



# Appel à la désobéissance des architectes pour un hôpital du futur centré sur le bien-être

**Josiane Tantchou**, anthropologue, CNRS

Pourquoi les hôpitaux sont-ils ce qu'ils sont ? Churchill<sup>1</sup> disait : « *There is no doubt whatever about the influence of architecture and structure upon human character and action. We shape our building and afterwards our building shape us* ». Les architectes ont-ils conscience du pouvoir des bâtiments ? Savent-ils qu'au travers d'un plan c'est un système de relations sociales et professionnelles qu'ils fixent ? Savent-ils que les plans déterminent le bien-être des usagers ? Oui ! Mais alors, pourquoi les hôpitaux sont-ils ce qu'ils sont ? Des formes de junkspace (2),

avec quelques fois des services subdivisés, segmentés, écartelés. Ils n'inspirent de moins en moins la loyauté et de confiance à ceux qui le font fonctionner, restaurent autant qu'ils drainent. Pour répondre à ces questions, nous sommes allés à la rencontre d'architectes. Il y aurait beaucoup à dire, mais trois contraintes majeures les empêcheraient de déployer leur savoir de manière à arriver à construire autrement les hôpitaux, de jouer leur rôle de contradicteur, créatif par rapport à la norme dominante de la prise en charge des organes.

1 - En 1924, puis en 1943. Brand, S. (1994). *How buildings learn. What happens after they're are built*. London : Penguin Books.

La première contrainte ressortit à la distinction entre le secteur privé et le secteur public. Ce dernier contraint par les enjeux budgétaires, les routines administratives et bureaucratiques, etc. Le premier serait ouvert aux innovations et aux discours de l'architecte : *« Je suis très gêné par les deux systèmes, me confie un architecte... Dans le public, je reçois un programme qui répète ce qu'on fait depuis dix ans, qui me dit, faites comme d'habitude, et surtout respectez le programme sinon il n'y a pas équité entre les concurrents. Je peux identifier des failles ou des limites au programme et désirer le signaler. Si je demande, on peut discuter ? Non, vous êtes en marché public vous ne discutez pas, vous faites ce qu'on vous dit. Là, je fais mon boulot d'architecte, sur la partie objective du bien-être, fleurs, couleurs, signalétique bien faite, lumière naturelle, acoustique... tout ce que permet le budget, tout ce qu'on sait faire en tant qu'architecte. Par contre, quand je suis en privé, je suis dans une démarche plus intéressante... on me dit M. il faut qu'on atteigne tel objectif, pour arriver à tel nombre de patients, comment on fait ? À ce moment-là, je mets en face de moi, l'équipe soignante, technique, l'équipe qui gère le patrimoine immobilier et ensemble on réfléchit quels sont les scénarios les plus acceptables »*. Là, l'innovation est possible. Ce n'est pas le cas dans le secteur public.

D'où la deuxième contrainte : la réglementation et les modes d'attribution des marchés publics : les hôpitaux ne peuvent demander aux architectes d'intervenir, s'ils n'ont pas fait un travail sur leurs besoins en faisant intervenir un programmiste. Premier maillon du projet, le programmiste donne au bâtiment sa tonalité, sa trame de fond, centrée sur le patient ou le bien-être. *« Si les savoirs du programmiste ne sont pas à jour, s'il est en retard de 20 ans, ne sait pas se prolonger dans le futur, le bâtiment sera dépassé avant d'avoir été achevé »*.

Troisième contrainte : la fragmentation du processus de construction des hôpitaux qui fait que ni le programmiste, ni l'architecte ne suivent véritablement un chantier debout en bout. Encore plus dans les pays étrangers (Maroc) où, un étranger ne peut *« acter et prendre des responsabilités certifiées »*, confiera une architecte. *« Les (architectes) étrangers doivent s'associer aux architectes marocains qui signeront et assumeront les responsabilités. Les architectes étrangers seront mandatés en tant qu'experts sur la phase de programmation pour faire le programme, ou alors pour l'avant-projet sommaire. Après, ils n'assureront plus le suivi. Or, il peut y avoir d'importantes modifications par rapport à ce qu'ils ont prévu, ils n'en apprécieront ni l'ampleur ni les conséquences sur la fonctionnalité d'ensemble du bâtiment. Ils peuvent mandater un professionnel de leur agence pour réaliser le suivi du chantier sur place. Mais cela coûte. Or, les administrations dans les pays du Sud ont des délais de recouvrement importants. Donc il faut avoir des « reins solides » et vouloir vraiment réaliser ce suivi »*. Idem pour le programmiste, qui sera exclu du processus une fois qu'il aura finalisé son programme. Cette fragmentation empêche l'architecte ou le programmiste d'avoir un retour d'expérience, de mettre le doigt sur les erreurs et les innovations

possibles au-delà de leur champ expertise. Idem pour le programmiste, qui sera exclu du processus une fois qu'il aura finalisé son programme. Cette fragmentation empêche l'architecte ou le programmiste d'avoir un retour d'expérience, de mettre le doigt sur les erreurs et les innovations possibles au-delà de leur champ expertise.

Je pourrais aborder la question des budgets, du coût du m<sup>2</sup> qui limite les possibilités d'innovation chez le programmiste. Quel que soit son engagement, son désir d'innover, le budget et le coût du m<sup>2</sup> détermineront le chantier futur commentera un programmiste : *« vous avez tant de m<sup>2</sup> à faire pour tel prix dans tels délais, grosso modo un programme c'est ça, tout ce qui est image bien-être on dit deux trois phrases bateau, c'est l'architecte, on verra bien ce qu'il est capable de faire »*.

Je pourrais soulever la question de l'implication des usagers. En pratique les personnels soignants sont consultés, mais non les usagers. Leurs besoins sont cernés indirectement, souvent à travers les soignants. Quelques architectes ont fait mention d'un turning point quand ils se sont retrouvés dans un lit d'hôpital.

*Si je demande,  
on peut discuter ?  
Non, vous êtes  
en marché public  
vous ne discutez  
pas, vous faites  
ce qu'on vous dit.*

Ce qui précède laisse penser que l'architecte n'a aucune marge de manœuvre. Pourtant, il peut innover dans un cadre restreint, en lisant entre les lignes d'un programme pour saisir les possibilités d'innovation. Il saura alors jusqu'à quel point il peut y déroger sans prendre le risque d'être écarté du concours. Mais il peut aussi prendre le risque de déroger au programme qu'on lui propose en se justifiant. Dans ce cas, la flexibilité et l'adaptabilité des maîtres d'ouvrage sont essentielles.

Il faudrait comprendre leurs représentations de l'hôpital et les challenger afin d'impulser un bouleversement : *« ils ne sont pas au courant des avancées dans le domaine de l'architecture hospitalière, évoquent à la moindre innovation le coût du bâtiment... Il faudrait qu'ils visitent de temps en temps d'autres pays, d'autres contextes pour voir ce qui se fait ailleurs, prendre les bonnes pratiques et les ramener chez eux. »*

Là encore, on pourrait avoir l'impression que finalement l'absence d'invention n'est pas la faute des architectes. Mais les hôpitaux ne peuvent pas se construire sans architectes. Ils ont le pouvoir d'impulser un changement s'ils le souhaitent. La conjoncture s'y prête. La volonté de faire peut-être plus forte que les ressources contraintes. Appel donc à la désobéissance des architectes et à l'implication des usagers qui ont la « vérité » pour l'hôpital de demain.