



HOPITAL AZ JAN PORTAELS A VILVOORDE (BE) - Project © Philippe SAMYN and PARTNERS, architects & engineers

Réflexion sur l'hôpital...


 Entretien avec **Philippe Samyn**, architecte et ingénieur, fondateur de Samyn & Partners SPRL

Quel parcours a favorisé votre intérêt pour l'architecture hospitalière ?

Philippe Samyn : Ce parcours n'est pas différent de celui qui a favorisé mon intérêt pour tout autre type de bâtiment. Le rôle de l'architecte et de l'ingénieur est de cultiver une curiosité intense et permanente pour tout. Aucun programme ni aucune activité humaine ne sont à dédaigner par l'architecte. Cela étant, ma formation scientifique me prédispose pour des programmes sur lesquels la technique et la science jouent un rôle momentanément important.

Quels sont les ouvrages théoriques qui ont influencé votre parcours ?

P.S : La formation de base est la première source d'influence. Dans un monde euclidien et pythagorien, le commencement reste la théorie d'architecture de Vitruve, qui est encore aujourd'hui la référence fondamentale pour le monde occidental. En ce qui concerne le fond, cette théorie a été actualisée il y a une vingtaine d'années par l'anthropologue et architecte anglais Christopher Alexander, accompagné de ses collaborateurs de l'université de Berkeley, dans son ouvrage *A Pattern Language*. En s'appuyant sur la théorie de Vitruve, le moine bénédictin et architecte néerlandais Dom Hans Van Der Laan, a percé dans les années 30 ou 40 le mystère entourant les chiffres

qui régissent l'architecture et l'espace à trois dimensions et donna lieu à son ouvrage "Le nombre plastique", éclipsé, à tort, par Le Modulor, inventé par Le Corbusier. Ce dernier basé sur le nombre d'or qui régit l'espace à deux dimensions est inopérant à trois dimensions. Ces ouvrages fondamentaux sont donc les références de base pour l'architecte évoluant dans un monde « vitruvien ». Cependant, je m'interroge souvent sur la prison intellectuelle formée par cet espace euclidien. Cette restriction intellectuelle est propre à toutes les sociétés urbaines du monde, et cela depuis la plus haute Antiquité, mais reste étrangère au monde nomade, qu'il s'agisse des tribus Inuits jusqu'à la Terre de Feu, de celles d'Afrique ou encore des tribus des îles de l'Océan Pacifique. Dans nos sociétés urbaines, l'abstraction de l'homme est l'élément central de la pensée, remplacé par la fusion de l'homme avec la nature pour les sociétés nomades. Ces dernières ne partagent donc pas notre géométrie et cet a priori philosophique indissociable de notre esprit. La croissance gigantesque de la puissance informatique (I) à laquelle nous assistons améliorera notre compréhension des nanosciences (N), de la biologie (B) et des questions cognitives (C)(NBIC), mais également de la manière dont ces peuples nomades réagissaient à la nature. Ce n'est pas un détail d'évoquer le programme hospitalier car nous nous trouvons, peut-être, face à un nouveau paradigme. Pour en revenir aux ouvrages qui inspirent ma pensée, ils sont nombreux et parfois très récents comme, notamment *La mort de la mort du chirurgien* et *Enarque Laurent Alexandre*, qui, ne connaît pas encore le retentissement qu'il devrait avoir. Mes sources d'inspiration sont donc un mélange d'ouvrages classiques, théoriques, que je mets à l'épreuve par des réflexions sur les populations plus nomades, et d'ouvrages d'explications scientifiques, d'ingénieurs, d'économistes ou de médecins, mais aussi l'actualité.

Actuellement, quelles sont les caractéristiques capacitaires des établissements de santé en Belgique ?

PS : Les caractéristiques capacitaires sont beaucoup trop importantes. Ce serait faire preuve d'un aveuglement extraordinaire que d'ignorer que les interventions allopathiques violentes ne sont maintenant principalement nécessaires que pour les accidentés. Les interventions chirurgicales volontaires réalisées en quelques heures feront de plus en plus appel à la micro chirurgie puis à la nanotechnologie. Il s'agit d'un défi majeur, d'une très grande ambition intellectuelle. Nous constaterons sûrement à l'avenir une fusion entre les établissements actuellement segmentés, notamment l'hôpital universitaire, l'hôpital psychiatrique et la maison de retraite, qui ne formeront plus qu'un ensemble unique (un peu à la manière ou le « New World of Working » modifie l'architecture des espaces de travail, sans postes dédiés). La segmentation actuelle entre la psychiatrie et la médecine allopathique n'aura plus aucune raison d'être car le cerveau est un organe au même titre que le foie ou l'estomac.

Quel cheminement vous a conduit à cette réflexion ?

PS : Ma réflexion repose principalement sur l'aspect extraordinairement technocratique des programmes hospitaliers et le désarroi que je ressens de la part des responsables qui semblent indécis face à deux approches actuelles et antagonistes et de surcroît très loin de ce qu'elles devraient être. Le modèle de l'hôpital générique, d'une part, si en vogue aujourd'hui, où les activités hospitalières sont segmentées dans différents bâtiments en fonction de leur durée de vie prévue, et qui sera très rapidement obsolète face à la révolution NBIC qui n'est pas sans rappeler l'avènement de l'industrie au début du XX^{ème} siècle. Cette nouvelle approche va inmanquablement forcer une réflexion plus holistique sur la manière de concevoir la carcasse immobilière chargée de recevoir l'activité de soins en général. Notre projet, non-retenu, pour le grand hôpital de Charleroi en est un exemple. À l'hôpital générique s'oppose donc d'autre part encore un hôpital plus mécanique, où chaque élément est intégré, et qui ne présente pas plus de défauts. Notre projet, non-retenu, pour l'hôpital de Vilvoorde en est un exemple. En effet, si cet « hôpital machine » est conçu de manière à pouvoir, dans vingt ans, accueillir des logements, une école ou des bureaux, il n'est alors plus un problème. Imaginer l'hôpital comme un bâtiment, très spécialisé et performant à l'heure actuelle mais pouvant évoluer, est une voie prudente.

Les avancées dans le domaine architectural sont-elles les seules réflexions de l'architecte ?

PS : Non, loin de là. Pour démontrer clairement la nature de la question je préfère citer quelques chiffres. Ainsi, pour une ville de trente milles habitants, en incluant voiries et autres réseaux de toutes natures ainsi que l'ensemble des activités humaines, y compris le logement, il faut compter près de 100m² brut par habitant. À mètres carrés équivalents et au niveau de l'investissement, cette ville de trente milles habitants consommera donc près de 3 millions de mètres carrés. Si chaque mètre carré, tous frais confondus (coûts de construction, d'opération et coût global), est chiffré à 5000 euros, nous arrivons à une somme de 15 milliards d'euros ! Si nous répétons cette opération en multipliant à chaque fois par le nombre d'habitants de la ville,

nous constaterons à quel point ces montants défient l'imagination. Cela montre combien l'investissement immobilier peut être un frein à l'évolution d'une société. Cette problématique est tout aussi vraie à l'échelle d'un hôpital et, même si la réponse est mauvaise, les sommes engagées dans le processus sont telles que les acteurs ne peuvent revenir en arrière et doivent composer avec cette réponse inadaptée pendant plusieurs décennies. Nous devons donc mettre fin à ce cercle vicieux en mettant en place des bâtiments réellement adaptables, d'autant plus que l'ampleur de l'évolution des techniques médicales est telle, que notre seule certitude reste le fait que nous verrons bientôt apparaître une augmentation de l'activité de nano chirurgie et de chirurgie ambulatoire. Si bien que les bâtiments actuellement en projet dédiés à une activité précise seront en réalité loin de remplir parfaitement leurs fonctions lors de leur ouverture. Autre témoignage d'un manque de cohérence flagrant : la disproportion des lits d'hôpitaux psychiatriques au regard du nombre de lits des hôpitaux classiques en Europe. Cette discordance est inexplicable et ne résulte que d'habitudes sociologiques que nous devons également chercher à rééquilibrer par les progrès de la médecine où l'hôpital psychiatrique et l'hôpital universitaire ne souffriront plus d'aucune différence. Se posera alors la question de savoir jusqu'où le terme d'hôpital pourra être appliqué... Notre proposition d'un hôpital en anneau selon un ovale à Michel Ange pour la périphérie de Vicenza illustre une tentative dans ce sens.

Avant de pouvoir fusionner hôpital générique et hôpital psychiatrique, ne faudrait-il pas lever le tabou de l'activité de soins psychiatrique ?

PS : J'ai eu le privilège de collaborer aux côtés du docteur Raoul Titeca pour la conception de la Clinique Sans Souci. Ce projet est la preuve qu'un établissement psychiatrique peut tout à fait se concevoir d'une manière totalement différente d'une conception de type « asilaire ». La voie qu'a suivie Raoul Titeca pour la conception de cette clinique est, peut-être, celle que devrait suivre l'hôpital du futur. La technologie, bien qu'elle soit de plus en plus présente, sera de moins en moins apparente car, mise à part le cas des services d'urgences où les interventions de « mécanique humaine » sont obligatoires, l'hôpital tendra toujours à se rapprocher d'un lieu de vie classique. L'essentiel de l'activité hospitalière évoluant à l'échelle nanométrique, elle ne demandera plus cette débauche de salles stériles et de locaux spécialisés dont l'obsolescence n'a d'égal que leur coût de fonctionnement. À l'avenir, l'hôpital n'aura plus l'apparence d'un laboratoire. Ce n'est pas pour autant que nous ne pourrions plus montrer qu'il s'agit d'un établissement hospitalier. De plus, malgré tous nos efforts, toute tentative de masquer la fonction d'un bâtiment par son architecture est éphémère. Cela ne peut s'accorder avec l'obligation de la transparence d'un hôpital car ce dernier doit rester à échelle humaine.

Comment définiriez-vous la culture européenne en matière d'architecture hospitalière ?

PS : Je ne reste qu'un amateur qui se pose toujours des questions et, à ce titre, je n'ai aucun avis péremptoire à émettre. J'ai la chance de traiter une grande diversité de questions architecturales et techniques et, n'ayant réalisé que quatre hôpitaux à ce jour, je ne suis pas un expert en la matière. Néanmoins, ces expériences m'ont permis de me poser certaines questions, notamment lorsque je participe à la réalisation du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann ou à l'opération de la Clinique Sans Souci. Ces projets se font au gré de la libération des subsides, leur réalisation demande donc un temps beaucoup trop long. Il est alors extraordinaire de constater que l'hôpital Brugmann (œuvre de Victor Horta), construit dans les années 30, a d'abord failli être rasé dans les années 90 car il était considéré comme hautement inapproprié aux évolutions technologiques, avant de devenir, aujourd'hui, une référence et un exemple à suivre pour les autres établissements hospitaliers. De même, la Clinique Sans Souci pratique aujourd'hui des soins sans que ces derniers ne soient particulièrement mis en avant par la conception architecturale. Nous devons prendre du recul par rapport à ce projet innovant et en cours d'achèvement pour en tirer tous les enseignements.

Selon vous, comment le patient perçoit-il l'établissement de soin ?

PS : Cette perception s'opère à plusieurs niveaux, même si nous retrouvons une notion centrale de patient/client. Ainsi, dès son arrivée à l'hôpital, le patient/client doit bénéficier d'un service immédiat. Ce besoin de vitesse et de réactivité n'a que peu de répercussions sur le plan architectural, et il transparait davantage dans la politique de management et de gestion des ressources humaines de l'hôpital. Notre rôle dans la mission de service public de l'hôpital est donc relativement réduit.

Quelles sont les spécificités de l'hôpital qui rendent la programmation fragile et la construction éphémère ?

PS : L'empilement des réglementations, des législations et des spécifications techniques aussi éphémères que nombreuses, imposées jour après jour en fonction des actualités « le nez sur le guidon », entraîne cette fragilité et la précarité de la conception architecturale. L'absence de distance par rapport aux événements fait que ces réglementations conduisent à réagir dans l'urgence et non d'anticiper les questions à venir. Cet état de fait est présent dans toutes les réalisations architecturales, mais est préoccupant quand il touche le secteur hospitalier. Pourtant, dans l'économie urbaine, cette question est loin d'être nouvelle. Le bâtiment est le reflet d'une société et les conséquences de ces actes momentanés se répercutent sur les générations suivantes. Il suffit de constater à quel point le peu de concepteurs et d'intellectuels se déplacent à travers le monde pour observer les constructions actuelles et étudier les visions à vingt ans sur différents continents. Ne connaissant pas l'évolution de la conception architecturale à travers le monde, beaucoup continue à prendre des décisions basées sur des croyances largement dépassées par les progrès de la science et de la technique : tout dans la carrosserie, rien dans le moteur ! On a vu à quoi cela a mené l'industrie automobile à Detroit – USA.

Leur vision n'est donc pas assez large et ouverte pour pouvoir appréhender les évolutions futures ?

PS : Absolument, mais il s'agit plus d'un constat que d'un reproche. Actuellement, la programmation hospitalière se limite à un exercice assidu de copie de l'établissement qui communique le mieux et qui

est le plus rentable. Ce mimétisme fait que chaque tentative de nouvelle proposition est périlleuse si pas vouée à l'échec. À l'image du concept de vie en hauteur qui conduit à la création de tours de cinquante à cent étages, la conception architecturale chinoise est beaucoup plus innovante que la nôtre. Les acteurs de la construction en Chine sont bien plus demandeurs et ouverts d'esprit que nous ne le sommes : « old Europe » !

À qui incombe la responsabilité d'ouvrir les yeux des acteurs du monde hospitalier sur ces innovations techniques ?

PS : Un petit nombre d'acteurs décideurs pourrait être sélectionné pour se déplacer à travers le monde, étudier les innovations récentes et échanger avec des architectes qui tentent de cultiver une réflexion profonde sur la conception. Ces acteurs pourraient, grâce à ces expériences, participer eux-mêmes à ces innovations à leur retour. La conception architecturale manque aujourd'hui cruellement d'imagination et le partage d'expériences et d'idées est le meilleur moyen pour y remédier.

D'après vous, quels sont les critères élémentaires qui définissent l'espace architectural ?

PS : Ces critères sont l'homme, son histoire et son environnement. L'architecture est une interface qui intègre l'homme dans son environnement et lui permet d'interagir avec ce dernier en toute sécurité. C'est pour cela que l'architecture doit montrer un grand respect pour les sens et l'esthétique, au sens philosophique du terme. Nous devons construire avec des proportions qui réjouissent l'âme et l'esprit, à l'image de ce qu'a pu écrire Ernst Hans Gombrich dans Histoire de l'Art. Dans cet ouvrage, E.H. Gombrich explique très bien ce besoin que l'homme a du beau, et ses raisons. De même, toute conception architecturale a besoin du beau, tout en prenant en considération les nuances de la culture sédentaire ou nomade. Le travail de l'architecte est donc de composer avec son environnement et les yeux dans les étoiles.

Le nombre plastique...

PS : En traduisant Vitruve, Hans Van Der Laan a été surpris de constater que ce dernier avait laissé des phrases en grec dans son œuvre. Cette constatation a marqué le début de sa recherche sur les nombres régissant l'espace. À la suite de ses travaux, Hans Van Der Laan a rédigé vingt leçons (qu'il convient de comprendre, puis d'assimiler une à une avant de passer à la suivante), et démontre que le nombre plastique ($\Phi_3 = \Phi + 1$) régit les proportions de l'espace en trois dimensions, au même titre que le nombre d'or ($\Phi_2 = \Phi + 1$) régit les proportions de l'espace à deux dimensions. L'architecture étant l'art de l'espace et non celui du plan et de la matière, ce constat n'est pas ésotérique mais, au contraire, très pratique. Cette découverte est même très musicale et nous renvoie, encore une fois, à Pythagore, inventeur de la gamme appelée, très justement, pythagoricienne. Ces découvertes définissent la limite de la sensibilité humaine en ce qui concerne l'ouïe et la vue. De la même manière que sept octaves nous suffisent en musique, nous retrouvons sept ordres de grandeur architecturaux successifs. Il est alors illusoire de jouer sur les extrêmes car la perception humaine, en règle générale, ne percevra pas les nuances. De la même manière qu'il existe sept octaves, l'architecture est constituée d'une succession de sept ordres de grandeur. Bien qu'il n'y ait aucune dimension précise à donner pour ces ordres de grandeur, le premier niveau serait compris entre quelques centimètres et un demi mètre, le deuxième niveau correspondrait à la taille d'une salle, et ainsi de suite jusqu'à atteindre le septième niveau qui concerne des bâtiments de grande taille comme la cathédrale de Notre-Dame de Paris ou la grande mosquée d'Istanbul.

Cet ordonnancement est très physique et très intuitif lors de la conception. Quelle que soit notre culture, ces ordres de grandeur sont d'une grande importance. C'est la raison pour laquelle beaucoup de bâtiments dits contemporains sont absolument incompréhensibles à l'âme. Une tour de bureaux de 150 mètres de haut, par exemple, dont le seul ordre de grandeur perceptible serait de 150 mètres sur 30, nous rend incapable de développer le moindre affect. À l'inverse, une cathédrale gothique, comme celle de Chartres, respecte toutes les échelles de grandeur, de la poignée du grand porche à l'intégralité du bâtiment, ce qui rend cet édifice signifiant à plusieurs kilomètres de distances comme à quelques centimètres. Au sein de cette effervescence pseudo technologique, ces évidences de conception et de perception sont mises à mal par des architectures délirantes se rapprochant de l'activité foraine. L'effet spectaculaire que l'architecture excite parfois est grave lorsqu'il s'agit d'une création hospitalière, car cette dernière consomme des capitaux importants. Cette logique d'amusement devient perverse lorsqu'elle touche l'hôpital car elle n'est en rien en rapport avec le monde hospitalier et ne sert aucunement les générations futures qui devront composer avec les installations que nous créons aujourd'hui. Le patient ou le visiteur, quel qu'il soit, a besoin de douceur, de chaleur humaine « d'enchantement », et non pas de distraction. La douleur physique tend à être jugulée par les progrès de la médecine, nous allons donc devoir prendre en compte la souffrance psychique, beaucoup plus délicate à traiter.

Comment l'architecte peut-il sensibiliser les professionnels de santé à ces règles élémentaires qui définissent l'espace ?

P.S : Toute tentative semble vouée à l'échec. Notre pouvoir de conviction ne fonctionne pas dans le registre de la tendresse, mais dans les muscles, dans cette logique d'hôpitaux comme pour les parcs d'attractions. L'architecte ne peut en rien forcer cette prise de conscience du pouvoir hospitalier. C'est donc à ce dernier de faire les démarches nécessaires et de faire appel à l'architecte en ayant conscience de cette logique de conception. L'état d'un maître d'ouvrage ne peut être commandé par l'architecte. Il nous faut donc être patients, attendre qu'un maître d'ouvrage à l'esprit ouvert rencontre un architecte avec lequel il puisse travailler en toute harmonie, mais ces cas sont très rares.

Quel modèle serait le plus adapté pour favoriser la rentabilité et la pérennité de l'hôpital ?

P.S : Je quitte mon domaine de compétence, ainsi mon propos pourra être jugé, sinon naïf, peut-être arrogant. Cependant, il m'apparaît comme une évidence que la médecine deviendra toujours plus nanométrique. Nous n'aurons plus l'utilité que d'une zone réduite où toutes les précautions hygiéniques liées aux opérations à corps ouverts seront nécessaires. La durée moyenne d'hospitalisation deviendra plus courte. Le nombre d'hôpitaux est donc destiné à être fortement réduit et les futurs sites regrouperont des établissements aujourd'hui dissociés et à nouveau éparpillés dans les quartiers. Les plus grandes problématiques de l'hôpital concerneront les aspects psychologiques de l'affect, l'accueil, la réactivité et le prompt rétablissement du patient. Dans ce contexte, plus un hôpital ressemblera à un lieu de vie, plus le traitement du patient sera efficace. L'hôpital devra fournir au patient la douceur et la sérénité que recherche un citoyen lorsqu'il choisit de se retirer en zone rurale. La conception de l'hôpital se rapprochera des unités de vie, comme les maisons de repos, et non plus des unités de soins. Par exemple, il est connu en architecture

qu'un espace est bien plus vivable s'il dispose de deux fenêtres sur deux orientations orthogonales plutôt qu'une. Or, la conception d'un hôpital ne fait pas grand cas de cette nécessité, à l'inverse d'une maison de repos, où la chambre devient un véritable lieu de vie et où il devient alors impensable de ne pas offrir deux orientations au résident. Nous en revenons à l'ouvrage de Christopher Alexander qui, dans A Pattern Language, évoque ce besoin d'apporter des vues différentes pour un lieu de vie. Ces dernières apportent plusieurs orientations et permettent des jeux de lumière beaucoup plus riches qui font d'une chambre d'hospitalisation un lieu de vie. C'est ce que nous faisons pour le home de Rhode-St-Genèse en cours de construction.

Dans cette conception hospitalière empreinte de douceur et de chaleur humaine, quelle serait la place de la technologie ?

P.S : La technologie doit être discrète. Aujourd'hui, la conception hospitalière est, de ce point de vue, très arrogante et met en avant cet aspect technologique de manière démesurée et en fait un moyen de démontrer sa supériorité. Hors dans l'ensemble, l'évolution de nos sociétés opulantes conduit à réduire le nombre d'accidentés et, à terme, de rendre inutile ces installations colossales lors de l'avènement de la « nano médecine ».



Les nouvelles organisations médicales doivent-elles s'adapter à l'architecture ?

P.S : Ces deux domaines doivent évoluer ensemble car aucun d'eux n'est plus légitime que l'autre et nous avons tous un devoir de questionnement. Ce travail doit être commun et dans cette approche le sociologue-philosophe doit avoir la même importance que le médecin ou l'architecte. Il est fondamental, pour une équipe de conception, de se concerter et d'apprendre ensemble de ses erreurs. C'est pour cela que nous devons, notamment, mettre en regard les investissements que requiert aujourd'hui la nanotechnologie dans le domaine hospitalier, aux investissements colossaux consentis pour des installations qui, dans dix ou quinze ans, seront totalement obsolètes. Comme en témoigne l'évolution récente de l'hospitalisation de jour, nous sommes déjà parvenus à créer une conjonction entre la volonté des pouvoirs publics de développer un mode d'hospitalisation pour des raisons économiques, et l'évolution technique de la médecine.

Quelle est la place de la lumière naturelle dans un hôpital ?

P.S : La lumière naturelle a une place fondamentale. Il est même inacceptable que le personnel hospitalier soit obligé de travailler dans des locaux exclusivement éclairés par de la lumière artificielle. La notion de chambre d'hospitalisation accueillante et inondée de lumière naturelle, ne peut se conjuguer avec la vision de locaux sinistres, dominés par une lumière artificielle. Il s'agit d'un facteur aggravant des éventuels troubles psychiques et de la mauvaise humeur du personnel. Il est inadmissible de nous priver de nos sens au profit d'une soi-disant évolution technologique. Les progrès technologiques et de la science doivent améliorer l'architecture. Aussi, je suis étonné que de vieilles recettes éculées et mal employées continuent de sévir. Le progrès technologique est inéluctable, il doit être associé à une soif d'échanges, que nous constatons d'ailleurs de la part des intellectuels chinois. La conception hospitalière est, à l'image de la production pharmaceutique, brutale, dépourvue de la moindre nuance et rétrograde.

Quels sont les éléments qui favorisent votre appréhension de la durée de vie d'un établissement hospitalier ?

P.S : Ces éléments sont liés à l'environnement immédiat de l'hôpital. L'hôpital ne se suffit pas à lui-même et doit être conçu, non pas comme une forteresse, mais comme un lieu ouvert sur son environnement. En isolant l'hôpital, nous le rendons extrêmement fragile aux évolutions de son environnement et réduisons donc sa durée de vie. Pour pouvoir ouvrir un hôpital sur son environnement, ce dernier doit être sain. Les performances de l'hôpital dépendent alors moins de l'établissement que des performances écologiques de la ville qui l'entoure. L'hôpital est donc soumis et fragilisé par l'incertitude des constructions et des évolutions de son environnement. Avec les progrès scientifiques, l'hôpital, qui était auparavant conçu comme une forteresse auto-suffisante, doit s'ouvrir, communiquer avec son environnement et faire participer la ville à sa gestion. Il est intéressant de constater,

en relisant les mémoires de Victor Horta, concepteur de l'hôpital Brugmann, que nous sommes toujours confrontés aux mêmes problèmes en matière de conception et de construction près d'un siècle après son oeuvre. L'hôpital Brugmann est d'ailleurs le parfait exemple d'un établissement hospitalier dont la pérennité est due à un environnement stable et contrôlé. Lors du concours d'architecture lié au projet du nouvel hôpital, que nous avons remporté il y a près de vingt ans, Samyn & Partners était le seul bureau à proposer une continuité de la conception de Victor Horta. Tous les autres participants proposaient la destruction pure et simple de cet établissement pavillonnaire ! Aujourd'hui, il existe de nombreux architectes qualifiés qui, trop occupés par leurs travaux, refusent de lutter pour défendre une conception différente de celle d'un maître d'ouvrage. Ils préfèrent alors se plier aux volontés d'un jury qui n'a pas toujours raison.

Quelle place accordez-vous à l'esthétique et au design dans l'architecture hospitalière ?

P.S : Leur place est fondamentale et rejoint ce principe de respect des sens. Cette condition nécessaire du ravissement de l'âme n'est pas suffisante et est, néanmoins, loin d'être satisfaite par la plupart des constructions modernes. L'esthétique et le design font peur aux acteurs du monde hospitalier car ils s'imaginent que leur interlocuteur doit être un technicien. De plus, force est de constater que nous exigeons beaucoup trop des acteurs hospitaliers et des médecins qui doivent avant tout se préoccuper de la santé, de la prise en charge du patient, et auxquels nous demandons d'avoir une pensée prospective sur leur bâtiment. Un professionnel évoluant dans un hôpital veut avant tout s'entourer de collaborateurs qui lui proposent de résoudre les questions liées à l'infrastructure, sans pour autant accorder une liberté suffisante de pensée à l'architecte. Cette dernière lui permettrait d'aller plus loin dans la conception que cette simple nécessité de subvenir aux besoins des professionnels de la santé qui n'ont pas le loisir de se préoccuper de l'aspect esthétique de leur hôpital. Ils doivent avant tout composer avec de nombreux éléments comme le calendrier prévisionnel ou le budget. Ils préfèrent donc, en matière de conception, s'en tenir au respect des normes de sécurité élémentaires du domaine hospitalier. Les acteurs en charge du développement de l'esthétisme et du design doivent être des spécialistes mis en congés sabbatiques et rassemblés en un comité. De plus, nous devons sortir de cette culture où il est perçu comme dégradant pour un médecin de s'investir dans la conception du bâtiment hospitalier.

Quel serait votre message à l'attention des acteurs hospitaliers engagés dans une réflexion autour de la restructuration, de la modernisation ou de la construction d'un hôpital ?

P.S : Venez me voir et, le plus important, n'ayez pas peur d'être impertinent ! Cela n'est pas un mal, mais permet, au contraire, de progresser plus rapidement.

Philippe Samyn, architecte et ingénieur



NOUVEL HÔPITAL À MONTECCHIO MAGGIORE, Vicence - Italie (IT)
Project © Philippe SAMYN and PARTNERS, architects & engineers