

# L'architecte, artisan d'une santé globale

**Marinette Mormont,**  
journaliste à l'agence Alter.

*Les maisons médicales, à la frontière entre social et médical, ont besoin d'espaces qui leur ressemblent. L'architecte jongle avec la technique et l'esthétique pour apporter des réponses qui collent avec une certaine vision de la santé, qui prennent en compte les besoins distincts du personnel et des patients partageant ces lieux.*

Les maisons médicales, lieux de soin, nécessitent des aménagements spécifiques. Taille des cabinets, équipements, rangements sécurisés ou encore éclairages, l'agencement des pièces et les finitions doivent être pensés et soignés pour répondre adéquatement à cette fonction. Mais avec leur vision globale de la santé, ces structures cherchent à se démarquer de l'hôpital. Et cela, les architectes qui ont travaillé avec elles l'ont bien compris, adaptant leur intervention à ce projet bien particulier. « *Cela doit être fonctionnel sans être médicalisé* », commente Stéphanie Dejaiffe, architecte à Floreffe, qui précise : *concrètement, on peut travailler sur l'éclairage en remplaçant les néons par des luminaires plus chaleureux, ou sur les revêtements de sols en utilisant des matériaux solides et pratiques, types vinyles hospitaliers, tout en jouant avec des textures et des couleurs qui évoquent l'habitation.*

L'enjeu est de réussir à intégrer dans le bâti les valeurs qui sont au cœur de la démarche des maisons médicales : l'accessibilité, l'accueil. L'accessibilité des personnes à mobilité réduite bien sûr. Rampes, largeur des portes, sanitaires adaptés... tous ces ajustements doivent être mis en œuvre. Mais l'accessibilité ne se résume pas à cela. Pour Sébastien Mouffe, du bureau d'architecture Subway (Namur) qui s'est vu confier la réalisation de plusieurs maisons médicales dans les régions de Namur et de Charleroi, l'accessibilité est aussi « psychologique » : « *Par l'image qu'on donne, la façon dont l'entrée est conçue et le développement du projet, il est possible d'influencer le comportement du visiteur à l'approche du bâtiment et de l'inviter à entrer de façon spontanée.* » Dans le cas du projet des Bruyères à Auvélais, illustre-t-il, « *on a métamorphosé une maison d'habitation peu engageante. Le choix d'une architecture contemporaine crée un appel visuel assumé* ». L'embellissement du bâtiment fait partie intégrante de la mission

de l'architecte et participe à la construction d'une relation avec le quartier.

La fonction d'accueil, une autre des priorités des maisons médicales, qui prend corps dans la salle d'attente. Confortable, agréable, presque familiale, celle-ci doit aussi éviter l'engorgement des patients. L'ambiance doit y être sereine car « *les gens ne sont pas toujours au meilleur de leur forme* ». La fonction sociale des maisons médicales peut aussi passer le pas de ce lieu névralgique et s'exprimer dans d'autres espaces. La maison médicale de Bomel, à Namur, a prévu une salle de douche qui peut être utilisée en cas de besoin. Celle du Maelbeek, à Etterbeek, a misé sur un lieu de rencontre « parents-enfants » : l'espace, polyvalent, reflète la diversité des activités des maisons médicales.

## Des besoins qui se croisent

Mais l'architecture d'une maison médicale ne pourrait se réduire à la seule prise en compte de ses bénéficiaires. Patients et personnel ont des besoins distincts qui cohabitent dans le bâtiment et qui supposent des aménagements pour les uns et pour les autres. Sébastien Causin de la Fabrique d'espaces (Bruxelles) : « *Le personnel a besoin d'un cadre de travail agréable. Il ne doit pas tout le temps être confronté au patient. Il faut faire cohabiter les deux flux en évitant qu'ils soient constamment collés les uns aux autres.* »

Cela se matérialise par la coexistence d'espaces publics et privés. Ces derniers - réfectoire, salle de réunion, bureaux administratifs - sont les lieux d'échanges entre collègues, en équipe. Les sanitaires, eux aussi sont dissociés. Quant aux accueillants, qui passent le plus clair de leur temps dans la salle d'attente, ils doivent se sentir « protégés ». À la maison médicale du

Maelbeek, explique l'architecte bruxellois, au début, ils étaient perdus derrière une table au milieu de la salle d'attente. « *Or il y a parfois des patients qui ne sont pas évidents. Il faut que le personnel puisse avoir une forme de contrôle social sur les patients dans la salle d'attente, dans les couloirs.* » D'où l'aménagement un secrétariat légèrement surélevé, « avec du recul ».

## Entre aspirations et contraintes

La plupart du temps, les maisons médicales intègrent d'anciennes maisons d'habitation, difficiles à adapter. Si ce type de bâtiment répond à un souhait évident de proximité, d'inscription dans un quartier, il comporte son lot de contraintes : problèmes de circulation dans le bâtiment, de place qui vient souvent à manquer, mais aussi de confidentialité. À cet égard, le défi consiste à faire coexister lumière naturelle et occultation des cabinets médicaux. Cheminées de lumière qui dégringolent du toit, parois vitrées habillées de films ou de stores, autant d'artifices qui permettent de respecter la confidentialité de l'échange tout en autorisant le passage de la lumière naturelle. De même, l'acoustique est au centre de l'attention de l'architecte, qui travaille souvent dans une configuration de bâti dense, mitoyen, avec des planchers en bois.

« *Notre rôle est de conserver au mieux le côté 'maison' du projet tout en gommant les imperfections du bâtiment pour rendre possible le fonctionnement efficace de la maison médicale* », précise Sébastien Mouffe. Qui insiste sur l'aspect modulable, adaptable, du projet architectural : « *Il faut anticiper les grandes lignes de l'évolution de la structure et choisir le bâtiment à rénover ou le terrain à construire en fonction.* » Même si, dans beaucoup de cas, on se trouve déjà dans une situation de maximisation du bâti.

## Une collaboration à construire

La maison médicale de Bomel a contacté Stéphanie Dejaiiffe avant d'acheter un bâtiment. « *On cherche un lieu, m'ont-ils dit. On a besoin d'être aiguillés dans le choix de ce lieu.* » La préférence a été donnée à un espace de plain-pied, dans le centre-ville. « *La demande s'est faite en amont de l'achat. Ils savaient ce qu'ils voulaient comme surface, mais faire les visites ensemble a permis de voir ce qui était réalisable.* »

Bomel : une équipe d'une vingtaine de personnes. « *Evidemment il fallait gérer cela* », explique Stéphanie Dejaiiffe. Car on le sait, le mode de décision en maison médicale est participatif, voire autogestionnaire. Pour l'avant-projet, l'ensemble de l'équipe a été consulté,

chacun des services a réfléchi à ses besoins et réagi à la proposition de l'architecte. Par après, relate cette dernière, « *il n'était pas concevable d'avoir 20 personnes différentes pour suivre le chantier, pour choisir un matériau.* » Une cellule de trois ou quatre personnes a été désignée pour servir de relais. « *En tant qu'architecte on a un rôle à jouer : on les aide à prendre des décisions sur des choix esthétiques. On a un rôle plus important que chez un particulier* » conclut Stéphanie Dejaiiffe.

Ce que confirme Sébastien Causin. Maison médicale des Marolles, maison médicale du Maelbeek, maison Asaso à Saint-Gilles, il semble prendre un certain plaisir à renouveler ses collaborations avec les centres de santé intégrée. « *On a une relation différente avec une maison médicale qu'avec un particulier. Il y a moins d'affectif. J'ai toujours eu beaucoup de liberté d'action tant par rapport à la configuration des espaces qu'aux parachèvements.* »

Qu'on se le dise : les architectes trouvent du sens à travailler avec les maisons médicales. Les projets qu'ils accompagnent leur donnent le sentiment de jouer pleinement leur rôle, tel qu'ils et elles se le représentent. ■

## Territoire

---

« La territorialité est une expression de l'identité dans le sens où elle a pour principale fonction la régulation de l'interaction sociale. Cette notion regroupe les processus d'appropriation d'un territoire. L'espace de travail est vécu comme un territoire personnel, il permet à son utilisateur de maîtriser ses interactions interpersonnelles. Il peut le marquer comme son domaine propre en y contrôlant l'entrée. Bien sûr, l'occupation d'un lieu, d'un bureau, d'une salle reconnus comme territoire personnel suppose une position identitaire forte. Les territoires sont donc privatisés dans le sens où l'on peut en contrôler l'entrée. Certes l'activité de soin médico-social et psychiatrique réclame de fait le respect de l'intimité et la protection de l'espace thérapeutique des intrusions. Mais les bureaux sont aussi des espaces de travaux personnels. [ ] FISCHER cite GOODRICH (1982) qui dit que : « La définition du territoire par des frontières ou des barrières physiques et psychologiques est un aspect important qui influence le sentiment de privatisation au travail. Les barrières érigées par l'occupant ou fournies par l'organisation permettent d'établir une nette distinction entre soi et autrui, entre son groupe et les autres » ».

Extrait de « Passez les bornes ! » *Les enjeux des territoires professionnels en équipes médico-sociales et psychiatriques* (pages 33-34), Vannier Sylvain. Institut de formation des cadres de santé à Aix en Provence. Promotion 2003-2004.

En ligne : <http://www.infirmiers.com/pdf/memoire-sylvainevannier.pdf>

« En termes de territoire, les accueillant-e-s occupent une place particulière. L'espace d'accueil sert en effet de « plaque-tournante, carrefour de relations (entre professionnels, entre patients, entre patients et professionnels) » ; « l'accueil constitue une zone-tampon où se déposent, s'exposent ou explosent les tensions des uns et des autres ». « Il n'y a pas de répit à l'accueil ; c'est ça notre pénibilité ». « La sollicitation est presque permanente dans cet espace intermédiaire, sur les plans physique (entre le dedans et le dehors) et temporel (entre l'arrivée et le rendez-vous, et après la consultation), lieu de passage aussi des collègues. » « Ainsi, la séparation dans le temps et l'espace de l'accueil des patients proprement dit et des tâches « moins première ligne », plus administratives, contribuerait également à assurer un meilleur équilibre pour les professionnels entre sollicitation continue et concentration pour une plus grande qualité de travail, dans les deux types de tâches. »

Extraits de *Professionalisation et reconnaissance de la fonction accueil, un processus à poursuivre*. Chapoix Gaëlle, analyse en éducation permanente, Fédération des maisons médicales, décembre 2014, n°15.

En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/2014-4516.html>