



JEUX OLYMPIQUES 2012 LONDRES
HÔPITAUX LA RELÈVE
SELGASCANO CARTHAGÈNE ET MÉRIDA

Dossier réalisé par **François Lamarre**

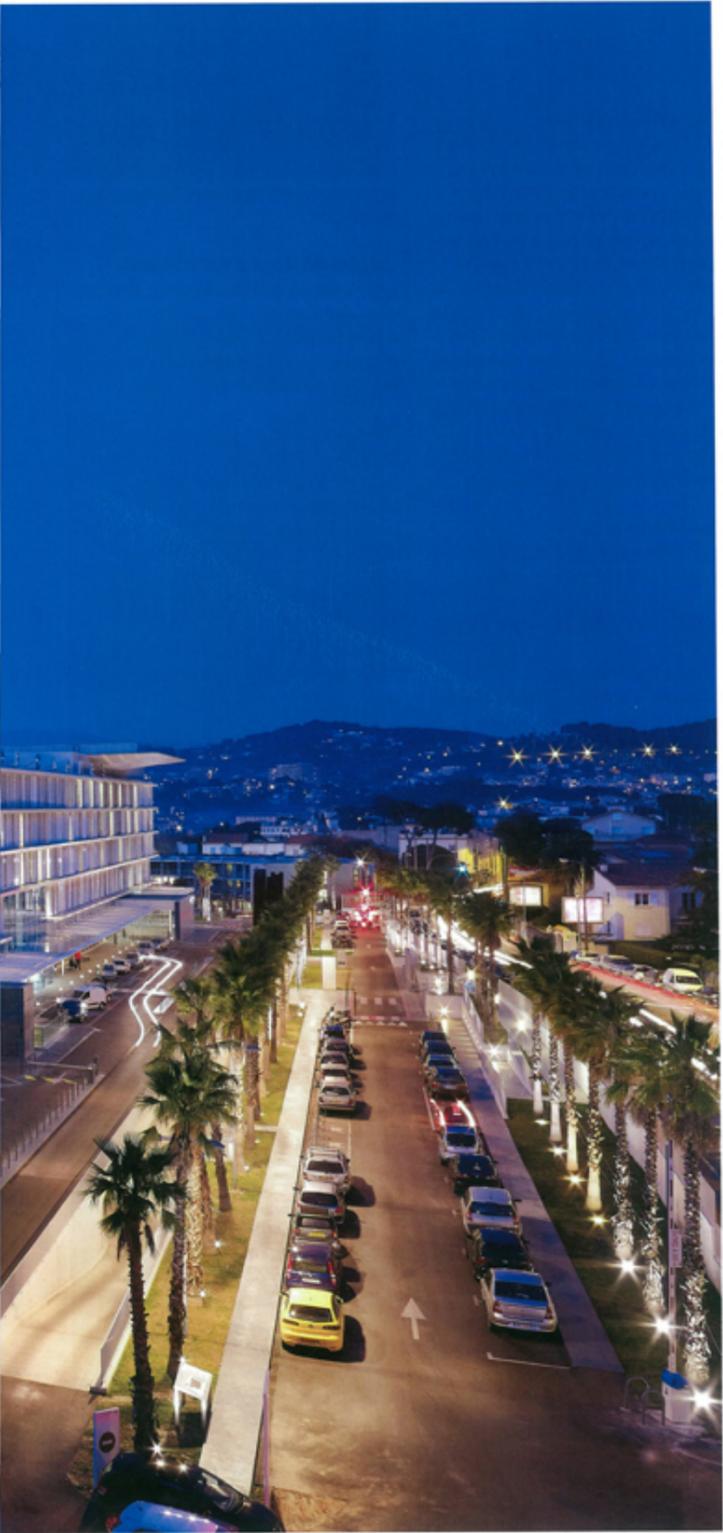


PHOTO COURTESY BRUNET SAUNIER / JULIEN LANDAU

Nef médiévale, cour carrée de l'âge classique, structure pavillonnaire du 19^e siècle, hôpital vertical des Trente Glorieuses... Les typologies de bâtiment hospitalier se suivent, certes sans se ressembler, mais poursuivent à travers les époques une même quête de rationalité, aujourd'hui redoublée d'une technicité ardue et d'une exigence économique primordiale concernant le fonctionnement. Sous la pression comptable, le bâtiment hospitalier prend du coffre - une capacité de 500 lits est la norme - et recherche une efficacité durable à travers la compacité de la forme et la flexibilité des espaces.

De tous les critères, l'économique est devenu le plus déterminant dans un secteur de la santé structurellement déficitaire, les seuls hôpitaux publics affichant un déficit annuel de 800 millions d'euros imputable à quelque 400 établissements sur le millier dénombré. Presqu'une brouille au regard du trou de plus de 8 milliards d'euros creusé chaque année par le régime de l'assurance maladie... Le retour à l'équilibre budgétaire n'en demeure pas moins un impératif pour l'hôpital public, sans parler des 700 établissements privés participant au secteur public hospitalier (PSPH) appelés à prendre le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif. Coûts de fonctionnement, vieillissement des établissements, sécurité sanitaire... Tout conduit à repenser l'organisation de la santé à un niveau global et l'hôpital en particulier, dans ses missions et sa répartition sur le territoire national. Le développement de l'hôpital de jour ou secteur ambulatoire, des soins à domicile, etc, explique en partie la fermeture de milliers de lits ces quinze dernières années... Et la suppression de 20 000 emplois en cinq ans ! La loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HSP) de 2009, dite loi Bachelot, vise à remettre de l'ordre dans ce profond bouleversement du paysage sanitaire, mais encore des pratiques médicales et du vécu même de la maladie. Son titre premier pose sans ambage "la modernisation des établissements de santé" et l'accès pour tous à des

soins de qualité, charge aux agences régionales de santé (ARS) de traduire cette ambition et de coordonner l'action au sein de communautés hospitalières de territoire (CHT). Sur le terrain, les regroupements stratégiques n'ont pas attendu la loi pour s'opérer. De nouveaux établissements programmés dès les premières années 2000 voient le jour, dessinant une nouvelle carte hospitalière plus en phase avec l'urbanisation. Localisations pertinentes et taille critique expliquent les créations observées en rase campagne, à équidistance de centres urbains dont les anciens hôpitaux sont reconvertis, et les nombreuses reconstructions opérées sur d'anciens sites densifiés. A la faveur de ces grandes manœuvres, un nouveau type d'hôpital apparaît, le MCO qui regroupe à minima la médecine, la chirurgie et l'obstétrique pour une capacité jamais inférieure à 300 lits, souvent le double dans les faits. A environ 2 000 euros le m² hon, l'investissement est justifié au regard des faramineux coûts de fonctionnement dont le budget annuel peut représenter le montant des travaux engagés pour une construction neuve ou une reconstruction lourde. Une équation désormais compliquée par la tarification à l'activité (T2A) qui prévaut pour faire tourner les structures hospitalières, avec de nombreux effets secondaires à la clé, compromettant accessoirement leur santé financière et comptable, et par là même leur capacité d'investissement. On n'est pas sorti de l'hôpital...

Hôpitaux, l'impossible optimum

Hôpital privé, Villeneuve-d'Ascq / Hôpital d'instruction des armées Bégin, Saint-Mandé

Architecte, Jean-Philippe Pargade

à l'issue d'une exposition en noir et blanc mûrement réfléchi à la Galerie d'architecture, Jean-Philippe Pargade déclare une passion constante pour les maîtres français de l'abstraction géométrique que sont Aurélie Nemours, Martin Barré, Michel Parmentier... Dans ces œuvres, la rigueur de la démarche s'accompagne d'un extrême raffinement auquel l'architecte se montre sensible. Intarissable sur le sujet, il fait le lien avec son travail de conception, démontrant une fois de plus la transversalité d'une approche architecturale qui se nourrit des arts plastiques. Partant sous cet éclairage, il était tentant de mesurer l'interaction entre ces œuvres de référence et la production hospitalière que l'architecte développe depuis le pôle de santé Sarthe et Loir réalisé au Bailleul en 2007 avec le regretté Gary Glaser pour l'introduction de la couleur dans le bâtiment.

Entretien

avec Jean-Philippe Pargade

Une démarche esthétique aussi pointue et exigeante a-t-elle sa place dans la conception du bâtiment hospitalier ?

L'approche esthétique est sous-jacente à toute démarche architecturale. Elle vaut pour le secteur hospitalier comme pour tous les autres secteurs de la construction, sinon plus tant la présentation est importante pour accueillir, apaiser et conforter l'usager au-delà de l'exigence fonctionnelle, voire pour faire diversion afin de surmonter l'anxiété suscitée par l'hospitalisation ou une simple visite. Certes, ce n'est pas qu'il y ait une demande explicite... Personne ne la formule ! C'est de l'ordre du non-dit, la dimension cachée du programme. L'architecte intègre cette préoccupation dans son travail ; il est là pour ça ! Pas besoin de commande écrite, l'esthétique est de son ressort. Elle intervient pour dissiper le malaise ou le mal-être à tous les niveaux, dans les chambres comme dans les relations de travail. L'hôpital est un

regroupement de micro sociétés très différentes qui ont souvent du mal à travailler ensemble, avec des coupures dans l'organisation et le management qui ne demandent qu'à se creuser. Les hôpitaux sont de grosses machines dans lesquelles l'individu a peur de se faire broyer, le patient aussi bien que le personnel soignant. Dans cette organisation complexe et de grande envergure, l'architecture a un rôle à jouer : faire en sorte que chacun s'y retrouve et s'y sente bien. La question des ambiances - sans parler de la poésie des lieux - y est essentielle pour créer un sentiment d'identité et procurer une stimulation qui permet de dépasser les problèmes posés par l'hôpital, notamment celui du repérage avec tout ce que cela implique dans la relation à l'extérieur, l'organisation des parcours et des circuits, les covisibilités à trouver, etc., quelle que soit d'ailleurs son organisation spatiale.

L'organisation fonctionnelle semble primordiale, prenant le pas sur toute autre considération. Y a-t-il des modèles qui s'imposent, certains plus efficaces que d'autres ?

Il existe des typologies dominantes liées aux époques de construction. Elles procèdent soit de regroupements stratégiques, soit de modes de fonctionnement ou de critères de rentabilité qui varient dans le temps. Le modèle pavillonnaire hérité de la tradition a longtemps prévalu. Puis le modèle de la tour, ou du moins de l'organisation verticale avec les plateaux techniques en base et l'hospitalisation en étage, type CHU, a eu son heure de gloire dans les années 1970. Aujourd'hui, on raisonne plutôt sur une organisation en nappe horizontale, faite de plaques superposées et trouées de patios intérieurs pour pallier l'épaisseur du bâti. Ce modèle est d'ailleurs dérivé de l'organisation en peigne précédemment en vigueur avec ses redents hospitaliers greffés sur une rue intérieure doublée de plateaux techniques. On n'a fait que refermer les dents du peigne en résorbant

l'ampleur de la rue intérieure jugée trop dispendieuse. Autant l'organisation verticale de la tour apparaît centralisée et hiérarchisée, autant celle de la plaque horizontale se veut banalisée et polyvalente, sans hiérarchie imposée, au risque d'une certaine confusion. Elle s'étend de plus en plus et tout finit par y flotter. Limites pas claires et points de repère inexistant, on s'y perd. C'est dans de tels espaces que le travail sur le signe, le rythme et la couleur revêt tout son sens et prend de l'importance.

La polyvalence des espaces est identifiée comme un objectif stratégique. Est-elle justifiée et souhaitable ?

Quelle que soit la typologie, le rapport entre les plateaux techniques et la partie hôtelière est au cœur de la réflexion, sachant que le mode "ambulatoire" est privilégié afin de limiter une hospitalisation toujours plus onéreuse. La maîtrise des coûts de fonctionnement est un impératif prégnant et elle contredit plus qu'elle ne conforte la polyvalence recherchée. Même dans l'organisation en nappe, celle-ci n'est jamais aboutie. L'évolutivité totale n'existe pas. Elle achoppe sur l'innervation et les locaux techniques attachés aux blocs opératoires, de plus en plus volumineux et contraignants. Il existe une spécialisation de fait, incontournable et incompressible, du moins incompatible avec une démarche systémique. A vrai dire, je n'y crois pas plus qu'au modèle idéal. Et puis il faut bien introduire des ruptures, voire de l'irrationnel, sinon c'est invivable. Au Bailleul, la couleur introduite dans les patios avec le concours de Gary Glaser crée des zones d'influence qui font la différence. Sur l'hôpital privé de Villeneuve d'Ascq que nous terminons en ce moment, nous avons combiné plusieurs modèles de fonctionnement en alignant les blocs opératoires sur un seul côté des plateaux hospitaliers organisés autour de patios, avec un bâtiment logistique à part comme

il est demandé aujourd'hui. Les circulations qui innervent les plateaux économisent les points de montée - lesquels coûtent cher - et se spécialisent selon le côté et l'étage entre circuit médical protégé et circuit visiteurs banalisés, et entre flux logistiques également. Les multiples et incessants déplacements que l'on observe me fascinent et l'hôpital, sur ce point, s'apparente à un quartier de ville. C'est pourquoi nos projets répondent à ce besoin d'évolutivité et de transversalité en gommant les limites entre les services et en favorisant la mise en commun des moyens.

L'organisation horizontale en nappe fait donc la preuve de sa capacité d'adaptation et de transformation, et s'impose donc comme un modèle optimal.

La vie n'aime pas les modèles. Et les modèles ne tiennent pas à l'épreuve de la vie. Reste le problème de la localisation. Au cours de la dernière décennie, la plupart des hôpitaux neufs ont été construits en périphérie, au cœur des bassins de vie ou à la croisée des axes de circulation afin de pallier la rareté et le coût du foncier, comme celui du Bailleul implanté sur des terres agricoles à équidistance de deux villes. Quant aux hôpitaux historiques intégrés dans la ville, il s'agit de les restructurer en profondeur. Il faut alors s'adapter à l'existant et aucun modèle n'y résiste. Or, le développement de la médecine ambulatoire plaide pour la proximité et les localisations urbaines, avec toutes les contraintes inhérentes. L'hôpital privé de Villeneuve d'Ascq n'y échappe pas : implanté en milieu péri-urbain, il doit composer avec un environnement composite mêlant tissu pavillonnaire, serres horticoles et implantations tertiaires dans un cadre déjà contraint. Quant à l'extension de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé, elle s'insère dans un ensemble monumental en rapport avec le Château de Vincennes voisin. La forme patrimoniale prime et le bâtiment neuf s'y plie en composant un nouveau barreau, certes creusé



TOUTES PHOTOS COURTESY J.-P. PARGADE / LUC BENOÏT

de patios, qui vient compléter la figure historique. Idem à Marseille où l'hôpital Saint-Joseph se redéploie dans une emprise contenue. Dans de tels contextes, la continuité compte plus que l'objet idéalisé. Je revendique de faire du sur mesure, a fortiori en milieu urbain. Contrairement aux idées reçues, l'architecte est en situation d'organiser les choses de façon magistrale dans le secteur hospitalier, l'un des rares où il a encore du pouvoir. Un conservateur de musée, par exemple, est beaucoup plus directif et présent qu'un directeur d'hôpital. En revanche, la difficulté de l'hospitalier réside dans les budgets qui sont extrêmement serrés. Si la liberté est grande, les limites pécuniaires sont très fortes. Confronté à la rationalisation économique et à l'augmentation de l'offre de soins, l'architecte semble être le seul en mesure d'apporter la dimension sensible et poétique qui préserve l'identité de chacun et favorise la communication. Plus que l'application de modèles fonctionnels, plus qu'un simple travail de façadier, sa mission consiste à assurer la cohérence de l'ensemble et à mettre en valeur la singularité de chaque implantation en veillant à l'environnement et au lien social. Propos recueillis par François Lamarre

Fenêtres fleuries Hôpital privé, Villeneuve-d'Ascq

Regroupement de trois anciennes cliniques rachetées par la Générale de Santé, l'hôpital privé de Villeneuve-d'Ascq est une refondation ambitieuse à fort enjeu économique. Le nouvel équipement s'inscrit dans le cadre d'une action régionale de modernisation et s'insère localement comme un pôle de santé fonctionnant en synergie avec les cliniques déjà présentes dans l'agglomération lilloise. Son organisation en plateaux horizontaux a déjà fait la démonstration de sa capacité à évoluer en cours d'études, sa volumétrie initiale en peigne se refermant en une forme compacte regroupant tous les services envisagés à l'exception de la logistique traitée à part. Un temps sortis, les services de consultation et d'oncologie ont finalement réintégré la boîte. Il en résulte un grand monolithe noir qui reçoit la lumière par des patios et un grand hall sur deux niveaux qui valorise la fonction d'accueil. Posés sur un rez-de-chaussée vitré que longent les circulations, les trois étages d'hospitalisation cultivent une image domestique par de grandes baies cadrées communes à deux chambres. Traitées comme un motif, elles ponctuent la façade revêtue d'une brique anthracite et rompent



la monotonie du percement de leurs couleurs variées et de leurs cadres métalliques ébrasés sur un angle en alternance. La couleur provient de films insérés dans le vitrage qui reproduisent des agrandissements de la série des Chrysanthèmes de l'artiste Gary Glaser précédemment à l'œuvre au Bailleul. L'ébrasure du cadre est un simulacre de perspectives contrariées qui anime les façades au mépris de l'angle de vue. Quant à la brique anthracite, elle constitue un défi finalement admis par la maîtrise d'ouvrage. Par contraste, les retours de façade assument leurs découpes intérieures d'une brique beige. L'organisation spatiale et fonctionnelle de l'hôpital est optimisée et le monolithe noir se glisse en douceur entre maisons cossues, immeubles de bureaux et serres horticoles avec le recul qui sied à l'institution hospitalière.

Programme, 240 lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique, plateau médico-technique. Surface, 23 000 m² hob. Montant des travaux, 16,5 M € HT. Calendrier, concours 2007/livraison mai 2012. Maître d'ouvrage, Générale de Santé. Maîtrise d'œuvre, Jean-Philippe Pargade, architecte mandataire, avec Egis Nord BET, Martin & Guheneuf, économiste. Gros œuvre, SOGEA Caroni (groupe Vinci). Briques Vandersanden. Menuiseries extérieures, R'Pure de Wicona. Cadres fenêtres, Alucobond. Film décor dans vitrage ACE Glass. Sols souples Gerflor. Sols résine Interdesco. Cloisons et faux-plafonds Piacoplâtre. Portes, Malerba. Peintures La Seigneurie.





Figure monumentale
Hôpital d'instruction des armées
Bégin, Saint-Mandé

A deux pas du fort de Vincennes, l'hôpital militaire Bégin campe un ensemble monumental représentatif du modèle historique qui a prévalu pendant deux siècles. Organisé autour d'une grande cour carrée et adossé à un parc tracé dans l'axe, l'hôpital datant du 19^e a reçu dans des années 1970 une extension refermant la composition d'un bâtiment en croix intempéstif. L'ensemble retrouve aujourd'hui forme et équilibre à travers une double opération de restructuration et d'extension qui ne conserve de la croix que la barre transversale et la double d'un nouveau bâtiment faisant face au bois de Vincennes. L'aile démolie laisse l'emprise d'un parvis et l'impact d'un hall traversant dans l'axe de la composition.

Implanté en parallèle, le nouveau bâtiment est érigé d'un bloc en superposant de larges plateaux troués de patios. Il substitue à l'organisation verticale antérieure une configuration horizontale propice à la juxtaposition de plusieurs services sur un même niveau. La polyvalence de ces plateaux favorise le regroupement par pôle et les relations entre services, ainsi que la flexibilité. Les deux bâtiments sont reliés en pied afin d'établir des continuités et de recouper l'axe historique qui gagne la cour monumentale en franchissant une douve paysagère. La cour au cœur de la figure historique est recomposée en un jardin géométrique qui en exalte la forme et l'architecture. Habillé sur ses quatre faces d'une double peau en verre coloré, le nouveau bâtiment répond au bois de Vincennes qu'il réfléchit en miroir. Par son mimétisme verrier, il fait le pendant au sud du parc de l'hôpital déployé

au nord. L'équilibre de la composition en est conforté et la densité introduite par le nouveau bâtiment s'en trouve estompée. Complétée dans sa forme et mieux insérée dans son contexte, l'institution y gagne en rayonnement.

Programme, extension et restructuration totale MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) 470 lits + plateau médico-technique.
 Surface, 48 000 m² hob. Coût, 80 M € HT.
 Calendrier, concours 2004/livraison extension 2010, livraison réhab. 2014. Maître d'ouvrage, Ministère de la Défense/Cellule Bégin
 Rénovée. Maîtrise d'œuvre, Jean-Philippe Pargade, architecte mandataire, avec SNC Lavalin BET, Satoha BET gros œuvre, Gestco BET désamiantage, Martin & Guiheneut, économiste, et D. Besson-Girard, paysagiste.

Equipements, matériaux et produits. Menuiseries extérieures, Wicona. Peintures, La Seigneurie. Sols souples, Gerflor. Sols coulés, Interdesco. Révêtements stratifiés, Polyrey. Stores, Screen. Éclairages, Waldman. Robinetterie Grohe. Plais de travail, Corian. Faux-plafonds, Armstrong. Serrurerie, Bezault. Appareils élévateurs, Otis.

