



ASSAR ARCHITECTS

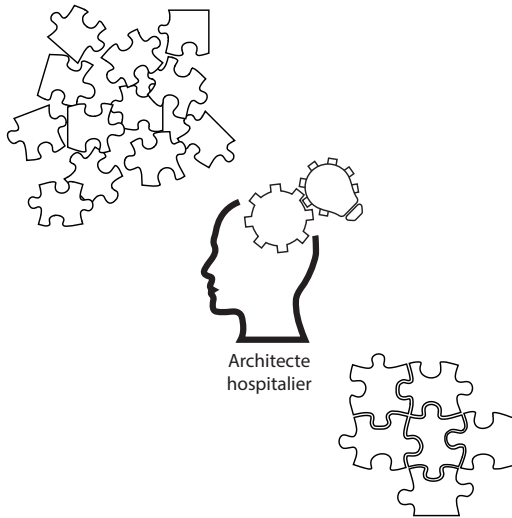
L'architecte hospitalier — Moteur d'un design participatif

Un hôpital est le résultat de la conjugaison de plusieurs éléments qui, agencés ensemble, créent une institution de soins de santé. Ce faisant, c'est un terme polysémique qui implique autant des visions sociales, culturelles, médicales, techniques ou constructives, aboutissant à une forme architecturale. Sa représentation va évoluer au long de l'histoire en même temps que les connaissances pathogènes, médicales et techniques pour converger vers la « *machine à guérir* » que nous connaissons actuellement.

Celle-ci est le résultat du duo actif médecin/architecte qui est la base de chaque projet hospitalier, le premier voulant faire appliquer des théories dont il n'a que peu conscience d'une obsolescence proche et le second interprétant et conjuguant modestement les multiples données qui lui sont renseignées pour engendrer un établissement de soins médicaux. A chaque innovation ou percée dans les connaissances, une typologie nouvelle voit le jour, résultat de la conjonction d'esprits répondant à la fois aux attentes sociétales, médicales, constructives de son époque. L'hôpital est une forme architecturale en perpétuelle mutation qui mêle autant connaissances scientifiques, sociales ou encore architecturales jamais complètement acquises.

L'architecte en soins de santé est sans doute une exception. Celui qui se penche sur cette typologie ne pourra qu'au travers de sa propre expérience acquérir la somme des connaissances suffisantes pour pouvoir l'aborder humblement. Malgré tout, au fur et à mesure de l'avancée de son sacerdoce, il conquiert une certaine assurance qui a tendance à rassurer les maîtres d'œuvre lui permettant de jouir d'une certaine autonomie professionnelle toute relative. Son expérience lui permet de s'assurer une compréhension efficace des besoins et attentes du pouvoir adjudicateur. En effet, il devra, tout au long du projet, jongler avec le contrôle des budgets du client, les exigences techniques des différents bureaux d'études, les contraintes médicales, des avancées technologiques, la vision esthétique souhaitée, les impositions normatives, ... mais également avec tous les intervenants qu'ils soient utilisateurs, administrateurs, pouvoirs publics, corps médical, ...

En résumé, l'architecte en soins de santé doit faire prendre vie à un concept complexe dont le champ est beaucoup plus large que dans un programme traditionnel, son expérience prend alors tout son sens. Il sera dès lors à même de synthétiser l'entièreté des données et apporter une réponse qualitative aux attentes émises.



L'architecte « *hospitalier* » est à l'écoute des attentes du maître d'ouvrage qui lui accorde une plus grande confiance que dans d'autres secteurs. Leur relation est basée sur un concept de respect mutuel des compétences de chacun, l'architecte n'ayant pas vocation à prendre position sur la stratégie médicale définie par la maîtrise d'œuvre. Il n'en sera que l'humble traducteur. Cette posture a tendance à favoriser les relations humaines et le

dialogue entre les parties créant ainsi une relation forte, un cercle vertueux entre acteurs de la construction, facteur essentiel à la réussite du projet.

INTERET>COMMUNICATION>PROPOSITION EFFICIENTE>LIBERTE D'ACTION

Chaque projet hospitalier actuel répond à toutes les exigences techniques émises par le corps médical et est susceptible d'évoluer en fonction des avancées technologiques ou médicales à plus ou moins long terme. Mais tiennent-ils compte réellement des utilisateurs, de l'humain qui va vivre une expérience de vie dans l'établissement? Qu'il soit visiteur, patient, personnel soignant, administratif ou autre? Ne serait-il pas le moment de les impliquer de manière active, participative au futur de leur établissement? Le rôle de l'architecte ne doit-il pas évoluer? Ne devrait-il pas devenir, grâce à son expérience, un modérateur et l'instigateur d'une conception et un design participatif pour le futur des établissements de soins de santé?

Dans un processus usuel, la maîtrise d'œuvre et les professionnels travaillent de concert pour faire évoluer un projet et aboutir à un résultat satisfaisant pour toutes les parties. Dans un processus dit de « *co-design* » ou de « *co-conception* », le cercle des intervenants est élargi à tout utilisateur qui est susceptible d'avoir un impact sur le projet (riverain, visiteur, patient, personnel soignant, administratif, de support, et autre), d'en devenir acteur, de transmettre leur expérience et être force de propositions. Leur participation active entraîne une appropriation du projet et sert de moteur à l'évolution des mentalités. Cette implication dans un processus de conception crée un lien social fort et aboutit à un résultat efficient que cela soit en termes de conception des espaces, et de leur utilisation.





La vision de l'architecte comme interprète et réconciliateur des aspirations exprimées qui doit réviser complètement ses idées au contact des utilisateurs et de la réalité, s'inscrit pleinement dans cette démarche. Cette approche trouve ses origines dans la Grèce Antique, où les citoyens étaient consultés lors de la construction de nouvelles réalisations dans la cité afin qu'ils puissent formuler leurs remarques pertinentes. Durant le Moyen Age, Alberti préconise aux architectes de travailler avec les citoyens, de les écouter et de profiter de leurs expériences. Durant le siècle des Lumières, Viollet-le-Duc participe au partage du savoir architectural, sensibilisant et formant les citoyens à l'architecture. A partir du ^{xx}e siècle, les architectes sont amenés de plus en plus à collaborer avec les usagers, qui peuvent de plus en plus participer à l'élaboration de leur projet.

Au fil des siècles, l'architecture s'est vulgarisée, aboutissant à un dialogue restreint entre les usagers et les professionnels du bâtiment. Le nouvel enjeu est de donner la possibilité aux utilisateurs de devenir acteurs de la conception, sans se limiter à leur faire valider, en fin de processus créatif, le projet conçu.

L'architecte se retrouve à chercher le juste équilibre entre son expertise formatrice découlant de son métier et son expérience professionnelle dans les soins de santé. Toutes ses connaissances lui permettent d'avoir les mêmes référents que les usagers avec lesquels il dialogue pour parvenir à distiller l'essence de la volonté de chacun.

Chacun d'eux est maître de son propre savoir dont l'architecte doit se faire le stimulateur. Son rôle est de réunir et de concrétiser la vision abstraite des pouvoirs décisionnaires avec la vision concrète des utilisateurs de terrain de manière à créer une bulle collaborative efficace pour donner naissance à un projet efficient.

Cette volonté collaborative et participative se définit comme le niveau 6 de l'échelle d'Arnstein¹, qui correspond à la participation active du citoyen et dans le cas présent de l'usager qu'il soit visiteur, patient, personnel soignant ou autre. Le concept mis en place dans ce processus d'élaboration repose sur le postulat que chacun est créatif. Il faut concrétiser les choix de chacun et les valoriser en concevant avec et plus seulement pour les utilisateurs. Il est nécessaire pour que l'architecte parvienne à anticiper les futurs besoins des utilisateurs et conçoive un bâtiment adapté. Ceci n'est possible qu'à leur contact.

8	Contrôle	Pouvoir effectif
7	Délégation de pouvoir	
6	Participation	
5	Implication	Coopération symbolique
4	Consultation	
3	Information	
2	Thérapie	Non participation
1	Manipulation	

Echelle d'Arnstein: participation citoyenne

Ce concept qui apparaît novateur, fait partie de notre ADN d'architectes évoluant dans le secteur des soins de santé. Il nous permet de s'assurer une compréhension et une appréhension complète et efficace des attentes et des besoins des usagers ainsi que leur implication directe dans le processus de conception.

Bibliographie :

Claude Laroche, « *Quelques réflexions sur l'architecture hospitalière* », In Situ [En ligne], 31 | 2017

Duk-Su Kim, Mardelle McCuskey Shepley, « *Healthcare design complexity, specialized knowledge, and healthcare architects' professional autonomy* », Journal of Architecture and Planning Research, 28 : 3 Automne, 2011

Anne-Sophie Prévost, « *Le rôle de l'architecte évolue, entre technique et méthodes participatives* », Panorama Design [En ligne], Aout 2016 .

¹ Echelle d'Arnstein : Typologie utilisée pour définir l'intensité de la délégation de pouvoirs aux citoyens par le pouvoir décisionnaire. Celle-ci comporte 8 niveaux répartis en 3 catégories. Elle a été établie en 1969 par Sherry Arnstein pionnière dans l'évaluation de la participation politique citoyenne. Cette classification a été largement reprise et adaptée pour être appliquée dans de nombreux domaines.