

Libération

http://www.liberation.fr/france/2018/04/16/regard-d-architecte-sur-la-crise-hospitaliere_1643700

CHRONIQUE «AUX PETITS SOINS»

Regard d'architecte sur la crise hospitalière

Par Eric Favereau — 16 avril 2018 à 17:49



L'hôpital de la Timone, à Marseille. Photo Anne-Christine Poujoulat. AFP

Le malaise vécu par les hôpitaux se ressent-il dans les murs ? Réponse de Jérôme Brunet, qui a construit ou rénové plus de 90 établissements.

Y aurait-il une crise de l'architecture hospitalière comme il y a une crise de l'hôpital ? Le contenu aurait-il des répercussions sur le contenant ? *«En tant qu'architecte, nous répond Jérôme Brunet, on est dans le cadre d'un programme que l'on reçoit. Mais ce que l'on peut remarquer, c'est qu'en vingt-cinq ans, on a assisté à une évolution très nette de la typologie hospitalière.»*

Jérôme Brunet est un de ceux qui connaissent le mieux les murs et le ventre des hôpitaux. Il en a suivi les bouleversements comme les errements, et une expo en a ces jours-ci raconté l'histoire. Depuis un quart de siècle, avec son agence, il a construit ou réaménagé près de 90 hôpitaux, en France mais aussi en Europe. Et cette année, il a reçu l'équerre d'argent, récompense suprême du milieu, pour la réalisation de l'hôpital Nord-Franche-Comté à Belfort. Un lieu impressionnant de 73 000 m², long comme un jour sans pain (250 mètres), et qui donne sur la ligne TGV. Bref, le nec plus ultra technologique, symbole de l'hospitalisation de demain. Et il était tentant, donc, de voir si son œil d'architecte ressentait aussi que la marmite hospitalière était à deux doigts d'exploser...

Hôpital debout

«Ce qui est frappant, nous dit-il, c'est qu'il y a quelques années, on distinguait clairement l'hébergement et les plateaux techniques, c'étaient presque deux mondes à part. Ce n'est plus le cas. La notion de l'évolutivité est devenue le maître mot.» C'est-à-dire ? *«Il faut concevoir le bâtiment*

avec une évolution rapide. Exemple : durant le temps même de la construction, cela peut bouger beaucoup. Un hôpital prend en moyenne dix ans entre le projet et sa réalisation. Tout bouge vite, et encore plus avec la montée en puissance de l'ambulatoire». Certains parlent même d'hôpital debout et non plus couché. Il est vrai qu'avant, l'hôpital était comme une petite ville, on vivait dans les hôpitaux, on y dormait bien sûr. Et il y avait alors une distinction claire entre l'hébergement et les plateaux techniques. «Maintenant, on ne les distingue plus, les deux évoluent, leur place aussi.» Qui plus est, l'hébergement doit être le plus court possible. On peut d'ailleurs souligner que sur ce point, les Français sont en avance avec les chambres individuelles, qui représentent près de 80% des hébergements dans les nouveaux programmes. En Suisse, par exemple, elles atteignent à peine 20%.

Autre changement : avant, les services de soins correspondaient à des espaces forts, marqués, identifiés, pour bien les distinguer les uns des autres : la cardio de l'hémato, les maladies infectieuses de la médecine interne, etc. L'hôpital étant une sorte de juxtaposition de services, bien souvent aux allures de forteresses. Aujourd'hui, à l'heure du parcours de soins, les séparations sont floues. *«Tout est fait avec une standardisation des unités, pour pouvoir jouer les unes sur les autres, les faire évoluer, et pouvoir ainsi reprogrammer des unités de soins»,* note Jérôme Brunet. D'où cette idée de «monospace» qu'il a développée depuis dix ans, avec un quadrillage homogène de l'espace qui organise tout le volume, inspiré à la fois du jeu de taquin et du Rubik's Cube. C'est la flexibilité des plateaux. On peut ainsi déplacer les murs et les frontières entre

services d'un même niveau ou entre étages, dès que des mutations sont nécessaires. On obtient une unité reproductible, échangeable, pour répondre à l'évolution des pratiques hospitalières.

«Le temps des équipes volantes»

Sur le papier, cela peut paraître séduisant et habile. Mais en termes de ressources humaines, cela l'est beaucoup moins car cela se traduit par le mot de «mutualisation des moyens». Une pratique fortement dénoncée par le personnel soignant qui ne sent plus reconnu, devenant lui aussi interchangeable, un jour travaillant dans un service, le lendemain dans un autre, perdant l'importance du contact. *«La disparition des murs n'a pas que des avantages, nous disait une infirmière. C'est le temps des équipes volantes».*

Pour autant, que peut-il faire, lui l'architecte, pour répondre au malaise hospitalier ? Jérôme Brunet n'a pas la solution. *«La notion de l'humain reste présente, mais il ne faut pas s'illusionner, explique-t-il. L'hôpital reste une grande machine à guérir, et à guérir le plus tôt possible.»* Il nous parle technique, de l'évolution des blocs opératoires, avec une place grandissante faite à l'imagerie, les blocs passant de 50 à 80 m². *«Quant au numérique, cela va changer, mais on ne sait pas encore comment et quoi.»* Et la rigueur budgétaire dans tout ça, qui pèse si fort sur le personnel hospitalier ? *«Pour les grands hôpitaux, la rigueur nous conduit à une rationalisation des unités. On ne cherche plus le geste architectural gratuit, on va le transporter dans la conception de la façade, son image extérieure.»* Certes, mais cela suffira-t-il à le rendre plus «hospitalier» ?