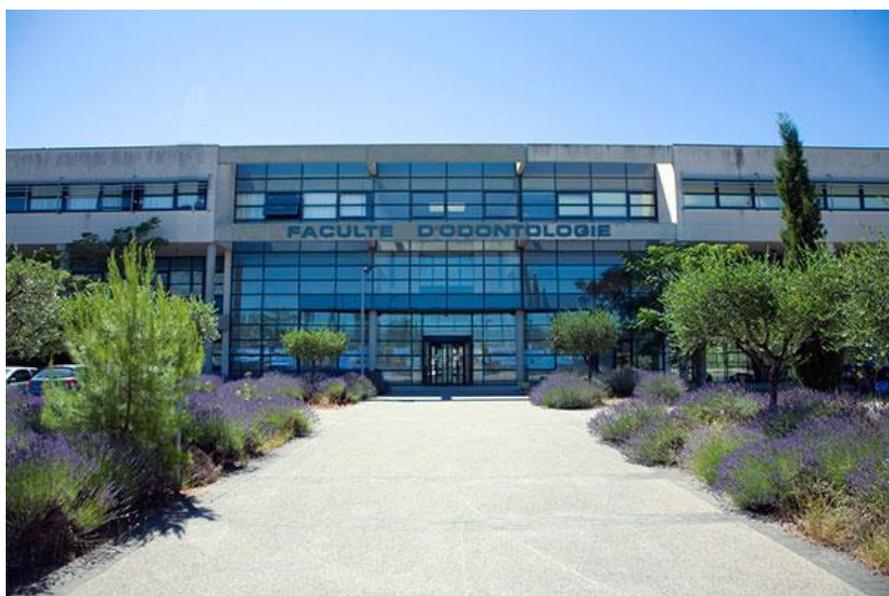


SANTÉ ET ARCHITECTURE « HOSPITALIÈRE »

**Amphithéâtre-Faculté d'Odontologie
Montpellier**

Vendredi 20 mai 2022



«Mettre la santé dans toutes les politiques publiques» (Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - déclaration d'Adelaïde de 2010)

Comment? De nos jours, l'architecture et la santé doivent se retrouver pour contribuer à faire des établissements de santé, quelle que soit leur forme : hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, maison de retraite... des « environnements de vie hospitaliers » générateurs de santé et de bien-être pour tous, que l'on soit patients, professionnels, familles ou habitants.

La création, la rénovation ou la restructuration d'un établissement de santé doit prendre en considération cette nouvelle approche.

L'urbanisme, l'architecture, l'architecture «Hospitalière» se doivent dans cette optique d'intégrer le concept de « favorable à la santé » indissociable de celui de santé globale « One Health ». En effet si le soin participe pour 15 à 20% à l'état de santé d'une population, les environnements de vie (EDV) contribuent eux pour 80 à 85% à l'état de santé de cette même population. Ils sont liés à nos habitus individuels et collectifs mais aussi à tous nos environnements de vie : sensoriels, sociaux, géographiques, culturels, urbains, architecturaux...

Qu'ils soient anciens ou contemporains, les établissements « hospitaliers » sont un puissant marqueur du paysage urbain et de son patrimoine. Ils ne peuvent plus exister de nos jours sans prendre en compte le regard des professionnels de santé, de l'architecture, des utilisateurs, des usagers et des habitants.

De nos jours, l'architecture et la santé doivent se retrouver pour contribuer ensemble à rendre tous les environnements de vie « hospitaliers » générateurs de santé et de bien-être pour tous. Plusieurs « Comment » se posent

- Comment créer des liens entre les différents acteurs des structures hospitalières, des villes, des territoires ?
- Comment générer qualité de vie, bien-être, développement durable, ville de carbone, mobilités entre structures hospitalières, villes, territoires ?
- Comment intégrer les concepts de santé, d'environnements de vie favorables, de modularité, d'adaptabilité, de co-construction? Quelle coopération avec les écoles d'architecture et le monde de la santé?

C'est par la mise en commun de connaissances qu'il sera possible de créer et d'adapter au mieux, les environnements de vie « hospitaliers » dans le respect des besoins de chacun. Ce congrès tentera d'apporter réponses et solutions à ces « comment »

SOMMAIRE

09h00-09h30: Ouverture : Catherine Cecchi-Présidente de SRSP Occitanie, Thierry Verdier-Directeur Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Montpellier (ENSAM), représenté par Isabelle Avon, Directrice Communication Ensam, Gérard Huet-Président de l'Union des Architectes Francophones en Santé (UAFS), Philippe Augé- Président Université Montpellier, Jean Valcarcel - Doyen Faculté Odontologie, Michaël Delafosse, Maire Montpellier-Président Montpellier Métropole représenté par Charles Sultan, adjoint Santé

Structures hospitalières, villes, territoires : créer des liens par des regards croisés. Modérateur : Olivier Coste SRSP Occitanie

- Le regard d'un représentant des professionnels de santé :
Jean Valcarcel- Professeur Université Montpellier- Doyen Faculté Odontologie
- Le regard d'un représentant des professionnels de l'architecture hospitalière - Gérard Huet - président UAFS
- Le regard d'un représentant des habitants, des patients :
Nicolas Plantrou, Président Fondation Fil Seine
- Un exemple de collaboration entre une école d'architecture et le monde de la santé, un exemple, L'hôpital de Narbonne et l'ENSAM –
Pierre Soto - Axelle Bourdeau – Enseignants Santé et Architecture - ENSAM

Les constructions hospitalières : De la construction à la réalisation : Quels acteurs? : Modérateur : Michel Nogues SRSP Occitanie

- Une méthodologie originale entre professionnels de la santé et de l'architecture: Catherine Cecchi – Enseignante Santé et Architecture - ENSAM
- Comment intégrer les concepts de santé-qualité de vie-bien être dans les Ecoles d'architecture : Groupe de travail UAFS
Agathe Tournier-Démesure- architecte, membre UAFS, Gérard Huet - Président UAFS
- Le décideur Santé face aux défis de la construction « hospitalière »
Jean Bernard Dubois - Professeur Université Montpellier - Président Ligue Contre le Cancer - Hérault
- L'architecte face aux défis de la construction « hospitalière » Michel Beauvais - Architecte MBA, membre UAFS

12h45 -13h30 : Discussion Modérateur : Pierre Soto ENSAM

13h30 : Clôture du congrès

Santé et architecture : Mettre en scène la santé dans l'architecture

Mme Catherine CECCHI, Présidente SRSP Occitanie, Ce colloque annuel de la Société Régionale de Santé Publique Occitanie organisé en partenariat avec l'ENSAM, se tient sous cette double configuration présentiel et distanciel.

C'est la conséquence positive de ce que nous avons vécu avec l'épidémie de Covid. Elle nous a tous obligé à changer et en particulier, à changer nos modes de fonctionnement pour transmettre nos connaissances et nos savoirs. Le distanciel est rentré dans nos vie professionnelles mais heureusement le présentiel continue à exister et en particulier pour les intervenants qui sont tous là.

Pour ceux qui ne connaissent pas la SRSP Occitanie, elle existe depuis 1992 et dès 2010 en partenariat avec la SFSP et le réseau des villes santé OMS, elle s'est penchée sur cette relation entre santé, architecture et urbanisme en organisant au Sénat un colloque sur « Villes, santé et qualité de vie ».

En 2013, la SRSP avec la SFSP a récidivé en organisant au Ministère de la Santé un congrès sur le thème « Environnements de vie, transport, mobilité, déplacements et aménagement de l'espace ».

C'était les premiers flirts de la SRSP avec l'architecture et l'urbanisme. Ensuite, les EDV favorables à la santé ont été le cœur de plusieurs colloques de la SRSP comme

« Santé, architecture et environnements de vie : Urbain et santé connectés », « Environnements de vie urbains et santé : un défi à réussir ! »,

Puis tout naturellement la SRSP en partenariat avec la SFSE s'est tournée vers l'ENSAM pour organiser un de ses colloques où Santé et Architecture se sont retrouvées. Santé-qualité de vie-bien être ont alors été intégrés au cursus d'enseignement dans la formation des étudiants en architecture à Montpellier.

Ce colloque, il existe aujourd'hui grâce au soutien de l'Université de Montpellier et de son président Philippe Augé, de Jean Valcarcel Doyen de la Faculté d'odontologie qui nous accueille dans ses locaux et a mis à notre disposition des moyens techniques, logistiques importants mais aussi et surtout humains avec l'implication de tout le staff de direction de la Faculté.

Je remercie Thierry Verdier, Directeur de l'ENSAM pour son soutien et représenté aujourd'hui par Isabelle Avon Directrice de la Communication.

L'ENSAM a permis depuis 2017 à la santé et à l'architecture de se rencontrer et de faire maintenant chemin commun dans l'enseignement auprès des étudiants en formation initiale.

Je remercie l'UAFS son président Gérard Huet et son vice-président David Entibi, pour avoir initié les premières journées de l'Architecture en Santé à Menton en 2019 et nous avoir conforté dans l'idée qu'il était nécessaire de

faire travailler ensemble le monde de la santé et celui de l'architecture mais pas que....

Je remercie aussi le CHU de Montpellier, son directeur Thomas Le Ludec le DIM et son chef de service le Pr Nicolas Nangou ainsi que Michaël Delafosse, Maire de Montpellier et président de Montpellier Méditerranée Métropole pour l'aide et le soutien apportés à la SRSP Occitanie.

Je remercie du fond du cœur les membres du CA, Hélène Sancho-Garnier, Marie Christine Picot, Jean Valcarcel, Michel Noguès, Olivier Coste Jean Louis Balmes et Sophy Maurin qui son l'âme et le cœur de la SRSP Occitanie.

Merci aux intervenants d'être parmi nous en présentiel pour transmettre leurs savoirs, leurs expériences et leurs compétences.

Merci à vous participants que ce soit en présentiel et en distanciel, pour partager ensemble ce temps de réflexion, mais aussi de travail.

Nous avons tous les mêmes objectifs « mettre la santé dans toutes les politiques » selon la déclaration d'Adélaïde de 2010 de l'OMS tout en n'oubliant pas qu'il n'y a qu'une seule santé : One Health!!

M. Jean VALCARCEL, Doyen de la Faculté d'Odontologie de Montpellier, se joint à ces remerciements. Il se réjouit de la dynamique qui s'est enclenchée autour des thèmes de la santé et de l'architecture.

Mme Isabelle AVON, directrice du développement et de la communication de l'ENSAM Montpellier, précise qu'elle représente M. Thierry Verdier, directeur des études, qui n'a pu se rendre disponible ce jour et donne lecture de son discours d'ouverture

« L'Architecture a toujours entretenu une relation privilégiée avec la Santé.

Et dès les premières pages du Livre I de son De Architectura, Vitruve écrivait qu'un véritable architecte ne pouvait pas « être étranger à la médecine ». Nous étions là sous Auguste - peu avant le début de l'ère chrétienne - et Vitruve, ce premier grand théoricien de l'architecture et architecte lui-même, posait alors les bases de ce qui deviendrait la ligne de conduite de tous les maîtres d'œuvre d'Occident. Car en effet, bien que la chute de l'Empire romain, puis les vicissitudes liées aux grandes invasions virent la commande architecturale se réduire comme peau de chagrin, très vite, et avant même l'éclosion de l'empire carolingien, maçons, maîtres d'œuvres et « architectes » (puisque le terme apparaît dès cette période), lurent et connurent le traité de leur lointain prédécesseur romain.

L'historiographie médiévale a d'ailleurs largement souligné cela, et ce colloque n'est peut-être pas l'endroit pour en parler. Mais ce qui se rapporte davantage à l'objet de votre journée d'étude, serait de simplement rappeler que les premiers architectes des grands monastères bénédictins puis cisterciens d'Europe, considéraient comme primordiale d'élever, en même temps que leur chapelle ou leur abbaye, l'infirmerie du couvent. Le salut des âmes ne pouvait se faire sans le soin apporté aux êtres.

Plus près de nous encore, le premier grand traducteur français du texte (latin) de Vitruve fut encore un médecin. Il s'agit de Claude Perrault (le frère de

Charles, celui des Contes). Médecin du roi, titulaire des sept thèses médicales obligatoires à cette époque, professeur de physiologie, puis de pathologie, certainement le plus grand anatomisme de son temps, grand diffuseur des travaux de William Harvey sur la circulation sanguine, ..., Claude Perrault fut aussi un extraordinaire architecte.

On sait, depuis les travaux d'Antoine Picon, à qui nous devons la célèbre colonnade du Louvre (c'est-à-dire sa façade occidentale), qu'il fut aussi l'architecte de l'Observatoire de Paris (cette espèce d'objet complètement insolite - et pourtant merveilleux – de l'histoire de l'architecture européenne), qu'il fut l'inventeur du célèbre Arc de triomphe de la place du Trône, et qu'il appartint surtout au fameux Conseil des Bâtiments du Roi qui orienta toute la production artistique du règne de Louis XIV.

Boileau qui le détestait (mais qui trouvait grâce aux yeux de ce satiriste ?), supportait mal de voir ce médecin célèbre devenir conseiller du roi en manière d'architecture, et plaça, dans son Art poétique, ce mémorable quatrain, tout de fiel et de méchanceté :

*Notre assassin renonce à son art inhumain,
Et désormais, la Règle et l'équerre à la main,
Laisant de Galien la science suspecte,
De méchant médecin devint leur architecte*

Boileau avait tort. Perrault n'était ni médecin assassin, ni mauvais architecte. Il était tout simplement celui qui avait compris qu'un bon médecin pouvait apporter beaucoup au milieu de l'architecture.

Après lui d'ailleurs, et sans vouloir faire un résumé bien caricatural de l'histoire architecturale des XVIIIe et XIXe siècles, les relations entre médecine et architecture devinrent de plus en plus étroites, de plus en plus subtiles. Louis Savot déjà, médecin parisien, publiait un manuel « d'Architecture pratique » (c'est le titre) dans lequel il expliquait comment rendre les espaces de vie domestiques plus « sains », en les ventilant et en créant des systèmes de chauffage efficaces et continus. Les fameux « dévoiement de conduits » dont la seule terminologie permet de saisir comment ce médecin puisait dans son art le vocabulaire de ses inventions architecturales.

Puis vint le temps de l'Académie d'Architecture et de son grand directeur et professeur, Jacques-François Blondel. Féru de classicisme et de techniques constructives, il fit de Vitruve son Mentor et s'enticha de modernité au point de devenir l'un des rédacteurs de l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert. Bien évidemment, il se chargea des articles relatifs à l'architecture, mais fut surtout saisi par l'obligation faite aux architectes de lutter contre les pestilences urbaines. En parcourant les six volumes de son immense Cours d'architecture (qui reprend à peu près son enseignement à l'Académie), on est surpris de voir à quel point, au-delà des principes liés aux Cinq Ordres d'architecture (toscan, dorique, ionique, corinthien, composite), aux règles constructives, aux systèmes de distributions, aux avoirs théoriques et pratiques pourrait-on dire, se rencontrent très régulièrement des remarques quant au rôle de l'architecte dans tout ce que l'on appellerait aujourd'hui la Santé.

En effet, Blondel reprend à son compte la question du danger des miasmes dans des espaces confinés, la nécessaire réflexion sur l'implantation cardinale

des logements, la place des bains et des lieux d'aisance ou de « commodités », l'importance des eaux claires et « courantes » pour la cuisine ou les cabinets de toilette, la localisation des fosses et des épandages de fumier, etc.

Toutes ces remarques paraissent logiques, simples, évidentes même aujourd'hui. Mais il faut se souvenir que dans ce XVIIIe siècle tiraillé, ainsi que l'ont écrit Alain Corbin, ou plus récemment Georges Vigarello, entre Le Miasme et la Jonquille, les questions de l'hygiène et du soin demeuraient particulièrement marginales.

Pourtant architectes et médecins travaillaient de concert. Doit-on oublier qu'ici même à Montpellier, ces deux professions se fréquentaient et appartenaient aux mêmes cercles de sociabilité ? Pierre Chirac le grand médecin de Louis XV, bien que natif de Conques en Rouergue, fut l'éminent professeur de la faculté de médecine de Montpellier et fit construire (place Brandille, l'actuelle place Pétrarque) un hôtel particulier dans lequel il entendit témoigner d'un confort domestique « sensible » et non simplement ostentatoire.

Par ailleurs, que serait Montpellier sans son amphithéâtre d'anatomie (actuelle chambre de commerce, Grand'rue Jean Moulin) construit par Jean-Antoine Giral au milieu du XVIIIe siècle et véritable innovation pédagogique dans ce grand foyer de la médecine qu'était le Clapas depuis le Moyen-âge ?

Mais trêve de références, la liste est longue et il ne saurait être question de reprendre, pour Montpellier, tout ce que permirent les proximités intellectuelles et scientifiques de médecins et des architectes. Pourtant elles sont nombreuses ces références, et les recherches historiques sur ce sujet ne manquent pas. On pourrait évoquer les deux sanatoriums de l'Aiguelongue et du plan des Quatre Seigneurs, la première clinique d'ophtalmologie, le dispensaire militaire, et les innombrables extensions des hôpitaux Saint-Charles et Saint Eloi. Mais qu'importe ! Les florilèges ne font pas une pensée.

Aujourd'hui les relations entre architecture et Santé ont changé de nature. Les architectes « savent » faire des hôpitaux. Ils y projettent leur savoir et même parfois toute leur sensibilité. Et l'on pense bien évidemment ici à Pierre Riboulet qui avec son très beau texte Naissance d'un hôpital nous raconte, avec une sincérité proche de la confession, la difficulté, et même la douleur, de construire un hôpital pour enfants (l'hôpital Robert-Debré à Paris).

Mais si les architectes savent construire des équipements hospitaliers, s'ils savent interroger les innovations les plus immédiates pour en faire des arguments de conception, s'ils connaissent l'impact de l'inscription territoriale d'un complexe hospitalo-universitaire, s'ils ont parfaitement conscience des enjeux sociétaux issus du vieillissement de la population, ou des effets des confinements pandémiques, il existe des domaines qui méritent encore études, attentions et recherches.

Il s'agit de la participation des acteurs du champ médical et des usagers. Il s'agit aussi des recherches sur la nocivité latente de certains matériaux. Il

s'agit encore des opérations de paysage associées aux programmes architecturaux (dont on ne dénoncera jamais assez la pauvreté). Il s'agit encore des engagements pour sauver des territoires ruraux ou « périphériques » (si l'on reprend le mot de Christophe Guilluy) par le maintien là d'une maternité, ici d'un ehpad, là encore d'un centre infirmier. Il s'agit aussi tout simplement de qualité de vie – peut-être même de fin de vie – et tout cela se pense, se réfléchit, se discute. Il s'agit aussi d'accessibilité, de dignité d'usage, de conscience de l'autre. Tout cela concerne aussi les écoles d'architecture, je n'ai pas besoin d'insister.

Je sais que le colloque de ce jour évoquera tout cela. Je sais aussi que les personnes qui parleront un peu ici au nom de l'école : Catherine Cecchi, Axelle Bourdeau et Pierre Soto, sont suffisamment impliquées pour parler avec justesse et finesse de toutes ces questions.

Je tiens à les féliciter pour leur engagement pédagogique autant que citoyen, et pour leur capacité aussi à organiser des manifestations telles que celles qui s'ouvrent aujourd'hui.

Vous avez su attirer à vous des personnalités remarquables mais je voulais par ces quelques mots vous dire à quel point je suis touché par la part que vous avez consacrée à tout ce qui concerne l'enseignement de l'architecture et la place des enseignants en architecture dans tous les combats que vous portez.

Il me reste donc à vous remercier, toutes et tous, pour m'avoir permis de prendre la parole quelques minutes. En conséquence de quoi, et en mon nom, comme en celui de toute l'école d'architecture, je vous remercie et vous souhaite un très bon colloque. »

M. Gérard HUET, architecte et président de l'Union des Architectes Francophones pour la Santé(UAFS). L'UAFS regroupe 80 architectes de nationalités diverses (belge, suisse, canadienne, libanaise, etc.) des professionnels de l'ingénierie générale du bâtiment dans ses différentes composantes, des ingénieurs biomédicaux, des hospitaliers, des gestionnaires, ainsi que des professionnels du champ général des sciences sociales et de la sociologie. L'UAFS œuvre à la fois dans le champ public et privé (CHU, CHR, cliniques, établissements dédiés à la santé mentale, établissements médico-sociaux, etc.).

L'UAFS part du principe que la conception des espaces dédiés à la santé et au soin joue un rôle important sur les patients et les soignants. Les bâtiments de santé sont par nature assignés à être fonctionnels et performants. Ces bâtiments sont confrontés à de nombreux enjeux (modularité, agilité, frugalité énergétique, etc.), qui ont en outre été accentués par la crise du Covid-19. La mission de l'UAFS consiste à rendre ces bâtiments fonctionnels mais également aimables, urbains et sociaux afin qu'ils puissent prodiguer du soin en prenant soin en prenant soin de tous.

Les modes de vie actuels des Hommes sont à l'origine de leurs maladies et de leur taux de mortalité. La pression démographique et le poids de l'industrie du service conduisent à de fortes concentrations qui accablent la cité, produisent de l'urbain et soumettent le rural. L'organisation des villes

et des territoires doit être repensée pour offrir à tous un confort de vie et une équité d'accès aux soins tout en préservant la biodiversité.

L'organisation de l'espace n'est pas uniquement fonctionnelle. Elle n'est pas assujettie, soumise à une économie exacerbée, mais relève d'un projet sociétal global, vertueux, incluant santé et culture dans le respect de la planète. La numérisation constitue en cela un outil formidable. Les outils actuels permettent de traiter un nombre considérable de données. Les ordinateurs quantiques permettront, à terme, d'accélérer le traitement de l'ensemble de ces données pour permettre aux territoires et villes d'être promoteurs de bien-être. Ces outils laissent entrevoir des perspectives prometteuses.

Dans le contexte présent, il n'est plus possible de croire à la pérennité des « lendemains qui chantent » ni à la prévisibilité d'un « futur enchanté ». L'actualité convie l'humanité à réinterroger ce paradigme, repenser ses actions et le contenu de ses actes. Elle peut, pour cela, s'appuyer sur les paroles de Rabelais : « science sans conscience n'est qui ruine de l'âme ».

L'intervention de M. Philippe AUGÉ, Président de l'université de Montpellier, est diffusée par vidéo en séance.

« Mesdames, Messieurs, chers collègues.

Je suis très heureux de pouvoir prononcer quelques mots d'ouverture pour votre colloque sur la santé et l'architecture hospitalière, tout en vous priant par la même de bien vouloir m'excuser car je ne peux pas être physiquement présent avec vous aujourd'hui.

Cette manifestation qui est organisée par la société régionale de santé publique est un classique puisque, régulièrement, chaque année et dans des locaux différents, un colloque est organisé sur cet axe de santé publique, en lien avec l'école d'architecture. La santé publique et la santé sont des éléments au cœur de la politique d'établissement de l'Université de Montpellier qui est une université pluridisciplinaire avec des composantes de santé. C'est également une université qui est porteuse d'un label e-site dans laquelle l'un des trois piliers est effectivement la santé. C'est aussi une manifestation qui permet de mettre en avant les liens que nous avons avec l'école d'architecture de Montpellier et avec les autres partenaires présents aujourd'hui.

La thématique que vous allez traiter – bien je ne sois pas un spécialiste – revêt une importance particulière au regard des enjeux. Nous le savons tous, les établissements de santé sont assez stressants pour l'utilisateur, quel que soit le motif pour lequel il s'y rend. Dans le même temps, il faut que cet usager puisse vivre le mieux possible dans ces établissements de santé. L'aspect architectural, comme l'aspect d'aménagement des lieux de vie ou les équipements, constitue un élément du bien-vivre dans ces établissements. Au-delà des aspects purement techniques, c'est également un aspect qui intéresse le grand public. Tous mes vœux donc pour cette très belle journée. Au plaisir de vous retrouver lors d'une prochaine édition d'un congrès de la société régionale de santé publique. Merci. »

M. Charles SULTAN, adjoint au maire chargé de la santé, intervient au nom de Michaël Delafosse, Maire de Montpellier et Président de Montpellier Méditerranée Métropole, rappelle que Montpellier héberge la plus vieille

faculté de médecine du monde. Les architectes nourrissent l'espoir, au travers de ses fondations, de développer une médecine de haute compétitivité. La ville de Montpellier se veut être une ville Santé. porteuse du contrat Local de Santé (CLS), elle s'efforce d'agir au service de la santé des citoyens et mène une politique permettant d'aller vers les plus précaires et les plus défavorisés.

Je me réjouis de la tenue d'un colloque autour de la santé et de l'architecture, deux thèmes pour lesquels il nourrit une réelle passion depuis le plus jeune âge.

L'impact de l'architecture sur l'environnement et sur la dégradation de la biodiversité est essentiel et mérite d'être exploré en profondeur dans le contexte actuel. En effet, selon les experts, la survie de l'humanité est directement mise en cause par l'effondrement de la biodiversité. Un rapport de la CIA, publié en 2019 ou 2020, prétendait que l'Homme aurait disparu dans moins d'un siècle. Cet effondrement de la faune et de la flore va de pair avec un cataclysme sanitaire, écologique, social et éthique. Dans ce contexte, la réflexion sur les liens entre santé et architecture est éminemment précieuse. Elle représente un nouveau souffle et elle est assurément porteuse d'espoirs.

L'AIA a en outre déclaré 2022 comme « année architecturale pour la santé », traduisant le désir des architectes de s'investir dans la défense de l'environnement. Il s'agit d'un défi extraordinaire pour les architectes et toute action est la bienvenue compte tenu des enjeux auxquels l'humanité est confrontée. La pollution est extrêmement préoccupante. Elle impacte à la fois les générations présentes, mais également les générations futures dans la mesure où la pollution atmosphérique peut entraîner un ralentissement de la croissance du fœtus.

La maison écologique, dont l'objectif est de préserver la santé et de maintenir la biodiversité, apparaît comme un concept novateur en matière d'architecture et de santé. Elle confère un rôle fondamental aux architectes. Cette architecture durable et respectueuse de l'environnement vise à réduire l'impact négatif d'un bâtiment sur l'environnement, aménager le cadre de vie, maîtriser la consommation d'énergie, minimiser la pollution et la production de déchets, etc. L'ensemble de ces enjeux a été intégré dans les deux « projets phares » de Montpellier que sont le Mascobado, un habitat participatif au concept révolutionnaire, et la forêt verticale.

La période exige de l'Homme qu'elle repense et reconsidère sa vision du monde. Dans cette approche, la nature apparaît comme son premier partenaire. Elle ne doit plus être considérée comme un objet, mais comme un sujet. Hans Jonas, le plus grand philosophe contemporain, a rédigé un ouvrage remarquable sur l'éthique de la nature dans lequel la nature apparaît comme un véritable partenaire de vie et de devenir de l'homme. L'objectif n'est plus de maîtriser la nature, mais d'échanger avec elle d'égal à égal.

L'humanité doit de toute urgence reconsidérer ses liens avec son environnement et les architectes peuvent aider à revisiter cette vision.



Structures Hospitalières, Villes, Territoires : créer des liens par des regards croisés

// LE REGARD D'UN REPRESENTANT DES PROFESSIONNELS DE L'ARCHITECTURE HOSPITALIERE

M. Jean VALCARCEL, Doyen de la Faculté d'Odontologie de Montpellier,

Jean Valcarcel précise en préambule que le regard d'un professionnel santé n'est pas celui d'un architecte.

Les structures existantes en matière de santé sont diverses. Des organisations telles que l'INRS, les centres hospitaliers, devenus CHU, ou les grosses structures hospitalières de territoire assurent le pilotage de ces réseaux. Des acteurs agissent en parallèle de ces structures et ont besoin de s'organiser : les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS), représentant des professionnels de santé, ou certaines structures telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces dernières regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Dans ce paysage, il est parfois difficile d'identifier clairement « qui fait quoi, quand et avec qui ».

La notion de territoire peut être abordée sous de nombreux angles. En santé, elle est plutôt associée à l'idée de proximité et d'accès aux soins - a minima les soins primaires, plus largement la prévention.

L'attractivité ou au contraire le manque d'attractivité de certains territoires, la pénurie de professionnels de santé et le frein à l'installation dans certaines zones constituent les principaux obstacles et problématiques rencontrés par un professionnel de santé en matière de répartition des soins sur le territoire.

Les cloisonnements socio-économiques sont les premiers à apparaître. Le rapport Borloo de juin 2021 pointe le fait que 17 zones de grande agglomération regroupent à elles seules 30 % de la population et 36 % de l'emploi en France. La formation de personnel de proximité pourrait être une piste pour améliorer la situation.

En France, les possibilités de délégation d'un certain nombre de tâches demeurent marginales, bien que la situation évolue et que certains cloisonnements tombent progressivement. Un nombre croissant de communautés de professionnels du territoire émergent. Elles permettent à des professionnels de proposer un projet et de s'organiser pour suivre un certain nombre de patients sans nécessité de créer de cabinets ou de structures dédiées.

Les ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif) sont peu connus, mais existent pourtant en France. Ces structures, globalement déficitaires au

départ, deviennent de plus en plus rentables. Elles se distinguent par leur approche différente dans l'intégration de la communauté de soins.

De manière générale, ces cloisonnements entre les différents acteurs semblent relativement ancrés. Les idées circulent peu d'un territoire à l'autre en raison d'une absence de communication entre les différents niveaux. Il en ressort un besoin de resituer le milieu hospitalier non pas comme étant le dernier recours, mais un recours très particulier pour certains cas, et optionnel dans d'autres cas.

En tout état de cause, il semble très difficile de conjuguer l'ensemble des données évoquées (la temporalité des actions, la démographie, l'innovation en santé, etc.) avec l'architecture et l'accès aux soins.

Concernant les déserts médicaux, il semblerait plus pertinent de parler de « zones sous-denses » ou de « dysrépartitions ». En France, les territoires ne sont pas dépourvus, mais l'accès aux soins est plus difficile dans certaines zones.

Les décisions prises à l'heure actuelle mènent à ce schéma territorial. De manière de plus en plus prégnante, toutes les initiatives et projets montrent que la prise de décision doit évoluer pour accorder plus d'importance aux usagers.

Une amélioration de la communication entre l'ensemble des acteurs permettrait d'améliorer la prise en charge des soins et de réaliser des économies d'échelle.

En Allemagne, la notion de « smart hôpitaux » émerge progressivement. Dans ces structures à échelle plus réduite, le plateau technique a été concentré. À Berlin, certains plateaux techniques se retrouvent ainsi mutualisés entre des spécialités diverses, permettant de rééquilibrer la situation et de déconcentrer les équipements. Le partage des plateaux techniques et l'installation des équipements des professionnels de santé dans des lieux de proximité peuvent être des pistes intéressantes à creuser pour combler les déficits médicaux.

En conclusion, plusieurs axes d'amélioration semblent se dégager de ces constats :

- l'amélioration du partage d'informations médicales au sein des réseaux, au-delà des territoires administratifs ;
- la prise en compte, dans le modèle de territoire, d'une démographie très fluctuante et d'une mobilité importante ;
- le lancement d'une réflexion autour d'autres structures ou d'autres modalités de soin, à l'instar des CPTS ;
- la nécessité de repenser le lien avec l'hôpital ;
- la dynamisation de la formation, à l'instar du service sanitaire qui permet d'ouvrir les perspectives en matière d'action sur le territoire.

// LE REGARD D'UN REPRESENTANT DES PROFESSIONNELS DE L'ARCHITECTURE HOSPITALIERE

M. Gérard HUET, président de l'Union des Architectes Francophones en Santé (UAFS)

Avoir pris conscience de l'inégalité territoriale d'accès aux soins en France tardivement, dans le contexte de la crise du Covid-19. À Toulouse, où il réside, la couverture médicale est excellente. Pour autant, l'accès aux soins peut être délicat au quotidien. La prise de rendez-vous auprès des médecins référents est devenue plus difficile dans le contexte d'une pression démographique constante sur le territoire. De manière générale, les médecins libéraux sont très surchargés. Leur engagement vis-à-vis de la société a par ailleurs évolué : ils ne réalisent plus de visite le soir ni à domicile. Le recours au soin passe avant tout par l'hôpital ou la structure privée assurant l'urgence.

La politique du numerus clausus, menée pendant plusieurs décennies, est responsable de la situation actuelle. Le nombre de professionnels s'avère très insuffisant, engendrant des situations de sous-effectif dans les établissements de santé. Bien que des réformes aient été enclenchées pour remédier à cette situation, l'inertie existante fait que les effets escomptés ne se ressentiront pas avant plusieurs années. De toute évidence, la politique de santé a des répercussions sur la distribution de soins dans un territoire et la répartition typologique des bâtiments.

Le rouage décisionnel dans la construction des bâtiments est en outre confronté à une réelle irrationalité. Les bâtiments livrés ne répondent pas toujours aux besoins malgré les efforts et les budgets déployés pour les construire. Ces derniers doivent parfois être revisités et adaptés aux justes besoins une fois terminés. En tout état de cause, les architectes s'efforcent autant qu'ils le peuvent, dans la rigueur budgétaire à laquelle ils sont soumis, de créer des bâtiments échappant au maximum à leurs contraintes fonctionnelles pour en faire des bâtiments qui ne soient pas uniquement performants, mais également agréables à vivre.

// LE REGARD D'UN REPRESENTANT DES HABITANTS, DES PATIENTS

M. Nicolas PLANTROU, Président de la Fondation Fil Seine

Je remercie les organisateurs de ce colloque de m'avoir invité à présenter le regard des usagers. Avant de préciser les réactions des usagers face aux bâtiments des hôpitaux et établissements médico sociaux, je voudrais poser la question de la légitimité de la parole des usagers dans un débat qui paraît essentiellement technique.

I. La légitimité des usagers dans les débats sur l'«architecture hospitalière»

Lors d'une réunion sur le consentement des malades à l'acte médical en janvier 1950, le professeur Louis Portes, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, déclarait : « l'usager est un incapable notoire. Il appartient aux médecins de décider ce qui est bon pour lui ». Il reflétait là une opinion largement répandue dans le monde médical jusqu'à la fin du XXe siècle.

Il a fallu attendre la loi Evin de 1991 pour voir apparaître une représentation des usagers dans les centres de soins de longue durée, puis en 1996 avec les ordonnances Juppé dans tous les établissements de santé. C'est à la faveur

de cette loi qu'étant président d'une Coordination régionale d'associations de personnes handicapées, je suis entré au conseil d'administration du CHU de Rouen, et suis toujours membre du conseil de surveillance de cet hôpital.

Je me souviens qu'une directrice de l'hôpital était venue présenter au conseil d'administration le plan stratégique du CHU. Ce document fort bien relié avait une couverture dont le titre était « le patient au cœur de l'hôpital ». Je me suis avisé de poser la question de savoir quels usagers avaient participé à l'élaboration de ce plan stratégique. La directrice a aussitôt rougi de honte, aucun usager n'ayant été associé à ce travail.

Les esprits ont évolué depuis lors. Plusieurs lois sont venues intervenir : en 2002 pour étendre la participation des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux, en 2004 pour accroître leur rôle avec l'instauration de la démocratie sanitaire (Conférence nationale de santé, Conférence régionale de santé.) La loi HPST de 2009 a confirmé la présence des usagers au conseil de surveillance des établissements de santé .

Aujourd'hui les usagers ont une véritable place dans le système de santé et dans tous les établissements de santé et médico-sociaux. Ce n'est plus discuté, les usagers et les directions ayant appris à se connaître et à coopérer positivement .

Pour autant les sondages d'opinion montrent qu'une part importante des Français estime que le système de santé n'est pas pensé pour et avec le patient.

J'ai compris que lors de ce colloque , l'expression « architecture hospitalière » vise non seulement l'hôpital mais également les établissements médico-sociaux. Les différents types d'établissements ne sont pas en effet de même nature. Les hôpitaux sont de plus en plus devenus des lieux de soins où on ne vit que de manière très éphémère avec le développement des soins ambulatoires. Cependant les services SSR ou USLD sont des lieux de soins où l'on vit un certain temps. Quant aux établissements médico-sociaux, ils sont où devraient être avant tout des lieux de vie où on prend soin des personnes. Au cours des dernières décennies, on a eu tendance à construire tous ces types d'établissements sur un modèle identique où le lieu de soins paraît plus important que le lieu de vie.

Le Ministère de la santé et des solidarités a fait paraître voici quelques années une brochure de 244 pages intitulée « Ensemble modernisons l'hôpital, nouvelles organisations et architecture hospitalière ». La préface dit : « les établissements de santé français ne peuvent aujourd'hui se restructurer que dans le cadre d'une triple problématique : répondre aux besoins de santé dans un territoire donné, répondre aux exigences de sécurité et de qualité, s'adapter aux contraintes liées à la raréfaction des moyens humains et financiers ». Les patients ne sont pas évoqués.

Le groupe de travail ayant élaboré ce document comprend une soixantaine de personnes, des directeurs d'hôpitaux, des médecins, des architectes mais aucun, je dis bien aucun représentant des usagers. Rue de Ségur, personne n'a imaginé qu'il puisse être intéressant de consulter les usagers sur les questions d'architecture hospitalière !!!

Tout ce document manifeste une volonté de créer une architecture au service de l'organisation de l'hôpital. Jamais le fait que l'hôpital est destiné à accueillir des patients n'est mentionné. J'exagère un peu : il y a une page (p.207) sur 244, ce qui fait bien peu La phrase clé est : « la mission des

architectes est de définir le volume, les détails de la chambre, et l'éclairage tout en prenant en compte les contraintes fonctionnelles, techniques, ergonomiques et économiques. Des espaces dédiés aux familles et aux proches sont intégrés dans les locaux d'hospitalisation afin de faciliter les échanges ». Cela me paraît d'une banalité affligeante. C'est un document du XXI^e siècle et pas de 1950. On reste pantois et on a de la peine à imaginer une telle perte du sens profond de ce qu'est un hôpital qui est bien de soigner des hommes et des femmes .

Le terme « hospitalier(e) » apparu au XII^e siècle dans notre langue est emprunté au latin médiéval hospitalorius qui qualifie les religieux qui accueillaient les voyageurs et les indigents. Cet adjectif « hospitalier » est toujours employé aujourd'hui dans le sens de agréable et accueillant. Lorsque j'observe les bâtiments de nos hôpitaux et de nos établissements médico-sociaux, je ne pense pas qu'ils puissent souvent être considérés comme ayant une architecture agréable et accueillante. Ce devrait pourtant être le but recherché par les architectes et autres parties prenantes.

Il me paraît important que, pour tout projet de construction, de réhabilitation, de rénovation d'établissement, les patients, usagers, résidents participent dès la conception du projet.

Permettez-moi d'évoquer une expérience vécue lorsqu'un hôpital ancien a décidé de s'adapter aux personnes en situation de handicap. Le travail a été mené en concertation avec les architectes, la direction et le personnel de l'hôpital et des associations d'usagers. Nous avons fait en sorte de mettre les personnes valides, architectes et directeurs de l'hôpital en situation : bandage des yeux ou casque sur les oreilles pour prendre conscience des problèmes des déficients sensoriels, fauteuil roulant pour les handicaps physiques etc. Je peux vous dire que le projet adopté in fine avait peu de choses à voir avec ce qui avait été conçu sur la planche d'une agence d'architecture. Tout le monde a tiré profit de cette expérience et ce qui a été ainsi bien conçu permet d'éviter par la suite le coût des indispensables adaptations.

On sait depuis longtemps l'influence que le cadre de vie opère sur la santé des personnes. Il est donc absolument indispensable d'impliquer les usagers dans un projet architectural d'établissement de santé ou médico-social.

II. L'établissement dans son environnement

On a beaucoup construit d'établissements médico-sociaux dans des lieux improbables, en pleine campagne, loin de tout moyen de communication. Un maire élu au conseil général, estimait souvent opportun et valorisant d'obtenir le financement de la construction d'un centre d'accueil pour personnes handicapées ou d'un EHPAD. Cet établissement devient vite le premier employeur du village.

Il est alors facile de convertir un petit hectare de terres agricoles en terrain à bâtir. On construit et on trouve une association gestionnaire ou on charge le CCAS de gérer. A-t-on pensé aux résidents qui y vivent en permanence, sans recevoir la moindre visite faute de moyens de communication aisés ? A-t-on anticipé les problèmes de recrutement des personnels attirés par la vie urbaine ou qui ne veulent pas supporter les coûts de déplacement ?

Une fois le terrain obtenu, on va construire un parallélépipède de deux ou trois niveaux en béton ou en parpaings, les espaces communs au rez-de-chaussée, les chambres aux étages d'un côté de l'autre d'un couloir central.

Ces bâtiments ont été construits sans aucun souci de l'esthétique car le seul critère de choix a été le budget qu'il ne faut pas dépasser. On fait donc à l'économie, ce qui est bien souvent un raisonnement à courte vue. Les problèmes surviennent ensuite assez rapidement.

Si on est en zone urbaine, a-t-on pris en considération les nécessités de parking et de connexion aux réseaux de transports en commun ? Les établissements de santé et médico-sociaux sont des lieux où des personnes viennent vivre plus ou moins longtemps, où des personnes viennent travailler chaque jour avec une présence 24 heures sur 24 et où des familles viennent visiter leurs proches. Il importe de rendre ces lieux accessibles le plus facilement, ce qui n'est pas toujours le cas.

En dehors des moyens de communication, l'établissement doit s'inscrire dans un quartier ou un village et être en proximité de lieux qui vont permettre des échanges, une certaine vie sociale. Il peut s'agir d'une école, d'une bibliothèque, d'une crèche... Peu importe mais il faut favoriser les relations entre les établissements et l'extérieur immédiat.

Dans un EHPAD situé en zone rurale, nous avons installé l'agence postale du village. Dans une résidence services, la salle de restauration est ouverte au voisinage et les personnes qui travaillent alentour viennent se restaurer le midi au milieu des personnes âgées. Dans un EHPAD construit à proximité d'une église désaffectée, celle-ci est transformée en fournil qui assure une petite brasserie fréquentée tant par les personnes âgées et leurs familles que par les habitants du quartier.

Au-delà de la proximité immédiate, il y a ce qu'on voit un peu plus loin à l'horizon : la campagne, une rivière, des jardins, des maisons ou au contraire une zone industrielle, des fumées d'usine ou des logements sociaux anciens et inesthétiques ?

L'orientation des établissements par rapport au soleil est un élément important du confort ressenti par les résidents : si la moitié des chambres est au sud et l'autre moitié au nord, on risque de faire un certain nombre de mécontents, éventuellement variables selon les saisons, sans parler des difficultés de chauffage ou de climatisation.

Le Corbusier disait : « vous utilisez la pierre, le bois et le béton et avec ces matériaux, vous construisez des maisons et des palais. C'est la construction. L'ingéniosité est au travail. Mais soudain tu touches mon cœur, tu me fais du bien, je suis heureux et je dis : c'est beau. C'est l'architecture, l'art qui entre ».

Sans vouloir heurter les architectes je considère que si on a construit des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, on n'a pas fait de l'architecture. Ce n'est le plus souvent pas beau, je dirais même que c'est laid.

On a fait beaucoup de progrès au cours de ces dernières années dans le domaine du logement social. Ce n'est pas encore très beau, mais on a fait des efforts esthétiques dans les formes, l'emploi des matériaux et les couleurs. On est capable de construire des lieux culturels qui sont beaux. Il ne devrait pas être trop compliqué de faire de beaux établissements de santé et médico-sociaux, d'autant qu'on en aura toujours besoin. Leur pérennité est telle qu'on pourrait les imaginer en lieux patrimoniaux.

L'hôpital ou l'établissement médico-social ne fera jamais rêver. Mais on pourrait ne pas en faire des lieux repoussants. On pourrait éviter qu'à l'angoisse de la maladie, de la déficience, de la vieillesse s'ajoute celle du bâtiment lui-même, qui ne provoque que du stress.

Nos anciens avaient adopté une structure dite pavillonnaire. On en a vu les inconvénients dans la mesure où cela génère des déplacements d'un pavillon à l'autre tant pour les personnels que pour les patients. Mais la récente pandémie a permis de remettre à jour l'intérêt de cette disposition lorsqu'il s'agit de confiner certains malades.

Sans revenir à l'établissement pavillonnaire, on mesure l'avantage de pouvoir avoir certaines entités séparées au sein d'un même ensemble. Les architectes Raymond Bertrand et Joël Maurice (Patriarche Office d'architecture) prônent une architecture adaptable, un hôpital « composite » basé sur le « debrunding » (dégrouper en français) de l'architecte canadien Zeidler.

Au contraire de l'hôpital monospace actuel, l'hôpital se décompose en entités distinctes adaptées à leurs principales fonctions (activités thérapeutiques, soins ambulatoires, logistique etc.), ces entités étant reliées entre elles par des espaces publics, des liaisons médicales ou logistiques selon les besoins.

Plus esthétique, plus économique, plus adaptable, plus efficient, plus flexible, l'hôpital ainsi conçu est centré sur le patient et la famille et non plus seulement la science et la technologie

III. *L'établissement lui-même*

Pour qu'un établissement soit hospitalier au sens de agréable ou accueillant, il faut tout particulièrement soigner l'entrée, faire que l'accueil soit accueillant. C'est un problème d'architecture tout autant que d'organisation.

Je rêve d'un lieu d'accueil qui puisse ressembler à un hall de grand hôtel touristique avec des comptoirs pour régler les questions administratives mais aussi des petits coins salons. Souvent les salles à manger se trouvent à proximité des halls d'accueil et la personne qui rentre respire l'odeur du chou-fleur ou des frites du dernier repas. Pourrait-on disposer les lieux autrement afin d'éviter ces inconvénients ou diffuser des odeurs agréables et apaisantes.

De la même manière, la couleur des murs, les jeux de lumière et pourquoi pas une fontaine d'eau pourraient avoir un effet reconfortant.

L'art devrait être intégré en tous lieux dans les établissements de santé et médico-sociaux : la musique, la peinture et la sculpture peuvent être présentes dans le hall d'entrée avant tout, mais également dans les autres espaces. Je rêve de résidences d'artistes au sein même des établissements, de salles d'attente où l'on puisse admirer la reproduction d'une peinture ou entendre une musique apaisante, écouter un conteur lisant des poèmes ou regarder un film. Mais cela doit imprégner tous les espaces de l'établissement

L'organisation de l'espace est en effet un sujet primordial. Il y a bien évidemment les espaces communs et les espaces privés, les chambres, mais il doit ou il devrait y avoir des espaces intermédiaires semi communs et semi privés. Cela est d'autant plus important dans les établissements médico-sociaux, où les personnes vivent relativement longtemps. Ces lieux

intermédiaires sont des lieux de loisirs, de détente, de repos, d'échanges où quelques résidents peuvent se retrouver entre eux ou avec leurs familles. Ces lieux intermédiaires peuvent aussi être des salles à manger où certains résidents peuvent prendre leurs repas à quelques uns.

Dans un établissement médico-social, les résidents prennent leurs repas à la même heure et en commun. La pandémie et l'obligation du confinement a conduit à la nécessité de servir le repas en chambre. Cela a mis en exergue le fait que l'organisation doit permettre de respecter le souhait de chacun. On est donc toujours dans un entre-deux : par nature l'organisation est collective mais les personnes peuvent ressentir le besoin d'intimité ou de vie au sein d'un groupe restreint. Et le repas est un temps crucial car il est souvent assimilé à un moment de plaisir.

Nous avons demandé à un directeur d'hôtel 4 étoiles et un chef étoilé de venir vivre quelques jours dans nos établissements médico-sociaux. Ils ont vécu l'expérience client et nous ont permis, sans grandes révolutions et sans dépenses excessives de prendre conscience d'améliorations possibles.

Des études en sciences humaines ont montré l'effet des facteurs ambiants sur le bien-être des personnes. On sait que la lumière, le bruit, la température ont un impact direct sur le bien-être et en conséquence la santé des personnes. On a même démontré l'impact de la luminosité des chambres sur la perception de la douleur.

Le bruit est souvent une nuisance très pénible pour les usagers. La protection des bruits extérieurs peut être réalisée assez facilement à notre époque. Mais il y a aussi les bruits intérieurs, ne serait-ce que celui des portes des chambres. Il est important que la conception des bâtiments intègre la lutte contre les bruits comme essentielle.

Lorsque l'établissement se trouve en ville, une attention particulière devrait être portée aux immeubles voisins. Si ceux-ci ont une vue sur les chambres de l'établissement, les usagers peuvent se sentir observés et considérer que leur intimité n'est pas préservée.

Et la couleur joue un rôle essentiel dans la perception qu'on a des locaux. Les longs couloirs aux couleurs uniformes sont assez stressants, alors qu'il serait possible d'utiliser des couleurs différenciées.

Un jour je vais visiter une personne âgée dans un EHPAD lorsqu'un visiteur entre sans frapper ; il s'agissait d'un résident voisin légèrement désorienté qui avait de la peine à repérer sa chambre. Et cela recommençait chaque jour et parfois plusieurs fois par jour. Comment ne pas être excédé ? Une couleur particulière à la porte de la chambre de ce voisin étourdi aurait permis de résoudre ou d'atténuer le problème.

La chambre est le domicile privé des usagers et elle doit être respectée comme telle. Il est important que la chambre soit assez grande pour matérialiser un espace d'entrée, un espace salon, un espace lit et un espace toilette.

Bien souvent l'aménagement intérieur de la chambre est figé. Il serait bien que la chambre puisse être conçue de telle sorte que l'utilisateur ait plusieurs options pour l'emplacement de son lit ou de son espace salon. On sait que l'orientation de la chambre influe sur la douleur et même sur le taux de survie à la suite d'un infarctus. Cette possibilité pour le patient ou le résident d'aménager la chambre à son gré, de choisir l'orientation de la lumière qui

lui convient le mieux, conforte son autonomie et rend son séjour plus agréable.

En conclusion, je veux insister sur le fait que le bâtiment joue sur le stress de l'utilisateur. Tout doit être fait pour faciliter la vie du patient, du résident. Le bâtiment doit permettre une certaine lisibilité de l'espace ; l'utilisateur doit comprendre facilement comment utiliser l'espace et il doit, autant que faire se peut, pouvoir moduler son espace personnel. L'architecture peut contribuer à la santé des usagers.

L'architecte Martine Grévy (Jadoin Lamarre Pratte architecture) dit : « les environnements de soins, de santé sont en quelque sorte de grands projets de conception intégrée. La santé et la guérison passent aussi par le sentiment de bien-être. Si on est installé dans un environnement qui n'est pas encombré par des équipements, ou des bruits nuisibles et qu'on a accès à des vues extérieures, c'est déjà rassurant et confortable ».

Ce n'est pas la seule chose mais les établissements de santé sont un lieu de vie pour la communauté hospitalière. Les patients et leur famille en font partie. Il reste beaucoup à faire pour que l'« architecture hospitalière » soit de l'architecture (au sens de artistique et esthétique) et soit hospitalière (au sens de agréable et accueillante). M. Olivier COSTE, SRSP Occitanie, estime que les hôpitaux accueillants peuvent sans doute faciliter la guérison des patients.

// UN EXEMPLE DE COLLABORATION ENTRE UNE ECOLE D'ARCHITECTURE ET LE MONDE DE LA SANTE: L'HOPITAL DE NARBONNE ET L'ENSAM

M. Pierre SOTO et Mme Axelle BOURDEAU, architectes et enseignants Architecture et Santé à l'ENSAM

En préambule, Mme Axelle BOURDEAU revient sur la genèse de ce travail sur la Santé et du partenariat avec le Centre Hospitalier de Narbonne. Cela débute par la volonté de l'équipe pédagogique qu'ils forment avec Catherine Cecchi depuis trois ans, de fonder une pédagogie qui met en avant la relation entre Architecture et Santé, que ce soit sur des projets de nature différente tel que du logement, de l'équipement public, ou tout autre programme hors hospitalier. Approche inédite à ce jour dans les Écoles d'Architecture. Ils proposent aux étudiants, peu importe d'ailleurs leur niveau d'études, de concevoir leur projet au travers du prisme de la Santé et du Bien-être. Cela leur apporte une nouvelle vision dans la conception du projet urbain et architectural et les oblige à positionner de facto, l'usage et l'utilisateur au cœur du projet, l'objectif ultime étant évidemment, de créer des environnements urbains et architecturaux favorisant le bien-être et la santé de tous.

Mme Axelle BOURDEAU explique que le partenariat entre le CH de Narbonne et l'ENSAM s'est déployé à partir de 2019 autour de trois projets sur lesquels les étudiants ont pu s'investir dans le cadre d'un cursus de licence 3 (santé dans un environnement hospitalier) :

- l'extension et la restructuration du CH de Narbonne ;
- la réalisation d'un pôle santé sur la ZAC de la Coupe, à Narbonne ;

- l'extension de l'Hôpital Maritime de Port - La Nouvelle (fait partie du Groupement Hospitalier de Narbonne), exemple présenté dans cette intervention

L'extension de l'Hôpital Maritime supposait d'intégrer plusieurs contraintes, à la fois sur le plan urbain et architectural. En effet, les problématiques et contraintes liées à cet établissement sont de deux niveaux :

- au niveau urbain, l'idée est d'établir une connexion forte avec le centre-ville mais aussi le grand paysage car l'hôpital est en périphérie de l'urbanisation et est entouré pour partie d'espaces naturels classés
- Au point de vue architectural, l'équation est de répondre aux attentes aussi bien des patients, et des familles que des personnels soignants c'est-à-dire de répondre au triptyque Forme, Fonctions et Usages. La question est de savoir comment installer les nouveaux aménagements ou extension avec les services complémentaires sur le site existant et surtout, de savoir comment gérer ses nouvelles fonctions et ses usages et cette mixité intergénérationnelle.

M. Pierre SOTO avance que cet hôpital présente des qualités esthétiques indéniables. En revanche, il est installé au milieu de marécages et complètement isolé. L'hôpital est invivable l'été, car il est infesté de moustiques. Les terrains alentour ne sont pas constructibles. L'entrée principale, située au nord, est balayée par la tramontane. La taille est de l'hôpital est par ailleurs critique.

Les étudiants ont travaillé sur différents projets pour répondre à la commande : une extension de l'EHPAD, du SSR, du Pôle Nutrition et du Pôle Médecine du Sport. Plusieurs activités connexes ont été proposées : Hôtel des familles, épicerie bio, art-thérapie, parcours sportif, etc. Le premier enjeu était de reconnecter l'hôpital à la ville et de faire venir les habitants. Lors de ces travaux, ils ont été amenés à prendre en compte à la fois le regard du patient, des soignants, des visiteurs et des voisins. Les projets urbains ont été réalisés en groupe et chaque étudiant a proposé en complément un projet architectural individuel.

Lors du rendu final, ces derniers ont présenté leurs projets devant les représentants de la direction du CH de Narbonne et de l'hôpital de Port-La-Nouvelle. Les propositions architecturales ont par exemple porté sur :

- l'utilisation du concept des « filets de pêche » pour créer des cheminements sur pilotis ;
- la création de passerelles flottantes pour permettre la déambulation maritime quelle que soit la saison, y compris lorsque les marécages sont inondés ;
- l'installation de jardins devant l'entrée nord pour recréer un profil végétal et filtrer le vent.
- La création d'espaces mutualisables entre l'hôpital et son quartier d'art thérapie, de cinothérapie, commerces, espaces culturels, balnéothérapie....

Mme Axelle BOURDEAU conclut que le retour d'expérience est très positif. Cette collaboration entre la Santé et l'architecture est d'un point de vue

pédagogique, extrêmement enrichissant. Ce partenariat permet aux étudiants de s'ancrer dans le réel et de répondre à une commande réaliste et cadrée. Il les amène à mieux prendre en compte l'utilisateur et d'approcher la complexité en architecture, notamment au travers de ce programme hospitalier.

En tant qu'enseignant, cette opportunité leur a permis d'appréhender la recherche par le projet, et d'expérimenter une méthode pédagogique plus transversale.

Pour le CH de Narbonne, l'ENSAM apparaît comme un laboratoire d'idées et d'expérimentations mais également comme un outil de sensibilisation et de débats sur le devenir de ses établissements de santé. Les projets architecturaux et urbains proposés deviennent un support de dialogue entre l'hôpital et la Ville. Ces études prospectives permettent au CH de Narbonne d'anticiper à certains égards, les besoins et l'évolution des structures hospitalières de son groupement.

De la construction à la réalisation : quels acteurs ?

// UNE METHODOLOGIE ORIGINALE ENTRE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DE L'ARCHITECTURE:

Catherine Cecchi - Enseignante Santé et Architecture-ENSAM

Un préambule : On parle maintenant de ONE HEALTH c'est-à-dire une seule santé qui intègre les notions qu'il n'y a pas de One Health sans : Paix, Abri, Nourriture, Revenu, Satisfaction de la vie, Rôle dans la société, Qualité de vie, Bonheur, Bien-être.

Le concept « d'environnements de vie » reprend ces différents items et lorsqu'ils sont favorables démontrent qu'ils contribuent très largement à notre qualité de vie et à notre santé.

Les études montrent que la santé d'une population dépend seulement de 15 % des progrès thérapeutiques, les 85 % restants étant tributaires d'autres facteurs (comportements individuels ou collectifs, modes, lieux et environnements de vie, etc.). Entre 2015 et 2019, 9 millions de décès prématurés liés à la pollution de l'air dans le monde ont été recensés.

La santé, le bien-être et la qualité de vie sont des notions difficiles à définir. Un étudiant en a donné une définition intéressante et juste, le bien-être repose sur 4 piliers : émotionnel, physique, spirituel et mental. Qui s'appuient sur les éléments suivants qui doivent être pris en compte : plaisir, santé, confort, réussite matérielle, réalisation de soi, harmonie avec soi-même, les autres et l'environnement.

Les environnements de vie peuvent favorables ou non à la santé et dépendent de quatre grand types de facteurs santé.

Notre méthodologie propose la qualification suivante :

Facteurs de production,

Facteurs de protection,

Facteurs d'agression

Facteurs de réparation.

Elle se complète par une identification de la réponse architecturale qui peut être proposée en fonction de l'analyse de ces différents facteurs sur le site où le projet doit être implanté et sur le projet lui-même.

Plusieurs facteurs produisent de la santé et peuvent être identifiés : un aménagement sécurisant, un code de la route respecté, un contact avec la nature, etc. À l'hôpital, cela peut par exemple se traduire par la création d'un parcours santé vert reliant les différentes communautés hospitalières.

Les facteurs de protection sont multiples eux aussi comme : Une alimentation équilibrée, un exercice physique régulier et un logement adapté. Facteurs de production et de protection constituent des environnements de vie favorables à la santé. L'implantation de jardins potagers thérapeutiques pour les patients ou l'organisation de cours de cuisine pour le personnel hospitalier peuvent s'inscrire dans cette démarche.

À l'inverse, le stress, la sédentarité, les habitats insalubres constituent des facteurs d'agression et contribuent à créer des environnements de vie défavorables à la santé. Dans les établissements hospitaliers, l'alimentation « industrielle » en fait partie.

Enfin des facteurs de réparation existent (empathie, amour). Parmi ces derniers, les soins sont facilement identifiables mais d'autres réponses peuvent exister. Dans un hôpital, la création d'un hôtel de familles, d'un pavillon pour les aidants, ou la mise en place d'ateliers cuisine pour le personnel constitueront par exemple des facteurs de réparation.

Ces différents facteurs sont analysés à travers une fiche santé analysant les environnements de vie favorables et défavorables proposant une réponse architecturale adaptée.

Dans le cadre du projet de l'Hôpital Maritime, les étudiants ont été amenés à adopter un regard multidimensionnel pour prendre en compte la réalité de chacun (patients, familles, personnel administratif, habitants). Ils ont été amenés, en l'espace d'un semestre, à identifier les enjeux des environnements de vie existants, favorables et défavorables, et à proposer une réponse architecturale adaptée qui pourrait être apportée.

La méthodologie a consisté à analyser les lieux avec le support de la fiche santé, répertoriant les différents facteurs (favorables, défavorables, facteurs de soin ou d'agression), pour venir ensuite concevoir des propositions architecturales. L'analyse des lieux est construite autour des cinq sens (vue, toucher, ouïe, odorat, goût) et des quatre éléments : la terre (le sol), le vent (l'aération), le feu (la chaleur) et l'eau (l'humidité) avant de réaliser tout projet.

Les réponses apportées par les étudiants à un même projet ont été très variées. Il a par exemple été proposé de :

- végétaliser des espaces pour filtrer le vent et permettre la promenade ;
- conserver un sol meuble pour offrir un parcours sensoriel ;
- éviter les labyrinthes en simplifiant les cheminements ;
- laisser du bois apparent dans les chambres pour permettre un contact direct avec le matériau.

Selon leurs propres retours, la mise en application de la démarche santé leur a permis de prendre en compte des aspects auxquels ils n'auraient pas nécessairement porté attention, de revoir leur raisonnement. Elle leur a permis de remettre le corps humain et son comportement au centre du projet architectural.

Pour que santé/qualité de vie/bien-être dans les environnements de vie deviennent favorables, il est nécessaire de s'appuyer sur les regards et besoins utilisateurs/concepteurs/réalisateurs et de réfléchir en oubliant que l'on est professionnels de..., en se mettant en permanence à la place de, en positionnant toujours l'humain au cœur du projet.

En conclusion, il semble indispensable de s'appuyer sur le regard et les besoins des utilisateurs pour que la santé, la qualité de vie et le bien-être deviennent favorables dans les environnements de vie. Les architectes doivent réfléchir en oubliant leur propre positionnement en tant que professionnels pour épouser un regard multidimensionnel.

*« La réflexion Santé m'a permis de prendre en compte des aspects auxquels je n'aurai pas forcément porté attention, mais également de ne négliger aucune conséquence de mon projet sur le bien-être des résidents et des soignants, en agissant comme un outil structurant de la pensée du projet »
Mathilde Batbedat- Projet « Vue partagée » S5 Année 2021-2022*

//COMMENT INTEGRER LES CONCEPTS DE SANTE – QUALITE DE VIE – BIEN-ETRE DANS LES ÉCOLES D'ARCHITECTURE : GROUPE DE TRAVAIL UAFS

Mme Agathe TOURNIER – DEMESURE - architecte et urbaniste, membre de l'UAFS, membre de la commission d'enseignement de l'architecture en santé.

La commission d'enseignement de l'architecture en santé nourrit l'ambition d'introduire la notion de santé dans les écoles d'architecture et de favoriser la rencontre entre les architectes et les soignants au cours de la formation.

Les étudiants peuvent éprouver des difficultés à se plonger dans l'univers de la maladie et de la vieillesse, celui-ci étant relativement austère. Des actions de sensibilisation dans les écoles ont été initiées afin de montrer aux étudiants que l'architecture de la santé revêt pourtant de nombreuses dimensions et qu'elle est porteuse de perspectives très intéressantes.

Depuis, les questions de santé et d'environnement de vie ont été mises sur le devant de la scène et de nombreux travaux sont actuellement menés sur ces thématiques.

Le travail d'architecte est structuré autour de 4 étapes essentielles :

- Regarder (déconstruire son regard pour voir avec une vision neuve) ;
- Enoncer (un projet, un récit, une intuition) ;
- Dessiner (donner forme aux espaces) ;
- Matérialiser (choisir les matériaux).

L'intégration de la santé dans le cursus d'apprentissage des étudiants et les méthodes d'architecture concrète s'est posée. À ce sujet, Mme Agathe TOURNIER – DEMESURE témoigne d'une expérience intéressante qu'elle a vécue dans le cadre d'un master en journalisme sur les métropoles d'Asie Pacifique.

Lors d'une expérience de terrain de 15 jours à Hanoi, les étudiants dont elle faisait partie ont été amenés à mener un travail sur deux axes : étudier la ville à partir d'une thématique transversale (logement, transport, eau, etc.) d'une part, faire un relevé précis de quatre typologies d'habitat (maisons coloniales, logement collectif, compartiments chinois, maison rurale) d'autre part.

Cette plongée dans le cœur vécu des familles tout en prenant du recul sur la ville a permis à tous, grâce à la superposition des découvertes, de faire apparaître des zones cristallisant un besoin de transformation de l'espace et d'atteindre un niveau de maturité suffisant à la réalisation d'un projet.

Elle suppose que cette démarche pourrait tout à fait être transposée à un enseignement d'architecture dédié à la santé en plongeant dans un hôpital pour découvrir chacun des services, explorer et éprouver la vulnérabilité des patients avant de concevoir les lieux.

//LE DECIDEUR SANTE FACE AUX DEFIS DE LA CONSTRUCTION «HOSPITALIERE»?

Jean-Bernard DUBOIS, Président du Comité de l'Hérault de la Ligue contre le cancer

L'hôpital est avant tout utilitaire et indispensable. Les patients et les familles en sont les usagers.

Plusieurs années s'écoulent en général entre la conception d'un hôpital et sa réalisation. La capacité des concepteurs à anticiper les évolutions à venir est essentielle pour éviter que le bâtiment soit inadapté aux besoins une fois sorti de terre. Plusieurs éléments méritent d'être pensés en amont.

Les problèmes d'urbanisme et de position de l'hôpital dans une ville sont essentiels, non seulement pour la conception intérieure de l'hôpital et l'utilisation de cet hôpital par les usagers du futur, mais également pour la circulation et les flux environnants. L'hôpital doit être accessible. Il faut pouvoir y entrer et sortir facilement. La signalétique (intérieure et

extérieure) est également essentielle. Les notions de flux, de circulation et d'accessibilité sont essentielles dans la conception.

Les architectes doivent tenir compte des souhaits des professionnels de santé et des usagers.

L'organisation interne de l'hôpital est fondamentale. L'architecte doit faciliter autant qu'il le peut la circulation tout en répondant aux impératifs techniques qui lui sont imposés. Les plateaux techniques ne laissent pas la place à la créativité. En revanche, la circulation autour de ces plateaux constitue un enjeu majeur.

Les concepteurs doivent tenir compte de l'évolution très rapide de la technologie. Les équipements sont parfois obsolètes en l'espace de quelques années.

Les transports de matériel, de médicaments et de patients à l'intérieur de l'hôpital sont essentiels. Ces derniers sont, par exemple, très sensibles à la qualité du brancardage.

Les systèmes d'information et la numérisation (actes des administratifs, facturation, dématérialisation des dossiers médicaux, etc.) a transformé les modes opératoires de l'hôpital.

Deux éléments centraux sont à prendre en compte lors de la conception d'un hôpital.

D'une part, il est préférable d'éviter tout arrêt (partiel ou entier, temporaire ou définitif) d'un projet. Ces retards produisent des surcoûts et peuvent entraîner une inadéquation entre le projet initial et le résultat final. Le temps consacré aux études préalables est essentiel. Il permet d'éviter les erreurs, et donc la nécessité d'effectuer des « rattrapages » par la suite.

D'autre part, une attention particulière doit être portée à la durabilité du projet dans le temps. Cela suppose de se projeter dans l'avenir, d'établir des prévisions pour anticiper les futurs besoins. Il convient de ne pas créer des structures figées, mais qui soient adaptables aux évolutions à venir. Les concepteurs peuvent imaginer et proposer des solutions qui laissent la porte ouverte à l'extensibilité d'une structure.

Enfin, si la finalité première de la structure hospitalière est de soigner et guérir, il ne faut pas négliger la qualité esthétique d'un hôpital – intérieure, extérieure et environnementale. Il est essentiel de proposer un cadre de vie agréable (espaces végétaux, terrasses ombragées, etc.) pour le bien-être et bien-vivre du patient, l'hôpital étant un lieu de vie pour ces derniers.

// L'ARCHITECTE FACE AUX DEFIS DE LA CONSTRUCTION «HOSPITALIERE»

Michel Beauvais – Architecte- Agence MBA, membre UAFS

Le lien entre architecture et soin ne s'arrête pas aux locaux. La dimension humaine est au cours de cette relation. À l'occasion de l'exposition du Pavillon de l'Arsenal, Cynthia Fleuri déclarait : « Soin et architecture sont consubstantiels ». Les architectes doivent avant tout parvenir à écouter et instaurer le dialogue. Si le métier d'architecte est complexe, il est également très valorisant et travailler au service de l'architecture de la santé peut être vécu comme un privilège.

La crise sanitaire a accentué les difficultés existantes dans ces structures. Les hôpitaux vivent sous tension en raison de nombreux sujets conflictuels (mal-être de soignants, diminution des moyens, inflation, etc.). Dans ce contexte, il ne faut pas perdre le fil – à savoir la dimension humaine.

Au sein de l'UAFS, de nombreux architectes constatent une dérive grave et ne sont pas satisfaits du fonctionnement actuel. La pratique juridico – administrative est totalement dépassée par rapport aux attentes en raison de l'archaïsme de positionnement de l'architecte par rapport à la commande publique. La place du concepteur est de plus en plus oubliée. Les choix s'opèrent par rapport à de nouvelles procédures liées à des contraintes à la fois budgétaires et temporelles.

La procédure de « dialogue compétitif » instaurée récemment ne permet pas la compétitivité escomptée. Le dialogue se résume à des présentations de projets sur 12 à 18 mois. Au final, une dizaine d'années s'écoulent avant la finalisation d'un projet compte tenu de toutes les étapes qui le jalonnent. Or, les architectes ne sont pas en mesure de venir adapter les programmes au fil du temps, en travaillant avec la communauté (les médecins, le corps médical, les soignants, les administratifs, les ingénieurs...). Les programmes devraient pourtant évoluer en fonction de l'état d'avancement du projet. En cela, il apparaît nécessaire de changer de modèle (modélisation des hôpitaux, tests, vérifications, etc.)

De la même manière, il est également inconcevable que les architectes soient contraints de réclamer les projets médicaux. S'ils ne peuvent pas tout comprendre, ce qu'ils comprennent est très utile. La faisabilité du projet médical doit être testée systématiquement. Le manque de dialogue au sein de la profession (avec les assistants, les programmistes, etc.) fait souvent perdre du temps.

La complexité doit être gérée, comprise, organisée et suppose d'élargir les compétences et les expertises autour du concepteur, mais elle ne paralyse pas.

Le monde hospitalier est indissociable de la conception. Les architectes ont parfois du mal à hiérarchiser tous les éléments à prendre en compte, car tous sont importants. Les évolutions techniques sont par ailleurs rapides. À titre personnel, il indique travailler à la conception d'un hôpital entièrement robotisé, avec des robots « agiles ». L'hôpital digital peut permettre de faciliter les choses et d'aller à l'essentiel. L'accueil peut être repensé pour en faire autre chose, par exemple un pôle culturel et artistique. 85 artistes sont intervenus dans l'hôpital sur lequel il travaille, et qui est désormais un lieu culturel visité. Ce projet a été réalisé à Rouen, avec une grande fresque. Un parcours archéologique a été créé dans le hall de Saintes. Ces conceptions sont possibles et elles ne coûtent pas nécessairement plus, dans la mesure où les projets peuvent être sponsorisés.

// DISCUSSION

Un intervenant indique que l'hôpital d'Amiens sud, assez récent, a été construit au milieu de champs de betteraves et de patates. Les salariés sont contraints de venir en voiture en l'absence de transports en commun. Des parkings immenses ont été construits dans la mesure où les champs étaient

peu onéreux. Les trajets entre le parking et l'hôpital prennent un quart d'heure. Cette conception est catastrophique tant sur le plan de l'accessibilité que sur le plan environnemental, le projet ayant contribué à la suppression de terres agricoles.

Catherine Cecchi remercie l'ensemble des intervenants pour leur présence ainsi que pour la qualité des échanges et donne rendez-vous à tous en 2023.

Document initial rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – infofrance@ubiquis.com

Document relu et corrigé par les intervenants

