat pour les études, et après est organisée une votation qui décidera si le bâtiment sera construit ou pas, selon le budget. Donc l'architecte fait les études sans savoir si le projet va voir le jour. Il n'y a pas d'APS, APD, PRO, mais un système en deux phases : un APS super plus et un pro. Mais c'est lourd et lent... A l'Hôpital universitaire de Genève, il y a encore actuellement des chambres à sept lits ce qui est inimaginable en France qui est un des seuls pays à avoir 90 % de chambres à un lit. Dans ce nouveau projet,

le programme préconise encore des chambres à maximum quatre lits et beaucoup de chambres à deux lits, très peu de chambres à un lit. Ce ne sont pas du tout des chambres de luxe, mais les normes sont plus généreuses : chambre individuelle = 22 m<sup>2</sup> (en France, 18 m<sup>2</sup>), chambre double = 26 à 30 m<sup>2</sup> (en France, 24 m<sup>2</sup>), c'est plus confortable.

**LP :** Oui, mais il y a des cliniques de luxe ?

**DP :** C'est justement l'origine du problème. En France, le niveau de l'hospitalier public est très élevé car on a une économie privée assez basse.

**Louis Paillard :** Mais ça va changer car on va privatiser la santé de plus en plus, non ?

**JB :** On ne privatise pas, on mutualise. Les cliniques et les hôpitaux ne pourront plus vivre séparément. Ils vont maintenant être l'un à côté de l'autre pour partager les moyens.

**DP :** C'est lié à l'histoire territoriale française. On en est encore à concevoir un équipement hospitalier mixte au lieu de faire en sorte que l'économie ne travaille que sur l'outil et plus sur la propriété foncière. S'il y avait une vraie confiance en un acteur privé ou public qui créerait un outil avec deux usagers utilisant le système avec leurs prérogatives négociées, on y arriverait peut-être, mais c'est une question de montage économique. Le jour où on pourra faire évoluer le montage, le reste pourra alors évoluer. On est crispé sur des pesanteurs multiples.

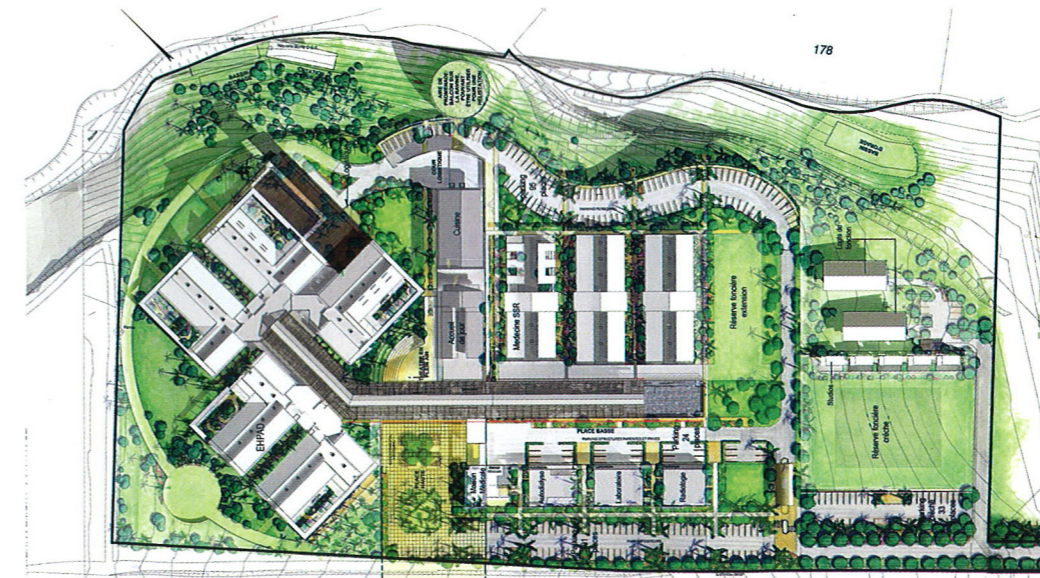
**JB :** La création d'une clinique est liée à une autorisation accordée par l'autorité de tutelle qui indique le nombre de lits autorisés au programme selon la proximité des autres établissements de santé publics ou privés dans ce secteur. Elle peut envisager également un regroupement public-privé pour une mutualisation des moyens. Les cliniques ont une rentabilité différente, les interventions ont lieu le matin et l'après-midi, alors que dans le public on n'opère que le matin. En raison du manque d'anesthésistes, la moitié du temps les blocs opératoires qui pourtant coûtent fort cher, ne sont pas utilisés.

**DP :** Un des gros déficits hospitaliers est lié au côté dispendieux des outils. L'idéal serait d'arriver à trouver l'équilibre entre la proximité et la technicité. Il faut prendre en compte l'évolution des techniques. La radiologie par exemple n'était que du diagnostic, elle est devenue de l'imagerie, et maintenant, de l'interventionnel. C'est presque aussi « chaud » qu'un bloc opératoire. Les appareils restent chers, mais ils se miniaturisent, on pourrait faire du diagnostic à l'extérieur avec l'aide de la télé-médecine. Néanmoins, ces outils exigent de hautes compétences. Or ceux qui les gèrent sont les mêmes qui font de l'interventionnel très pointu et qui doivent être à côté de la salle d'anesthésie, du réveil, du bloc. C'est ce qui est difficile et compliqué.

**JB :** La tendance à renvoyer très vite le malade chez lui se traduit dans les programmes. Le plateau technique prend le pas sur l'hébergement.



Centre hospitalier, Douai (59)  
 MAÎTRISE D'ŒUVRE : Brunet – Saunier Architecture  
 PROGRAMME : 500 lits, 11 salles d'opération, 10 salles de radio, 2 scanners, 1 IRM. 4 blocs d'obstétrique.  
 SURFACE : 64 900 m<sup>2</sup> SHON.  
 COÛT : 94 M € HT.



Hôpital de Capesterre - Belle Eau, Saint-Sauveur, Guadeloupe (97).  
 MAÎTRISE D'ŒUVRE : PHD architectes – Denis Phelouzat ; Pile et Face, architectes associés.  
 PROGRAMME : 211 lits soins de suite, rééducation et EHPAD (Alzheimer).  
 SURFACE : 13 500 m<sup>2</sup>.  
 COÛT : 40 M € HT.

«LA DONNEE PARADOXALE DE LA CHAMBRE EST LA SALLE DE BAIN QUI LA PLUPART DU TEMPS NE SERT A RIEN.»

Denis Phelouzat

**DP:** La durée moyenne de séjour est de cinq à six jours. Ce qui compte c'est le turn over. Mais le grand problème de l'hôpital est la répétitivité de la chambre, ce sur quoi travaillent les architectes de manière non explicite. La tendance générale à la chambre individuelle génère du linéaire de façade et une répétitivité obsessionnelle de la fenêtre.

**JB:** La chambre est un espace très normé : normes dimensionnelles et techniques et quelques réglementations récentes concernant l'hygiène et l'acoustique (avec un temps de réverbération donné à respecter). Désormais on ne peut plus avoir de chambre sans faux-plafond ou sans parement aux murs.

**PR:** On remarque que la chambre est de plus en plus appareillée. Elle est aux mains de grands industriels qui décident comment sera le lit, l'éclairage, etc.

**DP:** La donnée paradoxale de la chambre est la salle de bain, or la plupart du temps elle ne sert à rien. Quand on vient d'être opéré, on ne l'utilise pas ; de même en gériatrie lorsqu'il faut sortir du lit avec un treuil, on n'en a pas besoin non plus. En raison de la programmation, de la norme, de l'accessibilité, de la dignité, on continue à concevoir de grandes salles de bain qui relèvent en quelque sorte, de l'hôtellerie de luxe ultra-normée. En gériatrie, j'ai essayé d'en faire un poste de soins avancé, mais pour le moment, je ne suis pas encore arrivé à convaincre.



**PR:** Le mur épais n'est-il pas une réponse ? Dans un couloir, on voit toujours les accessoires qui débordent. Cette salle de bain est une entité dans une entité, ne pourrait-elle pas être dilatée sur une grande bande épaisse, se greffer sur le couloir ?

**DP:** On peut faire de la chambre individuelle avec un sanitaire partagé en poste de soins avancé. Il faut savoir où est la vraie exigence d'intimité, et ce qui relève des soins ou de la toilette. Tout ce travail est de l'ergonomie, matière à design.

**JFD:** L'hôpital est un des rares programmes où il y a à la fois des lieux de recherche, d'enseignement, de pratiques, et qui superpose tous ces éléments, donc ce qui circule dans les hôpitaux, est avant tout des idées.

**DP:** Cette superposition fonctionne bien, il y a une production de qualité, mais il reste beaucoup à faire.



Louis Paillard



**JB:** il faut aller trouver les niches de dépenses inutiles, il s'agit là encore de stratégie. Dans la chambre, s'il y a une fenêtre bien dimensionnée, bien protégée et une vue panoramique, l'essentiel est atteint, le reste est tellement normé que la marge de manœuvre reste faible.

**LP:** Justement, on a peu de latitude mais moi je crois aux proportions. On fabrique un espace dans lequel on va évoluer.

**DP:** La question est de savoir quel est le scénario.

**LP:** Le scénario, c'est l'architecte qui le raconte quand il a gagné le concours.

**DP:** Non, le scénario est écrit par d'autres.

**PR:** Oui, mais ils n'interviennent pas sur le qualitatif de la membrane qui constitue la circulation.

**DP:** C'est l'habillage d'un scénario déjà écrit.

**Jérôme Brunet :** L'hôpital est anxiogène, lieu de stress donc il faut des repères, des lieux lumineux, des accueils.

**JFD:** Justement, à Nancy, dans le centre de rééducation conçu par Jérôme Brunet (1), les infirmières se trouvent dans des bureaux d'angle vitrés, comment ça se passe ?

travail dans le hall d'entrée, un bel espace sur deux niveaux comme une grande galerie. J'y suis parvenu en amorçant personnellement la pompe, le directeur s'est ensuite pris au jeu, puis la ville de Douai et différents musées aussi. Mais c'est vraiment difficile, car ce n'est pas du tout dans notre culture que l'architecte puisse s'occuper de stratégie, de design, d'interventions artistiques.

**LP:** J'ai envie de fabriquer des ambiances différentes, surprenantes dans cet hôpital. Je veux qu'on soit ailleurs, qu'on ne se sente pas dans un hôpital.

**DP:** On voit dans les nouveaux hôtels à Milan ou à Madrid que les endroits surdesignés sont amusants à vivre. L'hôpital qui est un lieu de passage pourrait être surqualifié. Des prétextes de mises en scène pourraient être imaginés. Ainsi, on aurait vécu comme un voyage, une aventure dans un autre lieu. C'est peut-être le meilleur accompagnement thérapeutique que de faire de la mise en scène pour distraire, rire et partager.

**LP:** C'est ce qui se passait autrefois. Il y avait au XIX<sup>e</sup> des grandes commandes de peintures dans les hôpitaux, comme dans les gares, et tout cela a disparu.

**DP:** L'endroit où l'on peut encore intervenir est dans les appels d'offres. Je me souviens avoir mis dans un appel d'offres de MOP classique, une ligne qui s'appelait « financement du coloriste : 200 000 F ». Et ça a marché.

**LP:** Oui maintenant on fait ça avec le graphiste, la signalétique, les stickers.

**DP:** Certes, mais c'est un peu du travail de résistance, parallèle. On aimerait bien que la pensée évolue, car on est toujours dans un discours de compensation et c'est regrettable.

**PR:** On a parlé de la ville, la socialisation des lieux et on en arrive à la couleur. Ce sont deux dimensions très différentes qui ne sont pas de culture française mais italienne, espagnole ou scandinave. Cela ramène à la question de l'enseignement de l'architecture : il y a d'un côté les écoles du type Boule et Camondo et de l'autre les écoles d'architecture. Pourtant cette culture collégiale du rapport à la matérialité construite n'est toujours pas conjuguée. Nous sommes un peu responsables de ça.

**LP:** En tant qu'enseignant, je remarque que les étudiants s'intéressent sans hiérarchie aussi bien à l'urbanisme qu'au design. Ces territoires se sont beaucoup rapprochés.

**PR:** Il s'agit de la notion de domesticité d'un lieu puisqu'on parle d'hébergement.

**LP:** Disons-le, il s'agit peut-être aussi de vouloir faire du beau.

**PR:** A l'hôpital Saint Joseph-Saint Luc à Lyon (2), nous avons fait un travail qui s'apparente à l'acupuncture : Nous sommes intervenus sur les circulations, les attentes, l'accueil, mais pas sur



Centre hospitalier Gabriel Martin, Saint-Paul, La Réunion (97)  
**MAÎTRISE D'ŒUVRE :** PHD architectes – Denis Phelouzat.  
**PROGRAMME :** extension restructuration - urgences, imagerie, bloc opératoire, bloc obstétrical, service néonatalogie, pôle mère-enfant.  
**SURFACE :** 36 000 m<sup>2</sup>  
**COÛT :** 65 M € HT.



Hôpital Robert Debré, Paris 75019.  
**MAÎTRISE D'ŒUVRE :** Louis Paillard architecture  
**PROGRAMME :** accueil, recherche, maison post-natale, maison des parents, unité d'hospitalisation de semaine, bureaux, auditorium...  
**SURFACE :** 14 900 m<sup>2</sup> SHON  
**LIVRAISON :** fin 2011.





Patrick Rubin

les chambres. Sur 50 000 m<sup>2</sup>, il y a 17 points d'intervention qui représentent 2 000 m<sup>2</sup>. Nous avons aussi travaillé sur la cantine au sous-sol : on a constaté que maintenant le personnel s'y rend sans blouse. On pourrait considérer que c'est normal, en fait c'est un signe de bien-être. Car dans le cadre du « pas compté », ces personnes perdent 2 à 3 minutes pour passer par le vestiaire. Pour moi, c'est vraiment la définition du design. Ce n'est pas une question de couleur ou de forme, mais de la gestuelle, du vécu et de l'usage.

**DP :** Le secteur privé veut travailler son image. Mais quand on veut financer ça dans le public, c'est impossible car les lieux où il n'y a pas de plus-value médicale ou logistique, ne figurent pas dans le programme. C'est du m<sup>2</sup> qui n'apparaît pas ou qui est appauvri dans les abaques. Les architectes ont un travail énorme à faire sur la technique, les matériaux et les normes. Il nous faut regarder de très près les parcours de fluides médicaux, car on dépense des fortunes. Il y a une manière de faire qui permet de déplacer l'argent. Je connais beaucoup de gisements d'économies de cet ordre. Je m'y suis intéressé car je savais que j'allais y trouver « l'économie du reste ». Cela fait partie de nos responsabilités.

**JB :** Le design est un terme qui peut paraître suspect surtout à l'hôpital où il est entendu comme superflu. Il faut plutôt parler de l'ergonomie du lieu, de l'usage. Il y a un travail à faire sur la lumière artificielle très important. Généralement, les hôpitaux sont

« sur-luxés » par les BET. Le malade allongé sur une civière est sans cesse ébloui. Les bureaux d'études répondent à des normes et à un programme. Il est nécessaire de leur associer un éclairagiste pour créer des ambiances.

**PR :** On peut le glisser le dans le descriptif. Je l'ai fait pour le musée d'art moderne à Paris où George Berne a été payé par les entreprises.

**DP :** Il y a un gisement ahurissant sur la manière dont on produit, sur notre accompagnement technique, en termes qualitatifs mais aussi d'enjeux de développement durable. Les clefs architecturales, nous les manipulons assez bien. Par exemple, la problématique de la fenêtre, c'est le champ de l'architecte – presque un champ de solitude – il y a peu d'interférences, il va pouvoir innover. Mais les générateurs de médiocrité sont là où il y a des convergences de compétences, de normes, etc., qui ne sont jamais revisités. Pourtant, ils sont générateurs d'économies, de qualité, de durabilité, et il faut qu'on s'en mêle. Mais comment faire évoluer l'éthique, l'exigence, l'inventivité de nos associés obligés, les ingénieurs ?

**LP :** Mon obsession dans l'hôpital, ce sont les faux plafonds, Quand on est dans un grand couloir, ce qu'on voit c'est surtout ce quadrillage affreux avec des spots. Comment sortir de ça ?

**DP :** Ce « faux » plafond est bourré de réseaux qu'il faut maintenir. Or si on travaillait sur une stratégie d'irrigation et sur les réseaux, on pourrait se passer du « faux ».



**Patrick Rubin :** Le cheminement des fluides est un vrai sujet.

**DP :** Il y a une succession de spécialistes qui interviennent, mais les interventions se sédimentent au lieu de converger, il ne nous reste qu'un petit champ exploratoire.

**LP :** Quand je fais un projet, je vise des cibles, je ne peux pas faire évoluer le sujet.

**DP :** Le sujet essentiel est le personnel soignant. L'hôpital est un outil destiné au personnel, le malade est là avec sa dignité, mais il est l'objet du soin. Le sujet essentiel est l'acte. Il faut revenir à l'acte et l'outil, c'est une stratégie pour revisiter le sujet. On a tous des tactiques de pénétration de la commande, mais pourquoi sont-elles si parcellisées ? Pour les blocs opératoires par exemple, on sait qu'on peut faire des blocs sans cloisons, de l'open space. Les anesthésistes, en sous-effectif, peuvent ainsi passer facilement d'un patient à l'autre. C'est

« CE N'EST PAS UNE QUESTION DE COULEUR OU DE FORME, MAIS DE GESTUELLE, DE VÉCU ET D'USAGE »

de la technique de flux laminaires. Il faut que les ingénieurs nous aident et que ce soit dans le scénario. En France on sur-formule par le bâti.

**Jérôme Brunet :** A Berne, pour un bâtiment hospitalier il y a eu un concours surprenant qui portait uniquement sur le concept et le gros œuvre. Partant du principe que la durée de vie du gros œuvre est bien supérieure à celle du second œuvre et de l'équipement, il y a eu ainsi trois concours successifs. Pour le gros-œuvre, l'architecte qui a proposé la structure la plus flexible l'a emporté.

**PR :** Cela signifie qu'à terme, dans le logement, le bureau et l'hôpital, nous allons travailler sur les mêmes trames. Les bâtiments seront réversibles.

**JB :** Donc durables et recyclables.

**PR :** Ce qui implique qu'il faut qu'il y ait une stratégie du second-œuvre qui vienne se glisser dans la structure sans la toucher.

**DP :** L'hôpital comporte trois strates essentielles : une cohérence industrielle, une strate de flux médical et une strate de « vitrine », de scénographie où se produisent des interférences. Ce serait bien si on arrivait à débattre avec les commanditaires sur ces enjeux de scénarisation-programmation. Il faudrait faire des colloques de programmation, responsabiliser les acteurs. La vague de concours issue de la politique Hôpitaux 2007 initiée par la MAINH – mission



nationale d'appui à l'investissement hospitalier – se poursuit avec le lancement du programme Hôpitaux 2012. L'Etat a décidé d'affecter des enveloppes spéciales pour pouvoir faire de la rénovation, de la reconstruction. Maintenant il faut se demander ce qu'on va faire pour 2012. Il y a des moyens financiers supplémentaires. De nombreuses rénovations vont être engagées, et toute la politique en gérontologie va être revue. Dans quelle mesure pouvons-nous influencer cette vague ?

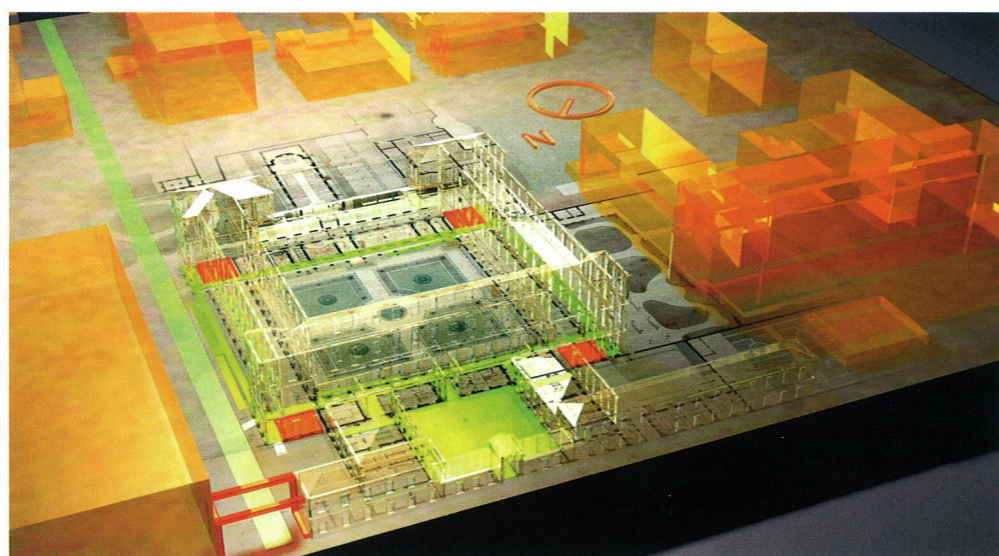
Table ronde réalisée par Catherine Séron-Pierre

1. voir *amc* n°168 - mars 2007.  
2. voir *amc* n°127 - septembre 2002.

**LES OBJECTIFS DE 2012**

Les grandes orientations de ce Plan Hôpital visent la recomposition de l'offre de soins par territoire, l'optimisation du fonctionnement des urgences, la réorganisation interne de l'hôpital pour un management et une gestion plus efficaces, l'amélioration des performances de la recherche. Claude Evin, président de la FHF – fédération hospitalière de France – précise : « Concrètement cela signifie que les hôpitaux d'un même territoire vont devoir arrêter ensemble des stratégies médicales communes pour mieux répondre aux besoins de la population. Pour les usagers, la communauté hospitalière de territoire doit représenter une meilleure adéquation de l'offre hospitalière par rapport aux besoins dans un bassin de santé. Ainsi, des établissements pourront plus facilement développer certains services de proximité, comme la prise en charge des personnes âgées, les soins de suite et de réadaptation, tout en mutualisant certains plateaux techniques, comme les blocs de chirurgie. »

Carré Necker, hôpital des Enfants Malades, Paris 75007.  
**MÂTRISE D'ŒUVRE :** Atelier d'architecture Canal Patrick Rubin.  
**PROGRAMME :** aménagement du centre névralgique de l'hôpital.  
**SURFACE :** 10 000 m<sup>2</sup>  
**SHON.**  
**BUDGET :** 13 M€HT.



Centre hospitalier Saint-Joseph & Saint-Luc, 69 007 Lyon.  
**MÂTRISE D'ŒUVRE :** aménagement intérieur : Atelier Canal - Patrick Rubin.  
**SURFACES :** hôpital 50 000 m<sup>2</sup>; interventions de Canal : 2 150 m<sup>2</sup>  
**coût :** 1 million € HT.