

IN FINE ARCHITECTES : impliquer davantage le corps médical dans les réflexions architecturales d'un projet hospitalier

Ces dernières années, la conduite des projets hospitaliers a profondément évolué. Et cette tendance va s'accroître à l'avenir. Avec l'augmentation du nombre d'intervenants, du côté de la maîtrise d'œuvre comme de la maîtrise d'ouvrage, il est compliqué de savoir se tourner vers l'essentiel, de trouver ou retrouver le « bon sens ». Pourtant, les bases existent et un projet, aussi bien médical qu'architectural, se construit toujours selon des principes directeurs, avec méthode, tout en positionnant l'humain en son cœur. Dans ce contexte, le BIM ou maquette numérique intelligente permet de rassembler le très grand nombre d'informations qu'un architecte ne peut aujourd'hui plus coordonner sans une collaboration active de tous les intervenants. Cet outil est en passe de modifier profondément l'ensemble des processus de conception, de construction et dans un futur proche, de gestion du patrimoine notamment hospitalier. Dans ce contexte, il convient d'impliquer au plus tôt le corps médical dans les réflexions architecturales, aidé par l'utilisation de la maquette numérique pour une meilleure compréhension ou appropriation du projet.

Souhaitant développer le système d'engagement « global » des équipes avec le développement des contrats de conception-réalisation, l'agence d'architecture IN FINE s'est dotée de moyens humains et matériels spécifiques à l'élaboration de projets hospitaliers. Les projets en cours de l'agence concernent la réalisation de plateaux techniques, de services de radiologies, d'ambulatoires, d'urgences, de réanimation ou les stérilisations, tout comme la réalisation d'établissements de SSR ou EHPAD.



Entretien avec **Claude Brugière**, architecte DESA, président-directeur général et membre fondateur de l'agence IN FINE Architectes.

Comment l'agence IN FINE est-elle organisée pour assurer l'élaboration des projets architecturaux pour les établissements de santé ?

Claude Brugière : Notre organisation est, avant tout, basée sur une équipe aux connaissances et compétences adaptées à chaque sujet. Nous regroupons des personnes expérimentées, rompues à la pratique de l'architecture en santé qui encadrent des profils variés comme des designers, des jeunes architectes ou des consultants extérieurs spécialisés dans le domaine de la santé. Cette composition diversifiée permet d'enrichir les débats et les projets.

Pour quelles raisons souhaitez-vous impliquer le corps médical dans les réflexions architecturales liées à la construction ou la restructuration d'un établissement de santé ?

C.B. : L'implication des médecins est essentielle durant la phase de réflexion, de maturation car dans l'acte de construction, nous ne disposons que de très peu de moments pour échanger efficacement. Souvent, à cause des procédures administratives, nous n'avons aucune participation dans les réflexions en amont, notamment la réalisation

du programme. Dès l'origine, les équipes médicales et la direction de l'établissement ont à construire un projet médical, réflexion structurante et très impactante sur les orientations du futur projet architectural. Pour la bonne conduite d'un projet global, on ne peut pas considérer que l'un et l'autre restent indépendants, notamment interviennent l'un après l'autre, projet médical d'abord puis projet architectural ensuite. Il faut que l'un et l'autre s'enrichissent de manière itérative à toutes les phases du projet architectural. Considérer que l'architecte et son équipe n'ont plus qu'à habiller « le tout » générera inévitablement des difficultés majeures dans la vie de l'établissement futur. Nous devons pouvoir enrichir notre conception par des discussions, des échanges avec les médecins ce qui conduit à l'élaboration d'un meilleur projet.

Comment le corps médical est-il impliqué dans la conduite des projets ?

C.B. : La plupart du temps, les échanges avec le corps médical sont régis, organisés par le code des marchés publics et la direction de l'établissement. L'équipe qui conduit le projet collabore directement avec nos équipes pour partager les éléments transmis par les médecins. Notre mission consiste à recueillir, analyser et revenir vers eux pour soumettre une proposition de réponse ou tout simplement montrer comment nous avons traité leurs demandes. Nous avons finalement peu d'échanges directs, et il nous arrive souvent de contacter les équipes médicales directement impliquées pour être certains d'avoir une bonne compréhension des enjeux ou des contraintes. C'est le gage d'une opération réussie.

Comment sensibilisez-vous vos équipes afin qu'elles échangent efficacement avec le corps médical ?

C.B. : Nous les encourageons à collaborer avec le corps médical et à développer leur capacité d'écoute et d'analyse critique. Ils doivent se montrer curieux pour « capter » la bonne information durant leurs échanges. Au sein de l'agence, nous les accompagnons au mieux en leur fournissant le soutien et les compétences complémentaires nécessaires à la réalisation optimale d'un projet. En fonction de la typologie du projet et des intervenants, IN FINE associe à chaque équipe (variant le plus souvent de 3 à 6 personnes) un « Responsable » de projet expérimenté dans le domaine concerné et sensibilisé au contact avec le corps médical. Son expérience et ses qualités humaines doivent faciliter l'échange et les relations avec les directeurs et le personnel hospitalier. C'est à l'image du travail d'Emmanuelle Ladet au sein de l'agence parisienne. Il consiste à organiser, provoquer, conduire les échanges, pour que le projet devienne une réalité concrète dont chacun pourra être fier. C'est le cas des derniers projets conduits en partenariat avec le dr Daniel Ejnès, où nous distinguons clairement les différences entre un projet médical parfois banalisé et un projet médical intégré qui a du sens, où chaque intervenant a le sentiment d'avoir apporté ses connaissances, sa pratique dans l'intérêt général. C'est un atout majeur pour nos équipes, toujours dans l'intérêt du projet.

Les professionnels de santé interviennent-ils uniquement sur la partie interventionnelle et fonctionnelle du projet ?

C.B. : Nous souhaitons que nos partenaires des établissements de santé se sentent libres de nous communiquer tous leurs besoins, leurs attentes et leurs idées. En tant qu'experts, nous exerçons notre devoir de conseil et étudions systématiquement les renseignements et les retours donnés. Nous travaillons sur la sensation, l'envie et la volonté des professionnels de santé pour les transcrire en un projet architectural cohérent qui sera soumis à leur approbation.

Outre ses échanges avec le corps médical, comment un architecte peut-il s'imprégner de la médecine pour pouvoir concevoir un établissement de santé efficace pour les 15 ou 20 prochaines années ?

C.B. : Même si cela peut paraître paradoxal, l'architecte a pour lui de ne pas être impliqué quotidiennement dans la vie de l'établissement à restructurer ou à construire, contrairement à un médecin ou un gestionnaire d'établissement. Sa force est de pouvoir associer sa pratique de l'architecture de santé à une vision synthétique, objective, avec une méthodologie de conception adaptée et structurée. Cela n'enlève en rien la nécessité des visites sur site et les échanges avec les personnels qui sont essentiels pour lui permettre de s'imprégner d'un projet et des enjeux de l'hôpital de demain.

Quelle est la place du patient dans le projet architectural ?

C.B. : Les architectes rencontrent rarement les patients et il est donc difficile de donner une définition précise de leurs attentes et de leurs besoins car un projet architectural est développé par les professionnels hospitaliers qui ont souvent des visions bien différentes... La direction a des impératifs absolus tels que les coûts et les délais des opérations ; difficiles à mettre en cohérence avec le projet médical. Nous devons savoir nous assurer ensemble du respect du projet médical dans la conception architecturale. C'est à l'image de notre pratique.

Les échanges visant à renseigner l'architecte sur le comportement et la déambulation d'un patient à l'hôpital ne peuvent-ils se faire en amont du projet ?

C.B. : Se mettre à la place du patient ne suffit généralement pas. Cette réflexion complexe doit être nourrie par les échanges avec le personnel médical, hôtelier et administratif. Notre travail consiste à chercher le meilleur équilibre entre le confort des patients et l'efficacité du travail du personnel, qui se confronte à toutes les règles, contraintes techniques et réglementaires que nous avons à respecter aujourd'hui. La sécurité des patients est souvent prévalente au détriment des possibilités d'aller et venir dans certains services. Même si nous privilégions toujours le confort d'usage pour chacun, le processus d'intégration des données et d'adhésion est parfois long et complexe, mais à la fin nous avons souvent le sentiment d'avoir dépassé ces contraintes.

Comment appréhendez-vous le stress de l'utilisateur dans la conception architecturale ?

C.B. : L'hôpital reste un univers de haute technicité et donc de maîtrise, dans lequel le patient est totalement pris en charge. La gestion du stress du patient n'est pas toujours une priorité pour les professionnels hospitaliers. Les principaux facteurs de stress sont le parcours au sein de l'établissement, ainsi que la bonne coordination des actions autour du patient. C'est pourquoi, chaque projet hospitalier doit partir de l'analyse des flux qui ne doit pas se limiter à la connaissance des activités des praticiens ou des flux logistiques, mais doit impérativement intégrer les déplacements des patients. Avec ces trois données d'entrée, l'architecte doit étudier la superposition, la corrélation des approches et des perceptions pour un bon fonctionnement. Une fois cette analyse réalisée, et tout au long du développement du projet, nous travaillons également sur les perceptions ou la progression des usagers, pour que le patient et le personnel y trouvent un réel confort. C'est pour cette raison que nous avons intégré en interne des décorateurs ou designers à l'équipe d'architectes, ce qui conduit indubitablement aux plus belles réussites en matière d'architecture.

Les écoles d'architecture préparent-elles les étudiants aux spécificités de l'architecture en santé ?

C.B. : Elles leur apprennent les bases de l'architecture qui restent applicables dans tous les domaines, mais ne les initient clairement pas au développement de l'approche très spécifique d'un établissement de santé. Cette spécialisation vient souvent grâce à l'intervention d'enseignants expérimentés dans le domaine, ou avec la réalisation de projets de santé durant le parcours universitaire des élèves, mais également au cours de leur pratique professionnelle au sein d'agences spécialisées. Il manque souvent la conscience que l'architecture en santé est maintenant conçue par un groupe de professionnels aux connaissances et compétences complémentaires et non sur l'expérience d'une seule personne, aussi compétente soit-elle.

Au travers des évolutions des échanges entre les architectes et les représentants du corps médical, comment envisagez-vous le projet architectural de demain ?

C.B. : L'humain restera au cœur du système. Il comprendra des prestations simplifiées et modernisées pour tous les utilisateurs. Aujourd'hui, nous devons décloisonner nos pratiques et nos procédures et nous éloigner des démarches historiques, tenter d'imaginer ce que l'« uberisation » peut faire évoluer dans nos pratiques futures.