

C'est au pied du mur...

Christian Legrève,
responsable du programme
Education permanente à
la Fédération des maisons
médicales.

Tout au départ du projet de cette étude, il y a la rencontre avec Luc Mabilille¹ et le bureau d'architecture SIZE+², qui essaie de modéliser son expérience auprès de plusieurs maisons médicales. C'est surtout le processus de ces collaborations qu'il souhaitait décrire. C'est la méthode d'accompagnement du projet. Plus tard, dans le décours de nos recherches, nous avons fait la connaissance de Marie-Pierre Tourneur³. Elle donne des cours d'architecture hospitalière à l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, et est membre associée du bureau ASSAR⁴, spécialisé dans les projets d'hôpitaux. Elle aussi insiste sur la démarche, et surtout sur la programmation hospitalière⁵, qui fait l'objet d'un de ses cours.

Les échelles des projets sont très différentes entre l'hôpital et une maison médicale. A titre indicatif, la construction du nouvel hôpital civil Marie Curie de Charleroi a nécessité 13 ans de travail, depuis le choix du site jusqu'à l'ouverture, en 2014, pour un budget global de 250 millions d'euros⁶. Le projet liégeois du Centre hospitalier chrétien - CHC, la clinique du Mont Légia, en cours, annonce un budget de construction de 185 millions⁷. Du côté des maisons médicales, on peut évoquer des budgets de construction de l'ordre de 700.00 euros. Le projet récemment déposé par Médecins du monde auprès du Fonds européen de

développement régional (FEDER) prévoyait un budget de deux millions et demi d'euros pour l'aménagement de trois centres santé-social globaux ambulatoires (et trois millions pour l'acquisition des terrains).

Pourtant, les objectifs des étapes successives d'un projet architectural dans l'un et l'autre contexte sont les mêmes. On en retrouve d'ailleurs les différents contenus dans les remarques des architectes qui interviennent régulièrement dans les maisons médicales⁸. Cette méthodologie est largement transposable à tout projet architectural d'infrastructure de service. Elle adapte, en fait, les principes généraux de la gestion de projet. Il nous a semblé utile de la décrire explicitement ici, dans l'idée d'apporter une pierre à l'édifice (!) de la réflexion sur les lieux de nos actions. Pour ce faire, nous nous sommes largement inspirés d'un document de travail de Luc Mabilille et du bureau SIZE+.

La première étape consiste en une étude préliminaire (voir ci-dessous). Elle doit permettre une identification de la situation existante et mettre en évidence certaines qualités, efficacité, ou défauts, lacunes, dysfonctionnements, zones d'ombre ou de désaccord, dans la maison médicale.

1. Architecte, professeur d'architecture d'intérieur à l'Institut des Beaux-Arts Saint-Luc, et chef de travaux d'atelier à spécialité à la faculté d'architecture de l'université de Liège.

2. <https://www.linkedin.com/company/sizeplus>

3. Qui nous écrit un très intéressant article historique dans ce dossier : *L'hôpital du passé et d'aujourd'hui : quels enseignements pour demain ?*

4. <http://www.assar.com/>

5. Réflexions préliminaires visant à établir un diagnostic, mettre en évidence l'opportunité ou la nécessité d'engager un projet hospitalier, positionner le projet dans son contexte, définir ses lignes de force, évaluer de manière sommaire ses conditions de réalisation.

6. <http://www.hospital-magazine.fr/wp-content/uploads/2014/05/International-CHU-Charleroi.pdf>

7. <http://www.artau.be>

8. Voir l'article *L'architecte, artisan d'une santé globale*.

Le cadre sert aussi à définir la marge de manœuvre dont l'institution dispose, à cibler les actions possibles et opportunes en fonction du contexte général et des points particuliers détectés, à définir le rôle de chaque intervenant et partie prenante et à faire émerger de nouvelles préoccupations et axes de réflexion. Enfin, elle doit aussi servir à remettre le projet en question. La deuxième étape consiste en une analyse critique (voir ci-dessous) des données et de la situation (qu'on peut appeler consultance ou assistance).

Volets de l'étude préliminaire

- ◆ Statuts de l'institution : description, raison sociale, missions, structuration des organes décisionnels ;
- ◆ Contexte politico-administratif : soutiens politiques, agréments, contexte politique, structures concurrentes, opposants... ;
- ◆ Contexte économique : moyens financiers, subsides, trésorerie ;
- ◆ Contexte communautaire : le quartier, la zone d'attraction, l'accès, les transports, etc., données socio-économique (le public, niveau de vie, linguistique, etc.), Contexte associatif (inscription dans le quartier, acteurs locaux, synergies existantes et possibles...), proximité d'autres structures (similaires, concurrentes, partenaires, complémentaires) ;
- ◆ Contexte urbanistique (type de quartier, règlement communal, urbanistique, qualité des constructions existantes, place dont on dispose...);
- ◆ Projet : porteur(s), motivation, vision ;
- ◆ Contexte constructif (énergie, qualités/potentiel d'un bâtiment ou terrain, état d'un bâtiment, normes, sécurité,...).

9. Dans le domaine de la construction, le commanditaire d'un projet de bâtiment est communément appelé le maître d'ouvrage. C'est l'entité porteuse du besoin, définissant l'objectif du projet, son calendrier et le budget consacré. Il maîtrise l'idée de base du projet et représente, à ce titre, les utilisateurs finaux à qui l'ouvrage est destiné. Il est client d'un maître d'œuvre qui apporte son expertise dans la conception, dirige la construction et assure la réception des travaux.

C'est une première approche, qui permet de voir dans quel contexte large on se situe, et de visualiser des options de marche à suivre. Le maître d'ouvrage⁹ participe de manière active non-seulement à l'identification, mais aussi à la (re)définition de l'outil (du bâtiment) concerné. La mission de consultance/assistance permet alors, à travers une multitude de données, constats, questions, d'accompagner, d'orienter le maître d'ouvrage vers des choix, options, ou directions 'éclairés'.

Objectifs de l'analyse critique

- ◆ Croiser les compétences propres de l'équipe 'maître d'ouvrage' avec celle de l'équipe 'auteur du projet', échanger les points de vue et connaissances pour faire émerger un questionnement plus pointu et plus fédérateur ;
- ◆ Enoncer des questions déterminantes à aborder ;
- ◆ Apporter les éléments de réponse les plus adéquats possibles dans un questionnement large ;
- ◆ Déterminer des pistes d'amélioration (orientation) ;
- ◆ Recommander des contacts complémentaires de personnes de référence pour compléter cette analyse.

La troisième étape est celle de l'orientation, formulée par l'équipe de consultance, à l'issue de la phase d'analyse critique. Aussi singulière et inattendue que soit la conclusion de la consultance (la proposition d'orientation), il faut que le maître d'ouvrage soit convaincu et se sente accompagné par une démarche destinée à remplir un objectif défini. Il faut alors poursuivre (s'il faut poursuivre) avec le bon service, proposé de manière adéquate.

L'architecte-conseil des trois premières étapes ne sera pas forcément le bon acteur pour apporter, de manière concrète, la bonne réponse dans chacun des cas, mais il est le bon intermédiaire, le bon interlocuteur pour passer le flambeau. La prise en compte d'un contexte large peut amener à un large éventail d'orientations. A ce titre, un bon carnet d'adresses, la multiplicité des contacts, et la possibilité de partenariats, de recommandations, de communication d'idées et la visibilité seront des critères de sélection de l'architecte-conseil à qui confier les premières étapes, et, en tous cas, celle-ci.

Ensuite, seulement, commence la mission opérationnelle. En fonction des pistes d'orientation proposées, validées par le maître d'ouvrage, la suite des missions de consultance peut déboucher sur des missions « opérationnelles », plus concrètes, dans des domaines variés cette mission pourra conduire à une esquisse, puis un avant-projet, un projet, le suivi de sa réalisation, puis l'évaluation dans le temps et les ajustements ultérieurs.

Propagation

Cette approche se généralise dans le secteur hospitalier, assez récemment chez nous, mais depuis un moment en France, où de l'expertise méthodologique se construit. Des journées d'études sont organisées, des documents circulent. « [] *il est apparu important de proposer aux maîtres d'ouvrage un outil méthodologique ciblé sur une phase primordiale et indispensable qu'est la programmation, outil qui vient compléter les documents proposés par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) regroupées en 2009 au sein de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)*¹⁰ ». Les nombreuses présentations publiques des projets qui sont actuellement à l'œuvre en Belgique, notamment à Bruxelles, Charleroi et Liège permettent de partager ces apports.

Une des conséquences de cette approche est que les différentes phases des projets font l'objet d'une expertise spécifique et sont parfois confiées à des opérateurs différents. On pourrait y voir une bureaucratisation des démarches et un risque de perte d'efficacité. Effectivement, le suivi de ces projets et des nombreux contacts avec les parties prenantes nécessite la mise en place d'une équipe spécifique et demande des moyens importants. Mais l'enjeu est l'adéquation dans le long terme de structures qui vont déterminer la mise en œuvre des soins pour de très nombreuses personnes, patients comme travailleurs. Rappelons le délai de réalisation de l'hôpital civil de Charleroi. Si on prend cette base, un hôpital qu'on envisage aujourd'hui serait achevé en 2030, pour fonctionner jusqu'en 2070. Ça donne une idée des aspects à prendre en compte, et des moyens méthodologiques à mettre en œuvre. On peut penser que la soumission des différentes phases du projet à des bureaux différents permet de mieux prendre en compte la bonne fin de chacune d'entre elles et le respect des échéances intermédiaires, en engageant la responsabilité des uns sur les autres.

10. Ministère de la Santé et des Sports, direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, *Repères méthodologiques en phase programmation*; 2010; <http://www.sante.gouv.fr>

Et dans les maisons médicales

Dans nos maisons médicales, les enjeux semblent moins importants. Et d'ailleurs, il n'est pas rare de voir des équipes se lancer directement dans une demande de projet à un architecte. Il n'y a pas toujours de ressources spécifiques dédiées au suivi des différentes phases du projet. Celles-ci sont parfois menées implicitement, sans échéances, ni cahier de charges intermédiaires. Dans les pires des cas, la maison médicale se lance dans des aménagements qui n'ont pas été concertés.

Dans le petit questionnaire que nous avons adressé par mail à chacune des maisons médicales, sur les 19 équipes répondantes, la plupart avaient des travaux récemment réalisés, en cours ou en projet. Et pourtant, rares sont celles qui sont organisées de manière structurée pour envisager ces aménagements. « *On en discute en réunion d'équipe et on dégage des moyens pour améliorer les locaux* »; « *Réflexion faite en réunion de secteur puis retour en réunion d'équipe* ». Ce sont là les dispositifs les plus fréquemment évoqués. Souvent « *un responsable est nommé pour les travaux* ». Et parfois « *le conseil d'administration décide des aménagements mais il nous demande notre avis pour notre espace et les espaces communs* ». Dans une seule de ces équipes, il est fait mention d'un architecte qui accompagne la réflexion de l'équipe en amont ou en aval des travaux eux-mêmes. Bien entendu, le résultat de notre petite enquête ne peut prétendre à la représentativité. Nous connaissons des équipes qui se sont structurées pour accompagner leur projet architectural, notamment en lien avec les usagers. Mais l'image qui se dégage semble correspondre à la situation générale.

Dans la plupart des cas, ce sont les contraintes qui ont dicté les choix architecturaux, sans qu'on sache clairement comment elles ont été analysées. « *Tout simplement, lorsque nous recherchons les locaux, c'est le seul bâtiment que nous avons trouvé disponible* ». « *Choix de ne pas augmenter la patientèle ni l'équipe* ». « *Pas assez d'argent pour acheter un autre bâtiment alors on a effectué des travaux de rénovation qui ne nécessitent pas de permis d'urbanisme* ». « *Se contraindre dans les murs pour le moment ! Extension en cours de réflexion* ». « *Le projet s'éternise parce qu'il est lié à un projet de rénovation urbaine mené par la ville et que cela met énormément de temps* ».

On comprend qu'une équipe de maison médicale puisse difficilement s'investir dans une activité qui sort du cadre de ses missions habituelles. Les ressources à consacrer aux aménagements ne sont pas explicitement financées, et donc pas organisées spécifiquement.

Pourtant, même si les budgets et le nombre de personnes concernées sont sans commune mesure avec les structures hospitalières, nos initiatives architecturales ont des impacts importants, à notre échelle. Elles déterminent notre activité dans le long terme, et engagent toutes les personnes utilisatrices qui nous suivront. Il n'y a pas de raison de ne pas approcher ces démarches méthodologiquement, comme nous le faisons de toutes nos activités. Il n'y a pas de raison de se décharger complètement sur un architecte, ni de se priver d'une expertise spécialisée positionnée comme un conseil. Il n'y a pas de raison de ne pas organiser un diagnostic partagé et une concertation large et méthodique sur les attentes.

Suradapté et inadaptable

La mise en œuvre d'un projet d'aménagement, de construction ou de rénovation supposerait donc le dialogue avec des experts que sont des architectes.

Avant de mettre au point la structure de notre étude, nous avons rencontré deux architectes, enseignants tous les deux. L'un en architecture d'intérieur, et l'autre en urbanisme. Ils avaient des approches très différentes des questions qui nous occupent, mais se rejoignaient sur un constat fort : ce qui est suradapté est inadaptable. Ce constat leur semblait constituer une balise à ne jamais perdre de vue quand on envisage la construction ou l'aménagement d'un lieu de service. Il s'agit de ne pas enserrer l'architecture dans la fonction. De ne pas s'enfermer, soi-même, dans l'utilité des lieux telle qu'on peut la concevoir au moment du projet. Leur sentence nous invitait à ne pas perdre de vue le sens du geste architectural, dans la durée.

Et cette idée leur semblait fondamentale, dans tout projet architectural. Une base. Un principe. Lorsque nous avons interrogé les équipes, nous leur avons donc demandé leur avis sur cette phrase. Deux des répondants nous ont répondu que ça ne voulait rien dire. Quelques-uns n'étaient absolument pas d'accord. Un seul semblé être en accord, et voir l'intérêt de la réflexion. La plupart ne la comprenaient absolument pas.

Pourtant, la préoccupation est bien présente dans le monde de l'architecture « [...] il semble que ces disciplines [architecture, urbanisme et paysagisme] peuvent d'autant plus contribuer à notre bien-être général qu'elles offrent dans un même projet une pluralité de sens et d'usages. La qualité d'un projet ne réside pas seulement dans la résolution de problèmes spécifiques ou dans un rôle directement thérapeutique, mais surtout dans la valeur

ajoutée qu'il est en mesure de créer en intégrant aux solutions techniques et médicales des valeurs sociales et environnementales¹¹ ».

Sans doute le cadre du questionnaire ne facilitait pas une réflexion aussi profonde. Mais en lisant les réactions, en repensant à nos deux sages, nous avons eu l'impression de voir là le signe d'un décalage de culture qui doit absolument être pris en compte pour travailler de manière totalement utile avec un architecte. C'est probablement la toute première étape dans le contact d'un processus qui interroge profondément nos manières de faire, de voir et de penser les gens, le soin, les lieux.

Cette toute première étape doit donc être suivie par de nombreuses autres, par un cheminement qu'il convient d'explicitier et de formaliser. Le mouvement des maisons médicales pourrait trouver bénéfique à partager les expériences de ce cheminement. C'est ce quoi nous espérons contribuer modestement avec ce point de départ. ■

11. *En imparfaite santé : la médicalisation de l'architecture*, cf. Bibliographie en fin de dossier.

